ThemenCheck Medizin

Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?

HTA-Nummer: HT19-04
Version: 1.0
Stand: 14.01.2022

IQWiG

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Thema

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen: Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?

HTA-Nummer

HT19-04

Beginn der Bearbeitung

07.01.2020

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: themencheck@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 4
1 Dokumentation der Anhörung 5
2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll 6
2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung 6
2.2 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung 6
2.3 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung 7
2.3.1 Begrüßung und Einleitung 7
2.3.2 Tagesordnungspunkt 1: HTA-Fragestellung 8
2.3.3 Tagesordnungspunkt 2: Aktuelle Studien 17
2.3.4 Tagesordnungspunkt 3: Schlussfolgerung zu Psychotherapie vs. Antidepressiva 24
2.3.5 Tagesordnungspunkt 4: Domänen Ethik und Recht 31
2.3.6 Tagesordnungspunkt 5: Forschungsbedarf 32
2.3.7 Tagesordnungspunkt 6: Verschiedenes 38
Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen 41

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	**Bedeutung**
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EUnetHTA	European network for Health Technology Assessment
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GCP	Good clinical Practice (gute klinische Praxis)
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HTA	Health Technology Assessment (Gesundheitstechnologiebewertung)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinie
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TAU	Treatment-As-Usual (übliche Behandlung)

1 Dokumentation der Anhörung

Am 21.05.2021 wurde der vorläufige HTA-Bericht in der Version 1.0 vom 20.05.2021 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 22.06.2021 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 5 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet.

Unklare Aspekte in den schriftlichen Stellungnahmen wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung am 08.07.2021 diskutiert. Das Wortprotokoll der wissenschaftlichen Erörterung befindet sich in Kapitel 2.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des vorläufigen HTA-Berichts überprüft. Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten wesentlichen Aspekte befindet sich im Kapitel „Würdigung der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ des HTA-Berichts. Im HTA-Bericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der HTA-Bericht ist auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll

2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung

Name	Organisation / Institution / Firma / privat
Altenhofen, Lutz	IQWiG
Biermann, Valeria	IQWiG
Eichhorn, Theresa	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Freitag, Christine	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
Frey, Daniel	IQWiG
Jansen, Alessa	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Kien, Christina	Donau-Universität Krems
Krabbe, Laura	IQWiG
Maaß, Enno	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPtV)
Martens, Reinhard	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)
Meisel, Bettina	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP)
Moors, Bernhard	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP)
Nußbaumer-Streit, Barbara	Donau-Universität Krems
Probst, Thomas	Donau-Universität Krems
Rörtgen, Thilo	Protokollant (Sitzungsprotokollarischer Dienst des Landtags NRW)
Windaus, Eberhard	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP)
Windeler, Jürgen	IQWiG (Moderation)

2.2 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung

	Begrüßung und Einleitung
TOP 1	HTA-Fragestellung
TOP 2	Aktuelle Studien
TOP 3	Schlussfolgerung zu Psychotherapie vs. Antidepressiva
TOP 4	Domänen Ethik und Recht
TOP 5	Forschungsbedarf
TOP 6	Verschiedenes

2.3 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung

Datum: 08.07.2021, 11:00 bis 12:47 Uhr

Ort: Virtuell (via Webex)

Moderation: Jürgen Windeler

2.3.1 Begrüßung und Einleitung

Moderator Jürgen Windeler: Ich begrüße Sie alle sehr herzlich zu der wissenschaftlichen Erörterung zu dem HTA-Bericht zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.

Ich mache ein paar Vorbemerkungen, da Sie, soweit ich das übersehe, alle noch nicht an wissenschaftlichen Erörterungen des IQWiG teilgenommen haben. Ich überblicke aber nicht die letzten 16 Jahre komplett. Wenn das also für einen oder eine eine Wiederholung sein sollte, bitte ich um Nachsicht.

Wir machen diese Erörterungen, um Fragen, die aus den Stellungnahmen übriggeblieben sind, anzusprechen und mit Ihnen zu diskutieren, möglichst zu klären. Die Erörterung dient nicht dazu, dass Sie noch einmal Inhalte von Stellungnahmen, die Sie geschrieben haben, wiederholen oder gar vorlesen. Es gibt solche Termine – das weiß ich –, aber dies ist nicht einer von denen. Sie können davon ausgehen, dass wir die Stellungnahmen, die Sie geschrieben haben, sehr sorgfältig gelesen haben, dass die Punkte, die wichtige Anmerkungen … Es sind viele wichtige Anmerkungen dabei gewesen, die auch berücksichtigt werden, soweit wir sie gut einordnen können und verstanden haben. Aber es sind eben einige Punkte übriggeblieben, wo wir nicht ganz klar sind, ob wir sie richtig verstanden haben oder wo wir noch Nachfragen haben. Die sollen heute Thema sein.

