

Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen

Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Vorbericht

Auftrag: V15-02
Version: 1.0
Stand: 04.04.2017

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

26.08.2015

Interne Auftragsnummer:

V15-02

Anschrift des Herausgebers:

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

Tel.: +49 (0)221 – 35685-0

Fax: +49 (0)221 – 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation der Anhörung	1
2 Würdigung der Anhörung	2
3 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte	3
3.1 Potenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen	3
Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen	5

Abkürzungsverzeichnis

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

1 Dokumentation der Anhörung

Am 19.10.2016 wurde der Vorbericht in der Version Nr. 1.0 vom 11.10.2016 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 17.11.2016 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 6 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet.

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

Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten Aspekte befindet sich im Kapitel „Kommentar“ des Abschlussberichts. Im Abschlussbericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der Abschlussbericht ist auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

2 Würdigung der Anhörung

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Vorberichts überprüft. Die wesentlichen Argumente wurden im Kapitel „Kommentar“ des Abschlussberichts gewürdigt. Neben projektspezifischen wissenschaftlichen Aspekten wurden auch übergeordnete Punkte, zum Beispiel zu rechtlichen Vorgaben für das Institut, angesprochen. Auf solche Punkte wird im Rahmen dieser projektspezifischen Würdigung der Anhörung nicht weiter eingegangen.

3 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte

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

3.1 Potenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen

Organisation / Institution	Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	Härter, Martin ¹	Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte liegt nicht vor.					
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Harfst, Timo ¹	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Jansen, Alessa ¹	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Munz, Dietrich ¹	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (BVVP)	Böker, Ulrike ¹	Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte liegt nicht vor.					
	Klett, Martin ¹						
	Kremser, Martin ¹						
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e. V. (DGGPP)	Rapp, Michael ¹	nein	ja	ja	ja	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)	Leiendecker, Christa ¹	Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte liegt nicht vor.					
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)	Höhl, Werner ¹	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Oltman, Renée ¹	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Zamath, Frank ¹	ja	nein	nein	nein	nein	nein

¹ Version 11/2013

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

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 Einrichtung², 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 Einrichtung², 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?

² Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.

Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A2
A.1.1 – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.....	A2
A.1.2 – Bundespsychotherapeutenkammer.....	A6
A.1.3 – Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	A18
A.1.4 – Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.....	A30
A.1.5 – Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.....	A34
A.1.6 – Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	A39

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Autoren:

- Härter, Martin



Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften



Ärztliches Zentrum für
Qualität in der Medizin
Gemeinsame Einrichtung von BÄK und KBV

ÄZQ • TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108 • D 10623 Berlin

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG)
-Stellungnahme zum Vorbericht V15-02-
Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
Im Mediapark 8
50670 Köln

TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Telefon (030) 4005-(Durchwahl)
Telefax (030) 4005-
E-Mail nvl@azq.de

www.versorgungsleitlinien.de

Unser Zeichen: 4005

Ansprechpartner: Dr. Schorr
Durchwahl: XXXXXXXXXX

Berlin, 17.11.2016

Stellungnahme zur Leitliniensynopse für ein DMP Depression

EINGEGANGEN
21. Nov. 2016

Sehr geehrter Herr Professor Windeler,

im Namen von Herrn Professor Härter und Professor Schneider übersende ich Ihnen beigefügt die von der Steuergruppe der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression gesammelten Kommentare zum Vorbericht der Leitliniensynopse Depression des IQWiG. Die Sammlung der Kommentare wurde sowohl vom ÄZQ als auch von der DGPPN angeregt (Prof. Härter/Dr. Schorr und Prof. Schneider). Die gesammelten Kommentare geben die Einschätzung der jeweiligen Kollegen und Kolleginnen wider.

Insgesamt bietet der Bericht eine hervorragende Übersicht über den derzeitigen Stand und die Qualität der international gültigen Leitlinien zu affektiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie für Erwachsene. Wir sind alle gespannt, welche Hilfestellung dieser sehr umfangreiche Bericht schließlich bei der Entwicklung eines DMP Depression geben kann.

Für Rückfragen sind wir gerne im ÄZQ ansprechbar. Sehr wahrscheinlich ist es sinnvoll, die jeweils kommentierenden Personen oder Fachgesellschaften ggf. in das Stellungnahmeverfahren einzubeziehen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

Dr. Susanne Schorr
Stellvertretende Leitung
Abt. 1 (EbM und Leitlinien)

Ressort	Info	Rückspr.	Bearb.	Verbleib	Ressort	Info	Rückspr.	Bearb.	Verbleib

Anlagen

Ärztliches Zentrum
für Qualität
in der Medizin

Gemeinsame Einrichtung der
Bundesärztekammer und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Stellungnahme zur Leitliniensynopse für ein DMP Depression

1.1 Anmerkungen zu spezifischen Textstellen

Kapitel/ Seite	Text	Kommentar
Seite 11, 4.5.1 Definitionen zu Formen affektiver Störungen, (Unipolare) depressive Störungen	Postpartale Depressionen können als jegliche depressive Störung, die während des ersten postpartalen Jahres auftreten, betrachtet werden. Bei einem großen Anteil der betroffenen Frauen entsteht die Erkrankung bereits präpartal.	Hier sollte eher von Depressionen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gesprochen werden (siehe NVL)! Es können sowohl prä-, peri- wie postpartal Depressionen bestehen.
Seite 12, 4.5.1 Definitionen zu Formen affektiver Störungen, Bipolare Störungen	Eine Bipolare-II-Störung ist dadurch gekennzeichnet...	Eine Bipolare-I-Störung ist dadurch gekennzeichnet...
Seite 14, 4.5.2 Teil A: unipolare depressive Störungen	Die in der folgenden Tabelle angegebenen Zahlen zeigen die Anzahl der jeweiligen Beurteilungen der Relevanz für ein DMP (DMP-relevant, potenziell DMP-relevant, Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz).	Wie ist diese Beurteilung entstanden? Sollte besser erläutert werden. Bzw. der Hinweis auf die Konsistenz der Empfehlungen (s. vorne) könnte hier kurz wiederholt werden.
Seite 23, Patienten mit Komorbiditäten	3 von 8 Leitlinien geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie bei depressiven Patienten mit Komorbiditäten.	Hier sollte ggf. stärker auf eine Differenzierung zwischen psychischer und somatischer Komorbidität geachtet werden
Seite 23ff.	Die Leitlinie..	An mehreren Stellen unklar, um welche Leitlinie es sich handelt.
Seite 23, Patienten mit Komorbiditäten	..wenn die Behandlung von Patienten sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting erfolgt.	hier ist vermutlich auch das psychotherapeutische Setting mit gemeint? Hier sind ja verschiedene Professionen beteiligt.
Seite 72, Einschätzung der Eignung des Themas „Depressionen“ für ein DMP <i>Trennung unipolare depressive und bipolare Störungen</i>	Die vorgenommene Trennung der unipolaren und bipolaren Störungen erfolgte aus praktischen Gründen, da insbesondere die bipolare Störung sich in einigen grundsätzlichen Punkten von unipolaren Depressionen deutlich unterscheidet	Hier sollte sicher klarer gesagt werden, dass es nicht nur praktische Gründe sind, sondern es sich um zwei unterschiedliche Entitäten handelt!
Seite 75, Anmerkungen zum Leitlinienpool	Aktuell liegt die Version 3, 2. Auflage von März 2016 vor.	Die aktuellste Version ist die Version 4 der NVL Unipolare Depression. Hier wird die Gesprächspsychotherapie bzw. die personenzentrierte Psychotherapie nicht erwähnt, auch nicht bei der unipolaren Depression. In der NVL Unipolare Depression wird diese unter anderem auf den Seiten 99, 102, 109 thematisiert.
Seite 145, Psychotherapie		

1.2 Narrative Auflistung der Therapieoptionen

Beim Querlesen entsteht der Eindruck, dass bei den Empfehlungen für die Therapie der Unipolaren Depression durch die Art der Synopse das eigentliche „Kernstück“ der NVL, nämlich die Einteilung der Schweregrade und die daran angepasste Behandlung, verloren geht. Der IQWiG-Bericht fasst meist „leicht bis mittelschwer“ und „mittelschwer bis schwer“ zusammen. Dadurch geht, die Empfehlung der Kombinationstherapie bei schwerer Depressi-

on in ihrer Allgemeingültigkeit unter und es ergibt sich eine mögliche Inkonsistenz bezüglich der Empfehlungen zur Therapie der schweren Depression:

Im Abschnitt „medikamentöse Therapie“ steht z. B.:

Eine Leitlinie empfiehlt die Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung und rät von einer alleinigen medikamentösen Behandlung bei schweren depressiven Episoden ab (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Dieser Hinweis auf dieselbe Empfehlung zur Kombination der Verfahren fehlt hingegen bei der Psychotherapie, so dass man hier den Eindruck haben könnte, Psychotherapie allein ist in Ordnung. Allerdings steht dort (und das ist so aus dem Kontext gerissen eher verwirrend):

„2 Leitlinien empfehlen bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden und Planung eines alleinigen Behandlungsverfahrens, eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Behandlung anzubieten (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).“

Es ist im Moment nicht gut einschätzbar, wie relevant diese Unschärfe für die Entwicklung des DMP ist. Wir wollten zumindest darauf hinweisen.

Sinnvoll wäre möglicherweise für die Synopse statt der narrativen Auflistung der Therapieoptionen ein Algorithmus mit Therapieempfehlungen für die jeweiligen Schweregrade sortiert nach ihrer Wertigkeit. Die Logik insbesondere der NVL geht in der aktuellen Darstellung der IQWiG-Synopse völlig verloren.

