

Screening auf Depression

Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan

Auftrag: S16-05
Version: 1.0
Stand: 05.04.2018

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Screening auf Depression

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

27.04.2017

Interne Auftragsnummer:

S16-05

Anschrift des Herausgebers:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation der Anhörung	1
2 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte	2
2.1 Potenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen	2
Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen	6

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

1 Dokumentation der Anhörung

Am 14.08.2017 wurde der Berichtsplan in der Version 1.0 vom 07.08.2017 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 11.09.2017 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 2 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet.

Da sich aus den schriftlichen Stellungnahmen keine Unklarheiten ergaben, war die Durchführung einer wissenschaftlichen Erörterung der Stellungnahmen nicht erforderlich.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Berichtsplans überprüft. Durch die Anhörung ergaben sich keine Änderungen in der Berichtsmethodik. Der Vorbericht wird daher auf Grundlage des Berichtsplans in der Version 1.0 erstellt und auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht. Etwaige Spezifizierungen der Methodik werden im Vorbericht dargestellt. In Abschnitt A4.3 des Vorberichts wird gegebenenfalls auf wesentliche Argumente aus der Anhörung eingegangen.

2 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte

Im Folgenden sind die potenziellen Interessenkonflikte der Stellungnehmenden zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

2.1 Potenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen

Name; Institution	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Rapp, Michael ¹ ; Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie	nein	ja	ja	ja	nein	nein	-
Reddemann, Olaf ² ; Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja

¹ Version 11/2013

² Version 11/2016

Im „Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ (Version 11/2013) wurden folgende 6 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Haben Sie und / oder hat die Einrichtung³, für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Haben Sie und/oder hat die Einrichtung³, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

³ Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.

Im „Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ (Version 11/2016) wurden folgende 7 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband angestellt, für diese selbständig oder ehrenamtlich tätig bzw. sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig? (Zu den oben genannten Einrichtungen zählen beispielsweise auch Kliniken, Einrichtungen der Selbstverwaltung, Fachgesellschaften, Auftragsinstitute)

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten (z. B. als Gutachter, Sachverständiger, Mitglied eines Advisory Boards, Mitglied eines Data Safety Monitoring Boards (DSMB) oder Steering Committees)?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

Frage 4: Haben Sie oder haben die von Ihnen unter Frage 1 genannten Einrichtungen innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten? (Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.)

Frage 5: Haben Sie oder haben die von Ihnen unter Frage 1 genannten Einrichtungen innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband? (Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.)

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt oder eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

Frage 7: Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer Leitlinie oder Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht eines unvoreingenommenen Betrachters als Interessenkonflikt bewertet werden können (z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen bzw. Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen)?

Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM).....	A 2
A.1.2 – Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)	A 5

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)

Autoren:

- Reddemann, Olaf

Stellungnahme der AG-Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) in Abstimmung mit der Sektion Versorgung der DEGAM zum Berichtsplan zum Projekt 16-05 „Screening auf Depression“

Autor und Korrespondenzadresse:

Olaf Reddemann

Facharzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Psychotherapie,

Sprecher der AG Psychosomatik der DEGAM,

Lehrbeauftragter und freier wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

An Groß St. Martin 6, 50667 Köln

-Lehrpraxis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf-

Tel.: 0221-2772870, Fax:0221-27728729, Mail: [REDACTED]

Vorbemerkungen:

Uns ist bewusst, dass das IQWiG den Bericht zum Thema „Screening auf Depression“ im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) erstellen soll und in jedem Fall auch erstellen wird. Allerdings kann seit einem (als PDF beigefügtem) Review mit vergleichbarer Fragestellung von O’Connor et al¹ als wahrscheinlich geklärt gelten, dass ein Screening Vorteile nur haben kann, wenn auch der Kontext der nachfolgenden Versorgung entsprechend gestaltet wird.