Diese Erörterung wird aufgezeichnet und als Wortprotokoll veröffentlicht. Wir haben Sie im Vorfeld darauf hingewiesen. Sie haben durch Ihre Teilnahme Ihr Einverständnis erklärt. Wenn wir uns in einem Raum befinden würden, müsste ich Sie darauf hinweisen, dass, wenn Sie sich das noch anders überlegen mit der Veröffentlichung, selbstverständlich auch mit der Namensnennung, Sie an der Erörterung nicht teilnehmen könnten und den Raum wieder verlassen müssten. Das ist noch nie passiert. Ich muss es aber jedes Mal sagen, weil das die Form so erfordert.

Wir sind in der unglücklichen Situation, das nicht präsent machen zu können, wir sind in der glücklichen Situation, dass das einige Dinge etwas vereinfacht, nämlich die Wortbeitragszuordnung. Das ist aber auch einer der wenigen Vorteile.

Wir machen das bitte so, dass alle, die nicht sprechen, die Mikros ausschalten. Das scheint mir jetzt auch schon der Fall zu sein. Wir machen das weiterhin so, dass Sie sich möglichst im Chat

– es reicht, wenn Sie ein „x“ dort eintragen; Sie müssen keine Sätze schreiben – zu Wort melden. Das sehe ich dann am einfachsten. Wir können auch versuchen – wir sind eine relativ übersichtliche Gruppe –, das per Handzeichen zu machen. Das „x“ ist aber etwas besser kalkulierbar, auch was die Reihenfolge angeht, also vorzugsweise im Chat ein „x“ eintragen, wenn Sie sich zu Wort melden möchten.

Das sind, glaube ich, alle relevanten Vorbemerkungen, die ich machen muss, sodass wir, Frau Krabbe, wenn ich nichts vergessen habe, mit der Tagesordnung starten können.

Dann sind Sie dran mit Tagesordnungspunkt 1.

Laura Krabbe: Vielen Dank, Herr Windeler, für die einführenden Worte.

Herzlich willkommen an alle Stellungnehmenden und natürlich auch an unsere externe Autorengruppe. Wir freuen uns sehr, heute die mündliche Erörterung zu HT19-04 durchführen zu können, und freuen uns natürlich auf eine spannende Diskussion mit Ihnen.

Vielen Dank für Ihre wertvollen Stellungnahmen. Ich persönlich fand es sehr beeindruckend, dass Sie sich neben der Nutzenbewertung auch mit den ökonomischen, ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekten auseinandergesetzt haben. Das war wirklich sehr beeindruckend.

Wir kommen zu

2.3.2 Tagesordnungspunkt 1: HTA-Fragestellung

In einigen Stellungnahmen wird angemerkt, dass die HTA-Fragestellung unkonkret oder es unklar sei, wie die Ziele des HTA-Berichts aus der Frage der Bürgerin abgeleitet wurden. Ebenso wurde die Frage gestellt, warum der Vergleich Antidepressiva gegenüber Abwarten, Beobachten, für den sich die Bürgerin auch interessierte, nicht im HTA-Bericht untersucht wurde.

Zum besseren Verständnis würde ich gerne kurz etwas zum Themenauswahlprozess beim ThemenCheck Medizin erklären und erläutern, warum aus dieser Frage der Bürgerin diese HTA-Fragestellung entstanden ist.

Wenn beim ThemenCheck Medizin über die Website des IQWiG ein Themenvorschlag eingeht, dann formulieren wir, die Mitarbeiter des IQWiG im ThemenCheck, daraus eine HTA-Fragestellung. Wenn es da noch unklare Aspekte gibt, dann halten wir auch noch mal Rücksprache mit der oder dem Themenvorschlagenden, wobei beachtet werden muss, dass allgemeine Gesundheitsfragen und Arzneimittelthemen im ThemenCheck nicht bearbeitet werden können. Arzneimittelthemen: Das hat einfach den Hintergrund, dass wir im Hause ein eigenes Ressort haben, das sich mit diesen Fragestellungen im Rahmen des AMNOG-Prozesses

beschäftigt. Wenn, dann können Arzneimittel demzufolge nur als Vergleichstherapie in den HTA-Berichten untersucht werden.