1.3 DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Die vorgelegte umfangreiche Synopse bezieht die DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ nicht mit ein. Die genannte Leitlinie inkludiert explizit schwere depressive Erkrankungen, für die psychosoziale Interventionen neben somatischen Behandlungsverfahren und psychotherapeutischen Verfahren zum Behandlungsspektrum gehören. Im Anhang finden Sie die gültige Version der Leitlinie zu Ihrer Kenntnis und Prüfung. Für direkte Rückfragen steht Frau Prof. Steffi Riedel-Heller (E-Mail: Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de) gerne zur Verfügung.

Anlagen:

- Anlage 1: Stellungnahme der DGPT
- Anlage 2: Stellungnahme des BVVP
- Anlage 3: S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

A.1.2 – Bundespsychotherapeutenkammer

Autoren:

- Harfst, Timo
- Jansen, Alessa
- Munz, Dietrich

EINGEGANGEN

16. Nov. 2016

**[V15-02] Vorbericht des IQWiG
Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen
Stand: 11.10.2016**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 15.11.2016**

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-
Fax: 030 278785-
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
I. Berücksichtigung internationaler Leitlinien für ein DMP Depression....	5
Vergleichbarkeit von relevanten Akteuren.....	5
Feststellung der DMP-Relevanz.....	6
Sicherstellung der Aktualität DMP-relevanter Empfehlungen	6
II. Differenzierung von Diagnosebereichen für ein DMP Depression.....	7
III. Einordnung von Empfehlungen zu Versorgungsaspekten.....	8
Fehlende Inhalte zum Versorgungsaspekt Schulungen	9
IV. Datengrundlage des Vorberichts	10
Literatur	11

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die differenzierte und transparente Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen in dem vorliegenden Vorbericht des IQWiG vom 11. Oktober 2016.

In dem Vorbericht wird bei der Erstellung der Synopse über die potenziell DMP-relevanten Leitlinienempfehlungen insbesondere eine Differenzierung nach unipolaren und bipolaren affektiven Störungen sowie eine Trennung zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen vorgenommen. Dies erscheint aus Sicht der BPTK aufgrund der Heterogenität der Krankheitsbilder mit ihren jeweiligen unterschiedlichen Behandlungen und der unterschiedlichen Eignung der Altersgruppen für ein DMP Depressionen sachgerecht.

Darüber hinaus befürwortet die BPTK eine weitere Differenzierung in der Berichterstattung und im Ausblick auf die Entwicklung eines DMP Depressionen, welche die Schweregrade und den Aspekt der Chronizität depressiver Störungen berücksichtigt. Dies könnte den Nutzen des Berichts für die konkrete Entwicklung und Eingrenzung eines DMP Depressionen weiter erhöhen.

Methodisch und in seinen inhaltlichen Auswirkungen problematisch zu bewerten ist ferner die einheitliche Aggregation internationaler und nationaler Leitlinien ohne eine weitere kritische Auseinandersetzung bezüglich der Übertragbarkeit der Empfehlungen auf das deutsche Gesundheitssystem. Dies fällt insbesondere hinsichtlich der unterschiedlichen Vergleichbarkeit der relevanten Akteure in der Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen, aber auch bezogen auf die systemspezifischen Aspekte der Versorgungskoordination ins Gewicht.

Für die Entwicklung eines DMP Depressionen zur strukturierten Versorgung von GKV-Versicherten mit depressiven Erkrankungen in Deutschland erscheint auch aufgrund der unterschiedlichen Gültigkeitszeiträume die Ausrichtung an einer Vielzahl nationaler wie internationaler Leitlinien problematisch. Für die Feststellung

der DMP-Relevanz und insbesondere als Fazit für die Entwicklung eines DMP Depressionen ist daher aus Sicht der BPTK eine besondere Gewichtung der spezifisch für das deutsche Gesundheitssystem entwickelten Leitlinien erforderlich.

Die BPTK merkt weiterhin kritisch an, dass die Zuordnung der Originalempfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen an manchen Stellen inhaltlich nicht nachvollziehbar ist. Dies gilt nicht zuletzt für Empfehlungen der S3- und Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (NVL 2015). Das wirkt sich besonders im Bereich der Schulungen aus, bei dem aufgrund der Vielzahl an vorliegendem Material mit spezifischen Bezeichnungen, im Bericht das unzutreffende Fazit gezogen wird, hier lägen keine DMP-relevanten Empfehlungen vor. Die BPTK empfiehlt daher dringend eine Überprüfung der Zuordnung von Originalempfehlungen zu Versorgungsbereichen.

I. Berücksichtigung internationaler Leitlinien für ein DMP Depressionen

Vergleichbarkeit von relevanten Akteuren

Bei der Zusammenfassung der Leitlinien, die neben nationalen, spezifisch für das deutsche Versorgungssystem entwickelten Leitlinien auch internationale Leitlinien umfasst, die im Kontext teilweise deutlich unterschiedlicher Gesundheitssysteme entwickelt wurden, sind Zusammenfassungen von Empfehlungen insbesondere dann eine Herausforderung, wenn sie sich auf spezifische Akteure und deren Zusammenwirken bei der Versorgung von Patienten mit depressiven Störungen in dem jeweiligen Land beziehen. Die Überlegung, Leitlinien aus den Industrienationen heranzuziehen, da Leitlinien aus diesen Nationen am ehesten im deutschen Gesundheitswesen anwendbar seien, begründet zwar den Ausschluss weiterer Leitlinien aus anderen Ländern mit sehr unterschiedlich strukturierten Gesundheitssystemen, erscheint aber nicht hinreichend als Einschlusskriterium für ihre Anwendung auf das deutsche Gesundheitssystem bzw. für eine gleichwertige Berücksichtigung bei der Ableitung DMP-relevanter Empfehlungen. So ist beispielsweise unter 4.5.2.2. „Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen“ als DMP-relevante Empfehlung zusammengefasst, dass „2 Leitlinien empfehlen [...] eine weiterführende Diagnostik bei Verdacht auf eine depressive Störung durch einen qualifizierten Arzt durchführen zu lassen.“ Die Diagnostik depressiver Störungen bei Erwachsenen erfolgt jedoch in der deutschen vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung neben den Hausärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie den Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie insbesondere auch durch Psychologische Psychotherapeuten (bzw. bis zum Alter von 21 Jahren auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Dies wird beispielsweise in der spezifisch für das deutsche Versorgungssystem erstellten Leitlinie „NVL 2015“ auch in dieser Form berücksichtigt.

Würde aufgrund des internationalen Sprachgebrauchs und der unterschiedlichen Rolle der verschiedenen Berufsgruppen in den Gesundheitssystemen bei der Ent-

wicklung eines DMP Depressionen eine Beschränkung auf „qualifizierte Ärzte“ erfolgen, hätte dies zur Folge, dass Patienten eines DMP Depressionen ggf. der Zugang zu einem differenzierten, qualitativ hochwertigen Versorgungsangebot verwehrt würde. Insbesondere bei der Identifikation relevanter Akteure bei der Behandlung von Depression sollte daher für ein DMP Depressionen die besondere Relevanz der spezifisch für das deutsche Versorgungssystem entwickelten Leitlinien betont werden. Ein entsprechender Hinweis im Bericht zur Leitliniensynopse unter „5. Einordnung des Arbeitsergebnisses/Übertragbarkeit internationaler Leitlinien“ erscheint hierfür dringend erforderlich. Die BPtK schlägt daher vor, folgenden Satz in diesem Abschnitt des Berichts zu ergänzen:

„Bei der Entwicklung eines DMP Depressionen sollte bei allen auf Basis von internationalen Leitlinien als DMP-relevant identifizierten Empfehlungen eine Überprüfung der benannten Akteure und Versorgungsstrukturen erfolgen, um sicherzustellen, dass alle im deutschen Versorgungssystem zuständigen Akteure und deren Zusammenwirken berücksichtigt sind.“

Feststellung der DMP-Relevanz

Bei der Operationalisierung der DMP-Relevanz von Leitlinienempfehlungen, die dem vorliegenden Vorbericht zugrunde liegt, ist kritisch anzumerken, dass hier ein ungewichtetes Aufaddieren von Empfehlungen von nationalen und internationalen Leitlinien ohne Prüfung der Spezifika der nationalen Besonderheiten erfolgt ist. So wurde zur Feststellung, ob eine Empfehlung mit DMP-Relevanz vorliegt, als Kriterium herangezogen, dass verschiedene Leitlinien inhaltlich konsistente Empfehlungen mit mehrheitlich hohem Empfehlungsgrad (GoR) oder alternativ mehrheitlich hohem Level of Evidence (LoE) berichten. Die BPtK schlägt daher vor, diesen Aspekt bei der Einordnung der Arbeitsergebnisse im Hinblick auf ein darauf aufbauendes DMP Depressionen kritisch zu diskutieren.

Sicherstellung der Aktualität DMP-relevanter Empfehlungen

Für die Entwicklung eines DMP Depressionen, das betroffenen Patienten den Zugang zu einer hochwertigen und an aktuellen evidenzbasierten Leitlinien ausgerichteten Versorgung gewähren soll, ist zudem zu beachten, dass die Gültigkeit

von Leitlinien in der Regel auf einen Zeitraum von fünf Jahren beschränkt ist. Dieser Aspekt wird im vorliegenden Vorbericht insofern beachtet, als dass nur Leitlinien ab einem Publikationsdatum nach Januar 2010 berücksichtigt wurden (vgl. A2.1.1.5 Publikationszeitraum). Hier fehlt allerdings eine Diskussion der damit verbundenen Herausforderungen für ein DMP Depression auf nationaler Ebene. Eine Orientierung an einer Vielzahl internationaler und nationaler Leitlinien, die jeweils zu unterschiedlichen Zeitpunkten aktualisiert werden, würde erhebliche Schwierigkeiten für eine fortlaufende Überprüfung der Aktualität eines DMP nach sich ziehen. Bei der Zusammenstellung DMP-relevanter Empfehlungen wäre daher im Bericht ein Abschnitt über die unterschiedlichen Gültigkeitszeiträume der einbezogenen Leitlinien ebenso wünschenswert wie eine kritische Diskussion dieses Aspekts in Hinblick auf die konkrete Entwicklung eines nationalen DMP Depressionen. Die BPTK schlägt daher vor, unter „5. Einordnung der Arbeitsergebnisse“ einen Abschnitt zu ergänzen, der diesen Aspekt aufgreift.