Wir haben in der Tat große Zweifel, ob die Realität der hausärztlichen Versorgung mit ihrem unausgelesenen Patientenkontext und einem biopsychosozialen und beziehungsorientierten Zugang² sowie die zahllosen versorgungsrelevanten Kontextfaktoren und -fragen im Zusammenhang mit solch einem Screening in der Gesamtplanung hier ausreichend Berücksichtigung finden:

Screeningmaßnahmen sind Krankheits-(Disease) orientiert. Die unterschiedlichen paradigmatischen Zugänge sind oft nicht oder nur schwer miteinander vereinbar.³

¹ O’Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, Beil TL. Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review. Evidence Synthesis No. 75. AHRQ Publication No. 10-05143-EF-1. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality, December 2009

² s. auch DEGAM Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung in der Allgemeinmedizin:

<http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam->

Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Psychosomatische_Grundversorgung_fina l.pdf (angehängt)

³ Hier z.B. nochmals der Aspekt, dass Beschwerden im hausärztlichen Kontext aus dem lebensweltlichen Bezug heraus betrachtet werden und die subjektive Sicht auf Krankheit der Patienten (Illnessperspektive) spiegeln. Es ist also immer zu reflektieren, inwieweit dem vor dem Hintergrund medizinischer Klassifikationssysteme (Diseaseperspektive), die die Leitlinien- und Studienwirklichkeit dominiert, noch ausreichend Rechnung getragen wird. Siehe hierzu: Herrmann M, Gensichen J. Leitlinien in der hausärztlichen Praxis – das Beispiel Depression. Die Psychiatrie 2015; 12: 28–34 (angehängt)

Ein (systematisches) Screening ist nur mit erheblichem Aufwand zu bewältigen. Wichtig wäre also, auch die Fragestellung zu berücksichtigen, wie viele Ressourcen dadurch in der Hausarztpraxis gebunden werden - und die Antwort, woher die Zeit und die Finanzierung dafür kommen sollen. Darüber hinaus gilt es mit zu berücksichtigen bzw. zu untersuchen, inwiefern die nachfolgende Versorgung innerhalb der Gesundheitsversorgung sichergestellt werden kann, welche Aufgabe dabei die unterschiedlichen Akteure haben sollen und wie weit sie diese überhaupt übernehmen können.

1. Methodische Anmerkungen zum Berichtsplan:

In allen Unterkapiteln des Methodenkapitels vermissen wir einen Schwerpunkt oder einen Priorisierungsschritt, der die Passung der Studien im Hinblick auf das zu untersuchende Setting bewertet. Bilden die Studiensettings wenigstens näherungsweise die Realität deutscher Hausarztpraxen ab? Dieser Aspekt sollte, wenn er nicht die Auswahl der Studien schon mit beeinflusst, doch zumindest bei der abschließenden Bewertung auch prädefiniert als bedeutsam berücksichtigt werden. Andernfalls dürften – wie in den Vorbemerkungen dargestellt – die Ergebnisse des Berichts nur einen fragwürdigen Nutzen haben.

Es sollten unserer Auffassung nach also vorzugsweise Studien bewertet werden, die sich auf eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe oder Patienten im primärärztlichen Setting beziehen.

Außerdem sollten unseres Erachtens Studien der letzten 20 Jahre einbezogen werden. Ein plausibler Grund für die Begrenzung auf die letzten 5 Jahre ist uns nicht ersichtlich. Mindestens bitten wir aber darum, dem Bericht einen angemessenen Abschnitt hinzuzufügen, der die hochwertige vor-bestehende Evidenz darstellt, die -knapp zusammengefasst wie bereits oben erwähnt- lautet: “Ein systematisches Screening ohne auch die systematische Sicherung der anschließenden Versorgung für die ggf. zusätzlich als erkrankt Erkannten vorzuhalten, bringt keine Vorteile. Sinnvoll ist ein angemessenes (opportunistisches) Screening bei Verdacht durch den Hausarzt“

Es wird dann zu klären und zu diskutieren sein, inwieweit neuere Daten das bestätigen oder nicht.