II. Differenzierung von Diagnosebereichen für ein DMP Depression

Die BPTK begrüßt den Vorschlag, ein DMP Depressionen weiter zu spezifizieren. Das betrifft zum einen die Abgrenzung von depressiven Episoden im Rahmen einer unipolaren depressiven Störung im Gegensatz zu depressiven Episoden im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung, aber auch die Abgrenzung von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter von depressiven Erkrankungen im Erwachsenenalter. Diese Spezifizierung wird auch durch die identifizierten Leitlinien gestützt. In keiner der differenzierten und hochwertigen Leitlinien wurden gleichzeitig bipolare und unipolare Depressionen bei Erwachsenen adressiert. Darüber hinaus wurde auch stets eine Trennung der Zielpopulation im Hinblick auf das Alter vorgenommen. Eine gleichzeitige Berücksichtigung unipolarer depressiver Störungen und darüber hinaus von weiteren affektiven Störungen bei Erwachsenen findet sich lediglich bei der Leitlinie „SIGN 2012“, die jedoch eine starke Eingrenzung der Zielgruppe durch „Depressionen in der Peripartalzeit“ vornimmt. Es wäre daher wünschenswert, wenn im vorliegenden Bericht diese durch die Experten der Leitlinienentwicklung vorgenommene Differenzierung auch bei der abschließenden Einordnung stärker betont würde.

Bezüglich der weiteren Spezifizierung eines DMP Depressionen begrüßt die BPTK den Vorschlag, eine Eingrenzung nach unterschiedlichen Schweregraden unipolarer depressiver Störungen vorzunehmen. Eine Fokussierung auf den Bereich der schweren depressiven Störungen ist dabei aufgrund der besonderen Belastungen dieser Patientengruppe, zu denen eine Vielzahl therapeutischer Empfehlungen vorliegt, zu begrüßen. Beachtung finden sollte in der abschließenden Bewertung jedoch neben der Gruppe der Patienten mit schweren depressiven Episoden auch die Gruppe der Patienten, die an einer chronischen Depression erkrankt sind. Wünschenswert wäre eine zusätzliche differenziertere Auswertung der Empfehlungen im Hinblick auf diese Patientengruppe. Zwar liegen in den zugrundeliegenden Leitlinien spezifische Empfehlungen, beispielsweise für Patienten mit einer Dysthymie, vor und es wird an verschiedenen Stellen auf die besondere Relevanz von rezidivierenden Depressionen hingewiesen. Bei der Darstellung im vorliegenden Bericht wird dieser besonders belasteten Patientengruppe jedoch kaum Rechnung getragen. Bei der Zusammenfassung der Ergebnisse sowie bei der abschließenden Diskussion wäre daher eine Differenzierung zusätzlich nach Chronizität dringend erforderlich, um den Nutzen der Leitliniensynopse für die Entwicklung eines DMP Depressionen weiter zu erhöhen.

III. Einordnung von Empfehlungen zu Versorgungsaspekten

Die BPTK empfiehlt dringend eine Überprüfung der Kategorisierung der Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen. So wurde beispielsweise die Empfehlung 3-45 der Leitlinie NVL Unipolare Depression (2015) dem Bereich der Patienteninformation zugeordnet. Diese Zuordnung ist aus Sicht der BPTK nicht sachgerecht, da es sich hierbei explizit um eine Empfehlung für die Behandlung chronischer Depression handelt, die lediglich in ihrer Formulierung auch die partizipative Entscheidungsfindung berücksichtigt. Daher wurde diese Empfehlung auch von den Leitlinienautoren dem Bereich der psychotherapeutischen Maßnahmen zugeordnet.

Fehlende Inhalte zum Versorgungsaspekt Schulungen

Die Schlussfolgerung, dass aus aktuellen Leitlinien keine DMP-relevanten Empfehlungen für den Bereich „Schulungen“ identifiziert werden können, ist aus Sicht der BPTK nicht nachvollziehbar. Wie auch von den Autoren des Berichts angemerkt, sind Schulungen im Sinne von Psychoedukation häufig integrale Bestandteile psychotherapeutischer Maßnahmen. Zu psychotherapeutischen Maßnahmen konnten in der vorliegenden Leitliniensynopse viele, auch DMP-relevante, Empfehlungen identifiziert werden. Darüber hinaus liegen unter verwandten Begriffen, wie „angeleitete Selbsthilfe“/„Guided Self-help“, psychiatrisch-psychosomatischer Grundversorgung, „Lifestyle Modification“ o. ä. in vielen Leitlinien Empfehlungen mit hohem GoR bzw. LoE vor, die klare Empfehlungen für die Beratung von Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung geben. Diese sind im bisherigen Bericht teilweise unter „Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen“ eingeordnet, wie beispielsweise die Empfehlung zu „GoodPractice in Lifestyle Advice for Patients with Depression“ aus der Leitlinie „SIGN 2010“. Der Inhalt dieser Empfehlung entspricht inhaltlich keiner allgemeinen Aufklärung über die Erkrankung, sondern enthält klare Hinweise darüber, welche Verhaltensänderungen sich auf Patientenseite positiv auf die depressive Erkrankung auswirken können. Auch unter dem Bereich „nichtmedikamentöse Behandlungen“ ist eine Reihe von Empfehlungen eingeordnet, die eindeutig Inhalte von Patientenschulungen benennt, wie beispielsweise in der Empfehlung „Low-intensity psychosocial Interventions“ aus der Leitlinie „NCCMH 2010 Adults“ der Verweis auf „Individual guided Self-help based on the Principles of cognitive behavioural Therapy (CBT)“ oder in der Empfehlung/Statement 3-7 der Leitlinie „NVL 2015“ der Hinweis auf „qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, z. B. Selbsthilfebücher“. Und auch für den Bereich der bipolaren Störungen wird aus drei Leitlinien, die potenziell DMP-relevante Empfehlung, „eine ausführliche Gruppenpsychoedukation zur rezidivprophylaktischen Behandlung einer bipolaren Störung“ einzusetzen, extrahiert (S. 67).

Das im Bericht festgestellte Fehlen von evidenzbasierten Empfehlungen zu „Schulungen“ ist somit weder durch einen Mangel an Evidenz noch durch einen Mangel an Empfehlungen in diesem Bereich, sondern vielmehr durch die Fülle unter-

schiedlichster Interventionen und gut evaluiertem Informationsmaterial zu erklären. Die Menge an zum Teil sehr heterogenen Schulungen, die in verschiedenen Formen vorliegen, hat vielmehr bei der Erstellung einiger Leitlinien dazu geführt, dass explizit auf die darin enthaltenen relevanten Inhalte fokussiert wird, anstatt auch vor dem Hintergrund von wirtschaftlichen Interessen hinter einzelnen Schulungen und Schulungsmaterialien eine Evidenzprüfung auf Einzelebene vorzunehmen. Dazu heißt es beispielsweise in der Leitlinie „NCCMH 2010 Adults“:

„Most of the early literature on guided self-help came from the US. In the US there are over 2000 self-help manuals of different sorts published each year, and it is not within the scope of this guideline to make recommendations on specific self-help manuals, but rather the principle and practice of guided self-help in the NHS and related services“.

Die BPTK rät vor diesem Hintergrund dringend zu einer Überprüfung der Einordnung entsprechender Empfehlungen, da hier sonst fälschlicherweise der Eindruck entstehen könnte, es sei keine Evidenz für die Schulung von Patienten mit depressiven Erkrankungen vorhanden.

IV. Datengrundlage des Vorberichts

Die BPTK begrüßt die Absicht, bei der Erstellung der finalen Version dieser Leitliniensynopse die aktuellste Version der Leitlinie „NVL 2015“ zu verwenden, da erst ab der im Dezember 2015 erschienenen Version der Leitlinie „NVL 2015“ zu allen Empfehlungen LoE berichtet werden. Da dem LoE einer Leitlinienempfehlung neben dem GoR eine wichtige Grundlage bei der Beurteilung der DMP-Relevanz zukommt, konnte bei dem vorliegenden Vorbericht eine adäquate Berücksichtigung derjenigen Leitlinie für unipolare Depression bei Erwachsenen, die spezifisch für das deutsche Gesundheitssystem entwickelt wurde, nicht gewährleistet werden.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: unipolare Depression; Langfassung; Version 1 [online]. 11.2015 [Zugriff: 15.11.2016]. URL: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-2aufl-vers1-lang.pdf/@@download/file/depression-2aufl-vers1-lang.pdf>.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults; updated edition. Leicester: British Psychological Society; 2010. (National Clinical Practice Guidelines; Band 90). [Zugriff: 15.11.2016]. URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN Publications; Band 114). [Zugriff: 15.11.2016]. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf>

A.1.3 – Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.

Autoren:

- Böker, Ulrike
- Klett, Martin
- Kremser, Martin

Kommentierung des Vorberichts zur Leitliniensynopse, erstellt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

1. Zu 4.5.2.2 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen Symptomatik und Diagnosestellung Seite 19

Hier sei kritisch angemerkt, dass die Leitlinien aufgrund ihrer Ausrichtung auf mit RCTs abzubildenden Korrelationen und aufgrund der rein deskriptiven Ausrichtung von ICD 10 (Definition von Krankheitsbildern ohne Beachtung möglicher Bedingungs- oder sogar Verursachungszusammenhänge) keine Differenzierungen hinsichtlich depressiver Phasen erlaubt, die aufgrund von lerngeschichtlich bzw. psychodynamisch zu eruiierenden biographischen Faktoren (z.B. schwere Traumatisierungen in Kindheit und Jugend, schwere auslösende Belastungssituationen, hohe Milieubelastungen, Beziehungsstörungen aufgrund von neurotischen Verarbeitungen etc.) eingetreten sind. Diese sollten als spezifisch induziert diagnostiziert und auch dementsprechend spezifisch unter vorrangigem Einbezug individueller Faktoren behandelt werden. Außerdem gibt es eine Lücke bei der Diagnosestellung hinsichtlich der Differenzialdiagnose zur Anpassungsstörung, zur Depression auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung und zur Depression aufgrund unbewusster Konfliktkonstellationen.

Vorschlag:

Als potentiell DMP-relevant bzw. mit einem Vermerk (X) von IQWiG versehen sollte zumindest die Empfehlung 2-9 der NVL-2015 aufgenommen werden.

Auch die äußerst dünne Repräsentanz der psychischen Komorbiditäten bei der Diagnostik im IQWiG-Vorbericht sollte durch eine Kennzeichnung der Empfehlung 2-10 mit einem Vermerk (X) verbessert werden.

Dabei handelt es sich keinesfalls um randständige Sachverhalte: In der NVL Depression 2015 ist der hohe Komorbiditätsgrad dokumentiert, der sich in der täglichen Behandlungspraxis eher noch höher darstellt (da dort regelhaft nicht nur eine kategoriale Diagnostik sondern auch eine Diagnostik aufgrund biographischer und psychosozialer Zusammenhänge erfolgt).

2-9

B

Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik sollte eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen.

2-10

0

Bei entsprechenden Hinweisen auf eine die Erkrankung komplizierende somatische Komorbidität sollte eine Überweisung des Patienten zum Facharzt und bei komplizierender psychischer Komorbidität zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeuten erfolgen.

2. Zu 2. 4.5.2.2. Berücksichtigung transkultureller Aspekte

Seite 19

Hier nur eine Anmerkung: es ist zu begrüßen, dass hier derartige Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Es mutet jedoch höchst einseitig an, wenn bei der Diagnostik nicht auch psychosoziale Faktoren wie schichtspezifische, milieuspezifische Faktoren sowie aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzkonflikte, Beziehungs- und Familienkonflikte, Arbeitslosigkeit, Verlust bedeutsamer Bezugspersonen etc.) keine Erwähnung finden, Diese Aspekte kommen bei

der rein deskriptiven diagnostischen Ausrichtung zu kurz, obwohl sie typischerweise als auslösend oder sogar ursächlich zu eruieren sind.

3. Zu 4.5.2.4.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

Patienten mit Komorbiditäten

Seite 23

Da der Bericht zum Teil die Versorgungsleitlinien von internationalen Leitlinien ausgehend auf die bundesrepublikanischen Verhältnisse übersetzt, empfehlen wir im vorletzten Absatz, den ersten Satz durch eine Klammer zu ergänzen, um die Versorgungsrealität in Deutschland zu berücksichtigen: „...“, wenn die Behandlung von Patienten sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting (hierunter ist auch die Versorgung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu verstehen) erfolgt.“

4. Zu 4.5.2.4.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

Seite 25

Der Satz (3. Absatz): „Dabei weist eine Leitlinie auf die mangelhafte Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention im Vergleich zu einer anderen hin (Empfehlung DMP-relevant)“ lässt offen, welche Intervention damit gemeint ist. Falls damit die psychodynamische Psychotherapie gemeint ist, verweisen wir auf unsere Ausführungen im Anhang 1. Unseres Erachtens ergibt eine kritische Würdigung der diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse der S3 LL Depression bei Kinder und Jugendlichen keine eindeutigen Nachweise einer Unterlegenheit.

5. Zu 4.5.2.4.3.1 Nicht medikamentöse Behandlung – Unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen

Psychotherapie

Seite 26

Wir bitten zu überprüfen, ob die Einstufung „potenziell DMP-relevant“ hinsichtlich der Empfehlung einer Psychotherapie bei einer leichten oder mittelschweren depressiven Episode korrekt ist. Es gibt zwei Zusammenfassungen in den Empfehlungen, einmal ‚leicht bis mittelschwer‘ und dann ‚mittelschwer bis schwer‘. Zumindest die Empfehlung einer Psychotherapie für mittelschwere Depressionen erscheint gut durch Evidenz abgedeckt zu sein.

6. Zu 5. Einordnung des Arbeitsergebnis

a. Berücksichtigung der Schweregrade der Depression

Seite 73

Die Überlegung, ein DMP Depression auf Patienten mit schweren depressiven Episoden zu fokussieren, können wir folgen.

b. DMP-Relevanz der Empfehlungen zu unipolaren und bipolaren depressiven Störungen

Seite 74

Für die Feststellung (letzter Absatz), dass „auffallend ist, dass es wenige bis keine relevanten Empfehlungen für Kinder und Jugendliche ... gibt“, meinen wir, einleuchtende Gründe aufzeigen zu können. Wir möchten sie im Anhang 2 hier zur Diskussion stellen.

7. Zu A.3.4.2.3 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

Symptomatik und Diagnosestellung

Seite 115

Erster Absatz: Hier verdeutlicht sich noch einmal, dass das Krankheitsbild Depression als eindeutig bestimmbar Krankheitseinheit verstanden wird, wo zwar „weitere Faktoren, die möglichen Einfluss auf die Entwicklung und den Schweregrad der depressiven Störung haben“, erfasst werden sollen, aber keinerlei Anleitung vorgesehen ist, verursachende oder mitbedingende Faktoren aus der Biographie für die diagnostische und prognostische Einschätzung zu erheben, obwohl diese Fragen für die Therapieplanung und die Wahl des Therapieverfahrens von großer Bedeutung sind.

8. Zu A.3.4.2.7.2 Grundsätze der Therapieplanung und Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen **Seite 143**

Hier erfolgt erneut in Absatz 2 letzter Satz der Hinweis auf die „mangelhafte Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention im Vergleich zu einer anderen“, der unklar bleibt. Sollte damit die psychodynamische Psychotherapie gemeint sein, so verweisen wir hier noch einmal auf den Anhang 1, in dem dargelegt wird, dass aus der Evidenzlage nicht sicher geschlossen werden kann, dass eine Unterlegenheit psychodynamischer Therapien besteht.

9. Zu A.3.4.2.7.3 Nichtmedikamentöse Behandlung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

Aktiv-abwartende Begleitung und Maßnahmen mit niedriger Intensität **Seite 143/144**

Die vorgeschlagenen Maßnahmen mit niedriger Intensität werden neben der Indikation bei Fortbestehen der Symptomatik bei aktiv-abwartender Begleitung auch bei mittelgradigen depressiven Episoden vorgeschlagen und vor allem als für ein DMP potenziell relevant bezeichnet. Wir bitten um Überprüfung, ob die Maßnahmen mit niedriger Intensität tatsächlich auch bei mittelgradigen Depressionen als ausreichend von einer Mehrzahl der ausgewerteten Leitlinien eingestuft wurden und damit als potenziell relevant richtig eingestuft sind. Nach unserer Einschätzung sind diese Maßnahmen eher auf leichte Depressionen zu beschränken.

10. Zu A.3.4.2.7.3 Nichtmedikamentöse Behandlung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

Psychotherapie – Beurteilung der Relevanz für ein DMP **Seite 146**

a. Uneinheitliche GoR Empfehlungen zum Angebot einer Psychotherapie bei leichten bis mittelgradigen von 2 Leitlinien begründen eine nur „potenzielle Relevanz für ein DMP. Wir zählen 3 Leitlinien (NVL 2015, NCCMH 2010 adults und SIGN) und halten die Einstufung als „potenziell relevant“ für nicht angemessen. Vermutlich sind hier unterschiedliche Aktualität und unterschiedliche Eingruppierungen auch für die Schwierigkeit einer eindeutigen Zuordnung der Bewertung dafür verantwortlich.

b. Im dritten Absatz wird die Empfehlung für eine psychodynamische Kurzzeit-Psychotherapie als für ein DMP nicht relevant eingestuft. Eine Hervorhebung von kognitiver Verhaltenstherapie, interpersoneller Psychotherapie oder eine Verhaltensaktivierung im zweiten Absatz muss einseitig erscheinen, da die Empfehlungen in der NVL 2015 auf verfahrensspezifischen Empfehlungen verzichtet haben. Stattdessen wurden in dieser Leitlinie die Studienauswertungen tabellarisch aufgeführt. Diese tabellarischen Auswertungen müssen in die Beurteilung der DMP-Relevanz unbedingt einbezogen werden, weil die NVL-Empfehlungen auf diesen beruhen und diese implizieren. Wie die dort veröffentlichte Tabelle ausweist, liegen mehrere Metaanalysen und RCTs zur Psychodynamischen Kurzzeittherapie vor, die eine Einstufung nach LoE 1 und GBA-Kategorie 1 rechtfertigen (NVL 2015, Seite 109).

2. Auflage, Version 1 © 2015 108

**Psychodynamische
Kurzzeittherapie**

Studientyp
Metaanalysen

RCTs

Ergebnisse

STPP > TAU
(verschiedene Störungen)
[848, 851] **b**
STPP > Kontrolle [853]
[840]
STPP < KVT [853]
Behandlungsende [836]
STPP = KVT (Follow-up)
[853]
STPP = KVT [838]
STPP = KVT [890]
SPSP + AD > AD [585,
891]
STPP + AD = STPP [583]
STPP > Wartegruppe
[840]

Auch die SIGN 2010 kommt zur gleichen Einstufung. Zusammen mit der Empfehlung der Leitlinie NCCMH 2010 adults lässt sich aus 3 Leitlinien eine Empfehlung zur psychodynamische Kurzzeittherapie entnehmen. Die dortige Einschränkung (uncertainly of the effectiveness) konnte durch die neueren Untersuchungen entkräftet werden. Insofern ist eine DMP-Relevanz u.E. auch zu dokumentieren.