2. Mitgeschickte relevante Literatur:

1. O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, Beil TL. Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review. Evidence Synthesis No. 75. AHRQ Publication No. 10-05143-EF-1. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality, December 2009
2. DEGAM-Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung in der Allgemeinmedizin (2014). Online verfügbar: http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Psychosomatische_Grundversorgung_final.pdf (letzter Aufruf 10.09.2017)
3. Herrmann M, Gensichen J. Leitlinien in der hausärztlichen Praxis – das Beispiel Depression. Die Psychiatrie 2015; 12: 28–34

A.1.2 – Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Autoren:

- Rapp, Michael

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262/797683
Fax: 02262/999 9916
GS@dggpp.de

Vorstand

Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Rapp
Potsdam
Präsident

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf
Vizepräsident

R. Kortus
St. Ingbert
Schatzmeister

Dr. med. D. K. Wolter
Flensburg
Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte
Gummersbach

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin

Dr. med. Klaus Maria Perrar
Köln

PD Dr. med. Ch. Thomas
Stuttgart

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. S. Kanowski
Berlin

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

Prof. Dr. med. H. Radebold
Kassel

www.dggpp.de

DGGPP e.V., Postfach 1366, 51657 Wiehl

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

7. September 2017

Stellungnahme der DGGPP e.V. zum Berichtsplan zum Auftrag [S16-05] Screening
auf Depression

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und
-psychotherapie e.V. möchte ich zum Projekt „Screening auf Depression“ folgende
Anmerkungen aus der Sicht unseres Fachgebietes machen.

Die vorgeschlagenen Methoden zeigen an zwei zentralen Stellen aus Sicht der Ge-
rontopsychiatrie schwerwiegende Probleme auf, die Verzerrungen der Ergebnisse im
Hinblick auf ältere Patienten erwarten lassen und somit potentiell einer systemati-
schen Altersdiskriminierung in der Versorgung Vorschub leisten.

1. „Nicht betrachtet werden Studien, die über ihre Einschlusskriterien Personen
einschließen, die durch einen Risikofaktor für eine depressive Störung wie zum Bei-
spiel eine onkologische Erkrankung oder ein kritisches Lebensereignis charakterisiert
werden.“

Dazu drei Anmerkungen: Erstens fehlt eine Beispielliste für Risikofaktoren für eine
depressive Störung (sollen z.B. alle Studien, die Diabetespatienten einschließen,
ausgeschlossen werden?), somit erscheint das Kriterium unterspezifiziert und potentiell
willkürlich. Zweitens erscheint es für Aussagen zur Versorgung schlicht welt-
fremd, alle Studien auszuschließen, die Probanden mit Risikofaktoren einschließen,
da dann nur Aussagen über Supergesunde getroffen werden können aber nicht über
die Versorgungspopulation in der hausärztlichen Praxis. Drittens ist gerade bei ältere
Menschen eine Komorbidität häufig ein Risikofaktor für Depression – gerade hier
sind Screeningverfahren aber bedeutsam und sollten untersucht werden, und diese
Studien deshalb nicht ausgeschlossen.

2. Effektmodifikatoren: Die Analyse des Alters als kategoriale Variable (> 65 vs. Rest) und ausschließlich als Effektmodifikator erscheint statistisch problematisch, da hier (im Gegensatz zum Effektmodifikator Geschlecht) zu erwarten ist, dass ungleich mehr jüngere Patienten Daten beitragen, und somit die Gefahr unterschiedlicher Power in den Subgruppen und somit falsch positiver Interaktionseffekte besteht. Zudem ist bekannt, dass im Alter (aus gutem Grund) oft andere Verfahren angewandt werden, so dass eine Konfundierung mit dem Effektmoderator Screeningtest zu erwarten ist. Wir empfehlen deshalb dringend, die Subgruppenanalysen hinsichtlich des Alters über die vorgeschlagene dichotome Kategorie (> 65 vs. Rest) hinaus zu erweitern und in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Informationsbeschaffung eine a priori Analyse in Subgruppen zu planen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. Michael Rapp
Präsident der DGGPP e.V.