Hinzu kommt der Aspekt, dass eine einseitige Ausrichtung der universitären Lehrstuhlbesetzungen im In- und Ausland und eine einseitige Ausrichtung der Forschungsaktivitäten zu einem Überhang an Studien zur VT und einem Mangel an Studien zur Psychodynamischen Psychotherapie geführt hat.

Gerade angesichts der hohen Komorbiditätsraten und der häufig mitbedingenden neurotischen oder psychosozialen Konflikte und biographischen Faktoren ist der Ansatz psychodynamischer Verfahren als Alternative zu verhaltenstherapeutischen Interventionen im Versorgungsalltag unverzichtbar.

Und es wirkt schließlich völlig unverhältnismäßig, wenn beispielsweise der Empfehlung einer Lichttherapie ein DMP-Relevanz zuerkannt wird, aber der Empfehlung zur psychodynamischen Psychotherapie nicht.

11. Zu A.3.4.2.7.3 Nichtmedikamentöse Behandlung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen Psychotherapie – Relevanz-Beurteilung Seite 147

Nicht nachvollziehbar erscheint uns die Einstufung der Psychotherapie bei Dysthymie sowie bei pharmakotherapie-resistenten Depressionen als für ein DMP nicht relevant. Die hier bewertete Leitlinie NVL 2015 (vermutlich wurde diese Kategorie bei den anderen Leitlinien gar nicht berücksichtigt, sodass man von einer 100% Übereinstimmung ausgehen müsste) weist einen hohen LoE nach und immerhin einen GoR von B, eine GBA-Kategorie Ia. (Tabelle 19, Seite 480). Diese Beurteilung ist in Zusammenhang mit dem folgenden Punkt zu bewerten:

12. Zu A.3.4.2.7.5 Medikamentöse Behandlung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Seite 156

Demgegenüber werden mit uneinheitliche GoR Empfehlungen einer Leitlinie (NVL 2015) für eine medikamentöse Behandlung bei Dysthymie und Doppeldepressionen sowie bei chronischen depressiven Episoden als potenziell relevant eingestuft. Und das, obwohl LoE fehlt. In Verbindung mit dem zuvor hier behandelten Punkt stellt dies eine einseitige Höherbewertung der Relevanz der medikamentösen Therapie vor bei niedrigerem LoE. Dies ist für uns nicht nachzuvollziehen.

Zu Tabelle 19 NVL 2015 -Empfehlung 3-54

Seite 480

Diese Empfehlung sollte aus Gründen des Rechtes der betroffenen Patienten auf eine Alternativbehandlung (soweit eine EKT nicht gewünscht wird) dennoch mit einem (X) versehen werden.

Berlin, den 14.11.2016



Norbert Bowe

für den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten – bvvp e.V.

Anhang 1**Einflüsse der Besonderheiten und Probleme bei der Diagnostik depressiver Symptome im Kindesalter auf Studienergebnisse und Bewertungen von Behandlungsverfahren****1. Erschwerte Diagnostik durch Begrenztheit der Selbstauskünfte**

Kinder und auch oftmals noch Jugendliche können – erst recht wenn sie in seelischen oder psychosozial/familiär ausgelösten Krisen sind – nur begrenzt über sich selbst, ihren Seelenzustand Auskunft geben, d.h. die diagnostische Zuordnung zu den Diagnosehauptkategorien und zu den Unterkategorien ist deutlich erschwert. Anders herum werden mit der Globalkategorie Depression durch diesen Umstand Zustände erfasst, die primär anderen Kategorien zuzuordnen sind und andererseits Zustände nicht erfasst, die unter anderen Kategorien diagnostisch eingeordnet wurden.

2. Verquickung von Störungen des Indexpatienten und der Bezugspersonen

Die Diagnostik ist erschwert durch die Notwendigkeit, dass Erziehungsberechtigte und andere Bezugspersonen einbezogen werden müssen. Es ist aber nicht selten, dass (wie vergleichsweise bei Erwachsenen Belastungsfaktoren aus der Kindheit wesentlichen Anteil an der Entstehung von späteren seelischen Störungen haben) die Bezugspersonen selbst, ihre Verhaltensweisen oder psychischen und psychosozialen Belastungen erheblichen oder sogar auslösenden und unterhaltenden Einfluss auf die Entstehung der Störung des Kindes haben.

3. Verzerrungen bei der Diagnostik durch Fremdinteressen von Bezugspersonen

Dementsprechend tragen ggf. die Aussagen der Bezugspersonen, deren Störungen für die seelische Störung des Kindes ggf. mit auslösend anzusehen sind, nicht selten einem Bedürfnis Rechnung, das Wissen um ungünstige Faktoren an dem Störungsgeschehen zu verdrängen. Die Aussagen dieser Bezugspersonen dienen dann dem Bedürfnis, mit der Zuschreibung einer Störung sich die eigene Verwicklung in das Störungsgeschehen nicht eingestehen zu müssen. Unerkannt kann die medizinische Diagnose einer Depression, die dem Kind als Indexpatienten die Störung als Krankheit zuschreibt, langfristig zu kindlichen Entwicklungsschäden beitragen und sekundär krankmachend wirken.

4. Differierende Erscheinungsformen bei insbesondere bei Kindern und auch bei Jugendlichen

Die Symptombildung bei der (noch nicht ausgereiften) Kindspersönlichkeit hat andere Schwerpunkte als die bei Erwachsenen. Seelische Belastung drückt sich z.B. durch Bauchschmerzen oder Schwindel, auffälligem Spielverhalten, aggressiven oder repetitiven Verhaltensweisen etc. aus, die zum Beispiel Ausdruck einer psychosozial bedingten Belastungsstörung, einer Depression, einer Angststörung sein kann, aber beispielsweise dann als Somatisierungsstörung, Störung des Sozialverhaltens o.ä. imponiert. An diesem Beispiel zeigt sich, dass die diagnostische Zuordnung deutlich größeren Fehlerquellen unterworfen ist; oder anders ausgedrückt nicht einfach aus dem Erwachsenenbereich auf den Bereich der noch nicht ausgereiften Persönlichkeit des Kindes oder des Adoleszenten übertragen werden kann.

5. Pathogenetische Auswirkungen einer Störungszuschreibung dem Indexpatienten

Besonders problematisch erscheint es, Störungen des Kindes als seine Störungen festzuschreiben im Sinne einer Krankheit des Kindes und damit das zu behebende Kranke in ihm zu verorten, wenn es sich um Folgen schwerer familiärer Belastungen durch Auffälligkeiten der Achse V des MAS (assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände handelt). Hier sind z.B. zu nennen: narzisstischer oder sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Folgeschäden aufgrund elterlicher Pathologien, elterlicher Suchtproblematiken oder dauerhaften Streits, Folgen einer belastenden Mobilität mit Verlust von Sozialkontakten. In solchen Fällen ist – auch wenn vordergründig depressive Symptome imponieren, nicht eine Krankheit Depression zu behandeln, sondern die Faktoren zu analysieren, die auf die kindliche Seele einwirken und entweder Maßnahmen

einzuweisen oder dem Kinde bei der Erlangung helfender Strukturen oder innerer Kompensationsmöglichkeiten zu unterstützen.

Die hier genannten Faktoren sprechen schon für sich genommen für einen psychotherapeutischen Zugang als Mittel der Wahl v.a. bei Kindern.

Anlage 2

Unzureichende Evidenzbasierung für eine spezifische psychotherapeutische Verfahrensempfehlung bei depressiven Störungen von Kindern und Jugendlichen

Die vorliegende Datenlage ist ungeeignet, statt einer allgemeinen Empfehlung von Psychotherapie spezifische umrissene Methoden zu benennen:

1. Fehlende Unterscheidung von Depressionsformen unterschiedlicher kategorialer diagnostischer Zuordnung

Die Empfehlung der S3 Leitlinie „Behandlung depressiver Störungen bei Kinder und Jugendlichen“ §4 (1) spricht pauschal von ‚depressiven Störungen‘. Eine Globalaussage für einzelne spezifizierte Therapieverfahren ist aber unzulässig, wenn nicht aus der Studienlage differenzierend festgestellt werden kann, auf welche der möglichen depressiven Störungen die Behandlungserfolge beziehen. Vorwegnehmend ist festzustellen, dass es sich bei Depression nicht um eine klar umrissene Krankheit handelt, sondern um eine definitorische Übereinkunft. Selbst wenn dieses außer Acht gelassen wird, bleibt festzustellen, dass es rein definitorisch in den entsprechenden Diagnoseschlüsseln verschiedene zu differenzierende depressive Störungen gibt:

- a. Die depressive Episode kann Ausdruck aus einer lebensgeschichtlich und aus entwicklungsbedingten Schwierigkeiten sich ergebenden Krisensituation entstanden sein. Dabei können eine innerseelische und/oder eine familiäre Konfliktsituation von ausschlaggebender Bedeutung sein.
- b. Dann kann es sich um eine Erstmanifestation einer rezidivierenden Depression handeln – am ehesten im Kindesalter schon zu diagnostizieren bei entsprechender erheblicher familiärer Belastung. Diese Depression ist noch am ehesten Ausdruck einer im kindlichen Alter sich manifestierenden Krankheit des Kindes selbst (eine familienanamnestisch nachzuweisende Belastung mit depressiven Erkrankungen kann der Diagnosesicherung dienen).
- c. Oder es handelt sich um chronische Verlaufsformen wie Dysthymie, die mitunter mit anderen Verursachungs- und pathogenetischen Faktoren sowie anderen Mitweltreaktionen einhergehen.
- d. Dann kann es sich um depressive Reaktionen im Rahmen von Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen handeln.

Wenn die vorliegenden Untersuchungen keine Differenzierungen erlauben, sind sie auch nicht geeignet, spezifische Verfahrensempfehlungen zu begründen. Es kann dann auch nicht ausgeschlossen werden, ob es spezifische Eignungen von Therapiemethoden bzw. – Verfahren für spezifische Kategorien von Depressionen gibt.

2. Fehlende Unterscheidung nach leichter, mittelschwerer und schwerer Depression

Weiterhin unterscheidet die Empfehlung 4 (1) bei der Nennung der verhaltenstherapeutischen, interpersonellen Psychotherapie und Fluoxetin als empfohlene Therapieoptionen nicht zwischen leichter, mittelschwerer und schwerer Depression. Diese nicht differenzierende Formulierung sollte daher hier nicht verwendet werden. Die Empfehlung 4 (1) in der jetzigen Ausformulierung kann so (miss-)verstanden werden, dass bereits bei leichten depressiven Störungen zu einem medikamentösen Management gegriffen werden kann und bei mittelschweren bis schweren Depressionen ohne vorangegangenen Versuch einer alleinigen Psychotherapie schon mediziert werden kann.

3. Einschränkung der Methodenempfehlungen führen zu Fehlindikationen und Behandlungseinschränkungen

Die Festlegung der Empfehlung 4 (1) auf definierte Psychotherapiemethoden ist schon aus den oben genannten u.E. fachlich nicht möglich. Bei Störungen des Familiensystems als Entstehungsbedingung der depressiven Symptomatik kann beispielsweise auch eine andere Therapiemethode wie eine systemische Psychotherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie oder aber umfassender ansetzende, aber nicht mit RCT untersuchte Formen der Verhaltenstherapie eher angezeigt sein. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass verschiedene Verfahren für verschiedene Arten der depressiven Störungen und für verschiedene Verursachungskonstellationen geeignet sind. Daher ist eine Differenzialindikation der anzuwendenden therapeutischen Mittel in jedem Verfahren wichtig. Es wäre eine enorme Versorgungsverschlechterung, wenn aufgrund der LL- Empfehlung Therapeuten nur noch eine der wissenschaftlich bestnachgewiesenen Verhaltenstherapieform oder die IPT anwendeten, nicht aber eine Kombination von Interventionsformen, die der jeweiligen Bedingungskonstellation und differenzialdiagnostischen Einordnung des Einzelfalles entspräche. Schon Verhaltenstherapeuten würden, wenn sie sich bei der Behandlung von Depressionen auf die Anwendung der hier mit RCT geprüften einzelnen umgrenzten Methoden mit den entsprechenden manualisierten Vorgehensweisen (und nur auf diese lassen sich die vorliegenden Wirksamkeitsnachweise korrekt beziehen) beschränkten, unter den ihnen zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen bleiben und damit ihren Patienten nicht die best mögliche Therapie anbieten.

4. Fehlende Studiendaten, fehlende Drop-out-Analysen/Selektionsprozesse, fehlende Erkenntnisse zur Nutzenbewertung.

Aber auch wenn die vorgenannten grundsätzlichen Bedenken außer Acht gelassen werden, reicht die vorgestellte Datenlage nicht aus, eine methodenspezifische Empfehlung auszusprechen. Es werden keine Daten genannt zu Intention to treat- Analysen, Prozentsätzen der Responser, es liegen Katamnesedaten nicht in hinreichendem Umfang vor.

- a. Fehlende Angaben über Responserprozentsätze: Die reine Überlegenheit über TAU oder Wartegruppe oder Aufmerksamkeitsplacebo (wobei fraglich erscheint, dass ein solches Aufmerksamkeitsplacebo sich ohne Einfluss auf das Ergebnis des zu untersuchenden verum konstruieren lässt) sagt noch keine generelle Überlegenheit gegenüber anderen Methoden/Verfahren aus: Bei Responseraten von z.B. fiktiv angenommenen 40 % und einer Überlegenheit gegenüber TAU/Wartegruppe/Placebo von z.B. 15 % wären beispielsweise 15 % auf die spezifische Methode zu beziehen. Eine so begrenzte Ansprechrate bezogen auf ein so heterogenes Störungsfeld ‚Depression‘ ließe dann keine Schlüsse zu, ob die Ansprechrate der Methode sich nur durch begrenzte Wirksamkeit bei nur umrissenen spezifischen Störungskonstellationen/Unterkategorien der Diagnosegruppe Depression ergibt, ob ggf. diese Methode bei anderen Störungskonstellationen/Unterkategorien der Diagnosegruppe ‚Depression‘ aber unwirksam bleibt.
- b. Die hohen Remissionsraten bei den Studien zu psychodynamischen Psychotherapien werden in der Langfassung nur erwähnt, nicht aber quantifiziert dargelegt. Eine hohe Remissionsrate könnte beispielsweise ein Hinweis darauf sein, dass die untersuchte Methode auf ein größeres Spektrum von depressiven Störungen anwendbar erscheint.
- c. Ohne Intention to treat – Analysen und ohne Beobachtung von Selektionsprozessen sind die Daten schwer verallgemeinerbar: Allein das schwierigere Interaktionsfeld zwischen Inpatient Kind – Eltern/Bezugspersonen – konsultierter Arzt der Grundversorgung – Behandler der Studien lässt in noch viel größerem Ausmaß als im Erwachsenenbereich unkontrollierbare Selektionsprozesse erwarten.
- d. Ohne Katamnesedaten bleibt die Wirksamkeitsmessung oft auf Surrogatparameter beschränkt und bezieht sich nicht auf Patientenrelevante Endpunkte. Für eine Nutzenbewertung – und nur eine solche sollte spezifizierenden Empfehlungen einer LL zugrunde gelegt werden – sind reine Wirksamkeitsmessungen keine hinreichende Basis für spezifische Empfehlungen. Am Beispiel der untersuchungstechnisch sehr viel klarer zu

strukturierenden Problematik bei den Medikamenten lässt sich aufzeigen, dass Wirksamkeitsnachweise z.B. erheblichen Anwendungseinschränkungen, Nebenwirkungen und etc. gegenüberstehen können. Es kann beispielsweise nicht ausgeschlossen werden, dass problematische Spätwirkungen auftreten, wenn durch eine Methode eine relativ eindeutige Störungszuschreibung gegenüber dem Kind/Jugendlichen geschieht, die zwar zunächst entlastend auf das Familiensystem und damit auch bei dem Kind/Jugendlichen wirkt, langfristig aber zu einer Stigmatisierung des Indexpatienten und zu einer Verfestigung des somit fehlerhaft oder unvollständig erfassten Störungsgeschehens kommt. Auswirkungen derartiger Prozesse lassen sich nicht mit Untersuchungen über kurze Untersuchungszeiträume erfassen.

5. Unzureichende Datengrundlage auch bei den am besten untersuchten verhaltenstherapeutischen Programmen

Auch bei Betrachtung der konkret berichteten Ergebnisse - hier ausgeführt am Beispiel der am besten mit RCT-Studien untersuchten verhaltenstherapeutischen Programme - lassen sich keine spezifischen Empfehlungen ableiten.

- a. Grundsätzlich liegt der spezifischen Empfehlung ein Gedankenfehler zugrunde: eine am besten mit Studien höherer Evidenzstufen beforschte Methode ist nicht geeignet, eine generelle Überlegenheit anderen Methoden gegenüber zu begründen. Es können nur evtl. Defizite oder Unterschiede der Evidenznachweise bei der Evidenzbasierung anderer Verfahren festgestellt werden.
- b. Die untersuchten einzelnen verhaltenstherapeutischen Methoden differieren miteinander. Im Vergleich mit einer Medikamentenuntersuchung käme dieses Faktum unterschiedlichen Mischungen verschiedener Wirkstoffkombinationen gleich. Solch unterschiedliche Substratmischungen in den einzelnen Untersuchungen würden nicht zu einer einheitlichen Beurteilung eines singulären Wirkstoffs zugelassen.
- c. Wie bereits dargelegt sagt ein Überlegenheitsnachweis über TAU/Wartegruppe/Placebo nichts über eine Überlegenheit gegenüber anderen Behandlungsverfahren bzw. -methoden aus. Die Tatsache, dass mehrere untersuchte Methoden nur eine gleiche Wirksamkeit wie ein sog. Aufmerksamkeitsplacebo oder eine Entspannung oder TAU aufweisen, schränkt die Zahl der aussagekräftigen Studien erheblich ein. Diese schmale Basis der vorliegenden Wirksamkeitsnachweise ohne vorhandene Vergleichsmöglichkeit zu anderen Verfahren lässt u.E. eine spezifische Empfehlung nicht zu.
- d. Besonders zu beachten ist die fehlende Langzeitwirkung: Nach 6 Monaten oder 2 Jahren ist eine Besserung/Überlegenheit nicht mehr nachzuweisen. Neben der bereits erwähnten ausschlaggebenden Bedeutung der Nutzenbewertung und der eingeschränkten Aussagekraft von Surrogatparametern könnte eine fehlende Langzeitwirkung damit in Zusammenhang gebracht werden, dass sowohl hinsichtlich der Quantität (zu wenig angebotene Behandlungssitzungen) als auch hinsichtlich der Qualität der untersuchten Methode (erfasst nur einen Teil der depressiven Störungen oder einen Teil der untersuchten Störungsgeschehen nur unvollständig) die untersuchten Behandlungsangebote nicht optimal ausgelegt waren.
- e. Das in der LL-Struktur angelegte Auseinanderziehen von kurzfristigen und mittel- und langfristigen Wirksamkeiten hat zwar auch eine Berechtigung, da eine akute Linderung von Beschwerden ein wesentliches Behandlungsziel darstellt. Aber nicht jede rasche Linderung im seelischen Bereich stellt auch einen langfristigen Nutzen dar, wie beispielsweise die angstmindernde Wirkung von Benzodiazepinen (als alleiniges Mittel) keine krankheitsverbessernde Maßnahme darstellt, sondern sogar zu weiterer (Abhängigkeits-)Krankheit führen kann. Gerade aber bei der Bearbeitung komplexer sozialer bzw. interpersoneller Verursachungszusammenhänge, bei komplexen schweren Störungen in der Steuerung des kindlichen Selbst und in den das Kind umgebenden Sozialsystemen stellt eine kontinuierliche Betrachtungsweise des Krankheits- und Behandlungsgeschehens eine

zwingende Voraussetzung dar, um die betroffenen Entwicklungsstörungen und –potentiale adäquat erfassen, beschreiben und hinreichend umfänglich behandeln zu können. Die getrennte Betrachtungsweise nach akuter Wirksamkeit und mittel- und langfristiger Wirksamkeit bewirkt tendenziell, dass diese Zusammenhänge ungenügend erfasst und darstellbar werden und damit bei der Evidenzprüfung ungenügend berücksichtigt werden.

- f. Die Prädiktoren für eine Remission (S. 27 Langfassung) zeigen ein tendenziell besseres Behandlungsergebnis bei weniger schwer kranken, besser sozial vernetzten, über ein höheres Maß an Eigenmotivation verfügenden und weniger durch Komorbidität belasteten Patienten. Hier ist damit zu rechnen, dass die mit umschriebenen Interventionen und Zielen arbeitende Kurzzeittherapien, wie sie in RCT-Studien untersucht werden, tendenziell für die leichter Kranken ausreichende Behandlungsangebote zur Verfügung stellen. Für komplexere Störungen müssen auch langfristige Therapieformen mit einer möglicherweise größeren Palette von Interventionsformen zur Anwendung kommen. Auch dieser Umstand, dass Vieles dafür spricht, dass v.a. bei schwereren Depressionen und Depressionen mit Komorbiditäten oder zusätzlich komplizierenden personellen und psychosozialen Faktoren die mit RCT als wirksam identifizierten Methoden nicht ausreichen und andere weitere Interventionen oder umfassendere methodische Ansätze zum Tragen kommen müssen, sollte ein Grund sein, auf eine globale Empfehlung für einzelne spezifische Methoden zu verzichten. Ansonsten könnte die LL-Empfehlung eine Verknappung und damit auch einer Verschlechterung des Behandlungsangebotes anregen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass für die Empfehlung einer spezifischen psychotherapeutischen Methode eine hinreichend tragfähige wissenschaftliche Grundlage fehlt. Es sollte deswegen als Mittel der Wahl bei Kindern bis 12 Jahren lediglich Psychotherapie empfohlen werden.

Bei Jugendlichen sollte Psychotherapie als Mittel der ersten Wahl empfohlen werden. Es kann ein Hinweis gegeben werden auf die (begrenzt aussagekräftige) Studienlage mit dem Vorliegen von Evidenznachweisen v.a. für VT-Methoden, in geringerem Maß für IPT, psychodynamischen Verfahren und Systemische Therapie.

A.1.4 – Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.

Autoren:

- Rapp, Michael

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262 [REDACTED]
Fax: 02262 [REDACTED]
GS@dggpp.de

Stellungnahme der DGGPP e.V. zum Vorläufigen Berichtsplan zum Auftrag [V15-02] Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und psychotherapie fehlen im vorläufigen Berichtsplan für die Gerontopsychiatrie (und auch für die Erwachsenenpsychiatrie) zentrale und aktuell gültige Leitlinien. Ein daraus resultierendes DMP wäre aus Sicht der Gerontopsychiatrie unvollständig und potentiell unververtretbare Patientenrisiken bergen.

Möglicherweise wurde das Kriterium, nur Leitlinien nach 2010 einzuschließen, ohne Rücksicht auf erfolgte updates umgesetzt, oder es schloss in der Tat noch gültige Leitlinien von vor 2010 mit aus, was ja offenbar nicht intendiert war (s. A2.1.1.5).

Prima vista vor allem fehlende Leitlinien sind die der APA, AMDA, CCSMH. Ebenso finden sich keine spezifischen Leitlinien für Erkennung und Screening (hier ist E2 aus klinischer Sicht zu unscharf angewandt worden) und nur eine spezifische Leitlinie für die Behandlung der Depression bei Multimorbidität, aber keine für andere spezifische Erkrankungen, und keine zur Behandlung und Prävention von Suizidalität (hier ist E1 aus klinischer Sicht möglicherweise zu spezifisch definiert). E9 wurde offenbar auch angewandt, wenn Leitlinien nur kostenpflichtig im Volltext verfügbar waren?

Die Fachgesellschaft würde zudem aus methodischen Gründen analog zur 2016 neu erschienen CANMAT Leitlinie für ein gesondertes Kapitel für ältere Patienten plädieren.

	ispr.	b.	Verbleib	ispr.	b.	Verbleib

Vorstand

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin
Präsident

PD Dr. med. M. Haupt
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

Dr. med. L. M. Drach +
Schwerin

Dr. med. Klaus Maria Perrar
Köln

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

Prof. Dr. rer. pol. S. Schäfer-
Walkmann
Stuttgart

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf

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

EINGEGANGEN

17. Nov. 2016

Beispielliste der aus unserer Sicht der DGGPP fehlenden Leitlinien

Quelle: (www.guideline.gov, Suchbegriff „Depression“):

NGC:008078, 2009 Jan (reaffirmed 2014)

AAFP guideline for the detection and management of post-myocardial infarction depression.

NGC:008093, 1993 (revised 2010 Oct; reaffirmed 2015 Oct 31)

Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition.

NGC:008493, 2003 (revised 2011)

Depression in the long term care setting.

NGC:008672, 1998 Jun (revised 2011 Aug)

Depression.

NGC:009525, 2004 Mar (revised 2012 Jan)

Depression.

NGC:009710, 2003 (revised 2012)

Depression in older adults. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice.

NGC:009852, 2005 Jan (revised 2013 Jun)

Recommendations on screening for depression in adults.

NGC:009978, 2013 Jun

VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide.

NGC:010061, 2012 Dec

Clinical practice guideline: suicide risk assessment.

NGC:010234, 2004 Jan (revised 2014 Jan)

Primary care diagnosis and management of adults with depression.

NGC:010354, 2012

Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behaviour.

NGC:010398, 1996 (revised 2014 May 20)

Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.

NGC:010560, 2014 May 20

Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation.

NGC:010760, 2008 (revised 2014)

Clinical practice guideline on the management of depression in adults.

NGC:010889, 2016 Jan 26

Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.

NGC:010913, 2016 Mar 1

Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: a clinical practice guideline from the American College of Physicians.

NGC:010965 2015 May 11

The management of depression in patients with cancer.

Berlin 15. November 2016



Prof. Dr. Dr. Michael Rapp
Vorstandsmitglied der DGGPP

A.1.5 – Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.

Autoren:

- Leiendecker, Christa

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Gemeinsames Institut von BAK und KBV
Dr. Susanne Schorr
Stv. Leitung Abteilung evidenzbasierte Medizin und Leitlinien
Tiergarten Tower, Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

Vorab via E-Mail:

Dr. Susanne Schorr
[REDACTED]

EINGEGANGEN
21. Nov. 2016

Berlin, 10.11.2016

Nachrichtlich via E-Mail an:

Prof. Dr. med. Frank Schneider
[REDACTED]

Prof. Martin Härter
[REDACTED]
[REDACTED]

Kommentierung des Vorberichts der Leitliniensynopse des IQWiG für ein DMP Depression

Sehr geehrte Frau Dr. Schorr,

besten Dank für Ihre Aufforderung an die Mitglieder der Konsensuskonferenz der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression die Gelegenheit zu nutzen, den Vorbericht der Leitliniensynopse des IQWiG für ein DMP Depression zu kommentieren.

Wir kommen dem gerne nach. Wegen technischer Probleme war es uns leider nicht möglich, unsere Kommentare direkt bei IQWiG einzureichen.

Wir senden Ihnen daher unsere Kommentierung zu und wären Ihnen dankbar, wenn Sie diese an Prof. Dr. med. Frank Schneider und Prof. Dr.

Hamburger Sparkasse, Konto-Nr. [REDACTED]
IBAN: [REDACTED] BIC: [REDACTED]

Anlage 1

Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Geschäftsführender Vorstand

Dr. med. Beate Unruh
Vorsitzende
[REDACTED]

Fon: [REDACTED]
Fax: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Ingrid Moeslein-Telsing
Stellv. Vorsitzende
[REDACTED]

Fon: [REDACTED]
Fax: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Dipl. - Psych. Susanne Walz-Pawlitza
Stellv. Vorsitzende
[REDACTED]

Fon: [REDACTED]
Fax: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Dr. med. Dipl. - Psych.
Ingrid Rothe-Kirchberger
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Ärztlichen
Psychoanalytikerinnen und Psycho-
analytiker (BÄP)“
[REDACTED]

Fon: [REDACTED]
Fax: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Dipl. - Psych. Georg Schäfer
Vorsitzender der Sektion
„Berufsverband der Psychologischen
Psychoanalytikerinnen und Psycho-
analytiker (BPP)“
[REDACTED]

Fon: [REDACTED]
Fax: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Geschäftsstelle

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann
Geschäftsführer

RAIn Birgitta Lochner
Justitiarin

Kurfürstendamm 54/55
10707 Berlin

Fon: 030 / [REDACTED]
Fax: 030 / [REDACTED]

[REDACTED]@dgpt.de, www.dgpt.de



med. Martin Härter weiterleiten könnten, die wir deshalb nachrichtlich einbezogen haben.

Unsere Kommentierung wird von den in der Konsensuskonferenz der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression mitwirkenden nachfolgend aufgeführten Sprechern der analytischen Fachgesellschaften und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) geteilt, deren Wertung hier mit vertreten werden soll. Im Einzelnen sind dies:

Prof. Dr. med. Heinz Böker, DPV

Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff, DPV

Prof. Dr. med. Matthias Franz, DPG, nach Rücksprache mit dem Vorsitzenden, Dr. med. Focke

Dr. med. Norbert Hartkamp, DPG, nach Rücksprache mit dem Vorsitzenden, Dr. med. Focke

Prof. Dr. med. Wolfram Keller, DGPT

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg, DGPM, Mitglied der Steuergruppe der S3/NVL Depression.

Die DGPT, die in der Konsensuskonferenz der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression mitwirkenden Sprecher der analytischen Fachgesellschaften und der DGPM begrüßen den differenzierten Vorbericht der Leitliniensynopse des IQWiG für ein DMP Depression samt der Kennzeichnung derjenigen Empfehlungen, die für die Versorgung von Patienten in einem DMP Depression relevant sind.

Nach unserer Durchsicht der Psychotherapieempfehlungen werden im Vorbericht in Abhängigkeit vom Evidenzgrad der zugrunde gelegten gesichteten Studien und unter Berücksichtigung der Passung von Patienten und Psychotherapieverfahren bei den analytisch begründeten Verfahren primär psychodynamische Kurzzeittherapie im Umfang von 12-14 Stunden empfohlen.

Wir möchten jedoch der Vollständigkeit halber darauf hinweisen, dass es belastbare Evidenzen gibt für die Wirksamkeit analytischer Langzeitpsychotherapien bei Depressionen Erwachsener. Exemplarisch seien bereits in den Literaturangaben der S3/NVL Depression aufgeführte Studien genannt:

Huber, Dorothea; Klug, Günther; Psychoanalytische Therapie der Depression, Psychotherapie 16. Jahrg. 2011, Bd. 16, Heft 2, S. 285 - S. 296, CIP-Medien, München.

Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G., Grande, T., Keller, W., Staats, H. & Leichsenring, F. (2007), Ergebnisse

analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen, Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 53, 87-110.

Knekt, Paul; Lindfors, Olavi; Laaksonen, Maarit A.; Renlund, Camilla; Haaramo, Peija; Härkänen, Tommi; Virtala, Esa and the Helsinki Psychotherapy Study Group: Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up, Journal of Affective Disorders, 2011.

Leichsenring u. Rabung , Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis, JAMA. 2008 Oct 1;300(13):1551-65. doi: 10.1001/jama.300.13.1551.

Leichsenring, Falk; Abbass, Allan; Luyten, Patrick; Hilsenroth, Mark; Rabung, Sven; The Emerging Evidence for Long-Term Psychodynamic Therapy, Psychodynamic Psychiatry, 41(3) 361–384, 2013 © 2013 The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry.

Wir bitten entsprechend um Berücksichtigung dieser Datenlage und Einfügung der analytischen Psychotherapie bei den DMP relevanten Empfehlungen.

Zudem belegen die o.g. Studien sowie die klinische Praxis, dass spezifische depressive Erwachsene eine analytische Langzeitpsychotherapie zur nachhaltigen symptomatischen Besserung und zur Erzielung struktureller Veränderungen und langfristigen Stabilisierung benötigen. Entsprechend sehen die Psychotherapie-Richtlinien beim Anwendungsbereich der Depression u.a. auch analytische Psychotherapie als geeignete ambulante Behandlungsform vor.

Wir erachten es für wesentlich, dass die Einschreibung in ein DMP dessen teilnehmenden erwachsenen Patienten weiterhin bei entsprechender Indikation die Aufnahme einer analytischen Langzeittherapie im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie ermöglicht.

Unseres Erachtens müssten die frühestens 2021 vorliegenden Ergebnisse der sozialrechtlichen Überprüfung aller Richtlinienpsychotherapieverfahren abgewartet werden, wenn hier evidenzbasiert begründbare Veränderungen vorgenommen werden sollen.

Wir bitten Sie, unsere Kommentare und Ergänzungsvorschläge beim IQWiG einzureichen, damit sie Berücksichtigung finden können.



Anlage 1

Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Mit freundlichen Grüßen,


Christa Leiendecker (Dipl.-Psych.)

Vertreterin der DGPT in der Konsensusgruppe der S3/NVL Depression

Kontaktanschrift

Christa Leiendecker

Dipl. Psych., Psychologische Psychotherapeutin
Psychoanalytikerin DPV/IPA/DGPT


Tel./AB 069/  Praxis
Fax 069/ 
0178/  mobil

A.1.6 – Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.

Autoren:

- Höhl, Werner
- Oltman, Renée
- Zamath, Frank

DVE | Postfach 2208 | 76303 Karlsbad

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
Stellungnahme zum Vorbericht V15-02
Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
Im Mediapark 8
50670 Köln

per E-Mail an:

██████████@iqwig.de

Dr. Renée Oltman

Vorstandsmitglied für
Standards und Qualität

Telefon: ██████████

Fax: ██████████

E-Mail: ██████████@dve.info

EINGEGANGEN

23. Nov. 2016

Köln, den 17.11.2016

Sehr geehrter Herr Professor Windeler,

anbei finden Sie unsere Stellungnahme zur Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen,
die Formblätter des IQWIG sowie die zitierte Literatur.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei der Literaturangabe Bennett-Levy (2010) um ein Buch
handelt und hierfür nur eine Zusammenfassung vorgelegt werden kann, und dass für eine
weitere Literaturangabe (frei zugängliche Online-Quelle) kein Nachdruck gestattet ist. Den
Link zur Einsicht der Quelle haben wir im Literaturverzeichnis beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen,

██████████

Stellungnahme zum DMP Depressionen (V15-02)

Ergotherapie spielt sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sowie an deren Schnittstellen bei der psychosozialen Versorgung von Menschen mit uni- und mit bipolarer Depression eine bedeutende Rolle. Bei der Entwicklung eines Disease Management Programms zu Depressionen sollte sie deshalb Berücksichtigung finden.

Auch wenn bisher aufgrund mangelnder Wirksamkeitsstudien kein hoher Level of Evidence für Ergotherapie vorliegt, wird trotz dieser Evidenzlage in verschiedenen Leitlinien die Bedeutung dieses Therapieangebots betont, auch in Form von Empfehlungen. Neben der medikamentösen Behandlung wird Ergotherapie bei depressiven Erkrankungen in psychiatrischen Klinik-Einrichtungen häufiger angeboten als jede andere nicht-medikamentöse Therapie (einschl. der Psychotherapie) [1].

Die Tatsache, dass derzeit (noch) wenige Untersuchungen zur Ergotherapie vorliegen, wird vom BMBF-Gesundheitsforschungsrat zutreffend auf strukturelle Nachteile der Forschung in den Gesundheitsfachberufen an den (Fach-)Hochschulen zurückgeführt und auf die Tatsache, dass es sich bei der Ergotherapie noch um eine sehr junge und in Deutschland derzeit auch nicht regelhaft akademische Disziplin handelt [2]. Aufgrund von Forschungsmangel auf die fehlende Wirksamkeit ihrer komplexen Interventionen und damit ihre unzureichende Bedeutung für ein DMP Depressionen zu schließen, wäre daher ein Fehlschluss.

Zudem können Ergotherapeuten einen wichtigen Beitrag leisten, bereits als wirksam eingestufte Verfahren aus dem Ausland im deutschen Versorgungskontext zu etablieren

In Großbritannien gewinnen Ansätze der Low-Intensive Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT) ebenso wie auch die sogenannte „Aktivierungstherapie“ oder „Behavioral Activation“ (die z. T. als Unterformen der LI-CBT gesehen werden können) zunehmend an Bedeutung [3]. Das Besondere dieser Ansätze ist, dass es sich bei diesen nicht um Psychotherapie im engeren Sinne handelt, sondern um Vorstufen, im Sinne niedrigschwelliger Interventionen, die im Rahmen von „Stepped Care“ bereits im Vorfeld einer Psychotherapie zum Einsatz kommen können. Diese Interventionen erfordern keine klassische Psychotherapie-Ausbildung und werden in England, wo diese Entwicklung bereits weiter fortgeschritten ist, auch von Ergotherapeuten [4] erbracht.

In neueren Studien konnte gezeigt werden, dass Low-Intensive Cognitive Behavioral Therapy [5], [6] wie auch Aktivierungstherapie [7] klassischer Psychotherapie nicht unterlegen, und darüber hinaus auch kostengünstiger sind [7].

Bei der Beurteilung der Relevanz von Ergotherapie für ein DMP Depressionen sollte deshalb der Tatsache Rechnung getragen werden, dass solche Ansätze auch in Deutschland größere Verbreitung finden könnten und dass Ergotherapeuten, die als Berufsgruppe in der Versorgung von Menschen mit Depressionen besonders verbreitet sind [1], auch für das Erbringen dieser Interventionen fachlich qualifiziert und als personelle Ressource verfügbar wären.

Literatur:

- [1] Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.) (2013) Psychiatrie-Barometer: S. 68. Online unter: http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/psychiatrie_barometer_2012.pdf (Zugriff: 16.11.2016)
- [2] Adler G. Situation und Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Dtsch med Wochenschr 2012; 137(S 02): 33.
Nur zur Veröffentlichung online und nicht zum Nachdruck: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/DMW_Supplement_Gesundheitsfachberufe_2012.pdf
- [3] Bennett-Levy J, Richards D, Farrand P et al. (Hrsg.) (2010) Oxford guide to low intensity CBT interventions. Oxford: Oxford University Press. (*Book Synopsis*)
- [4] Waller H, Garety P, Jolley S et al. Training frontline mental health staff to deliver “low intensity” psychological therapy for psychosis: a qualitative analysis of therapist and service user views on the therapy and its future implementation. Behavioural and cognitive psychotherapy 2015; 43(03): 298-313.
- [5] Ekers D, Webster L, Van Straten A et al. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. PloS one 2014; 9(6): e100100.
- [6] Bower P, Kontopantelis E, Sutton A et al. Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. BMJ 2013; 346: f540.
- [7] Richards DA, Ekers D, McMillan D et al. Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. The Lancet 2016; 388(10047): 871-80.