Aus allen innerhalb von einem Jahr eingegangenen Themenvorschlägen wird ein Bündel gefasst, das in einen Auswahlprozess geht. In diesem Auswahlprozess tagt auf der ersten Stufe ein Auswahlbeirat, der sich aus Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie Bürgerinnen und Bürgern hälftig zusammensetzt. Dieser Auswahlbeirat nominiert dann aus allen eingegangenen Themenvorschlägen 15, die er für die Erstellung eines HTA-Berichts geeignet hält. Und diese 15 werden dann auf einer zweiten Stufe noch einmal mit dem erweiterten Fachbeirat des IQWiG, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammensetzt, diskutiert. Schlussendlich werden dann jedes Jahr fünf Themen für die HTA-Berichterstellung ausgewählt.

Diese ausgewählten Themen werden dann in einem öffentlichen Vergabeverfahren an externe Autorengruppen vergeben, die die Berichte im Auftrag des IQWiG erstellen und für die inhaltlich auch verantwortlich sind. Dabei machen wir vonseiten des IQWiG die Vorgabe, dass insbesondere die Nutzenbewertung nach den Allgemeinen Methoden des IQWiG erstellt wird. Eine Besonderheit ist – das haben Sie sicherlich auch schon gesehen –, dass wir sogenannte Full-HTA-Berichte erstellen, in denen neben der Nutzenbewertung eben auch die ökonomischen, ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekte rund um eine Technologie untersucht werden.

Beim ThemenCheck Medizin ist sicherlich eine Besonderheit, dass wir ein bürgerorientiertes Verfahren sind. Das heißt, wir haben den gesetzlichen Auftrag, Themenvorschläge zu bearbeiten, die auf Fragen von Bürgerinnen und Bürgern zurückgehen, und dabei die Themenvorschläge auszuwählen, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsam sind.

„Bürgerorientiert“ heißt bei uns auch, dass bei uns regelhaft in den HTA-Berichten Gespräche mit Betroffenen im HTA-Prozess vorgesehen sind und dass zum finalen HTA-Bericht eine allgemeinverständliche Zusammenfassung des HTA-Berichts erstellt wird.

Im Fall von HT19-04 war es so, dass sich die Bürgerin insbesondere für die Frage interessierte, ob man bei ersten depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen eine psychotherapeutische Behandlung beginnen sollte oder zunächst abwarten und keine Therapie durchführen sollte.

In einer Vorabrecherche, die bei uns im Hause durchgeführt wurde, haben wir gesehen, dass es zahlreiche systematische Übersichtsarbeiten zur Psychotherapie bei Kindern und

Jugendlichen gibt, auch sehr aktuelle. Um Doppelarbeit zu vermeiden, wurde entschieden, eine Bewertung auf Basis von systematischen Übersichtsarbeiten durchzuführen.

Daher haben wir dann die HTA-Fragestellung recht allgemein gehalten, um nicht in die Gefahr zu geraten aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien, dass wir keine systematische Übersichtsarbeit in den Bericht einschließen können.

Im Kick-off-Treffen wurde gemeinsam mit der externen Autorengruppe der Donau-Universität Krems das PICO-Schema des HTA-Berichts konsentiert. Wir haben eben beschlossen, um der Fragestellung der Bürgerin gerecht zu werden, entsprechende Subgruppen im Bericht darzustellen nach Schweregrad der Depression oder auch Alter der Patientinnen und Patienten, sofern dies anhand der berichteten Daten in den systematischen Übersichten möglich ist.

Noch ein kleiner weiterer Hinweis: Wir haben auch entschieden, die systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen auszuschließen, da dazu ein Projekt beim IQWiG kurz vor Beauftragung vom G-BA steht. Hier auch der Hintergrund: Vermeidung von Doppelarbeit.

Dahingehend, was Sie in Ihren Stellungnahmen angesprochen haben, und auch jetzt auf Basis dessen, was ich ausgeführt habe, die Frage an Sie, die Stellungnehmenden: Wie hätten Sie die HTA-Fragestellung weiter präzisiert, oder wie hätte sie spezifiziert werden sollen?

Christine Freitag: Ich kann gerne etwas dazu sagen. Wir haben das gestern auch als zu offen empfunden. Von der Fragestellung her ist es tatsächlich so … Sie haben gerade gesagt, dass die Frage der Bürgerin eigentlich war: Bei ersten depressiven Symptomen im Kindes- und Jugendalter sollte man gleich eine Psychotherapie beginnen oder abwarten? Es kam in dem HTA-Bericht tatsächlich so nicht mehr richtig raus. In dem HTA-Bericht wurde überhaupt nicht getrennt, ob das eine erste depressive Episode ist oder ob es eine chronische Depression ist. Das liegt natürlich auch an den Studien, aber auch in dem Bericht sind diese Fragestellungen gar nicht aufgetaucht.

Was auffällt, ist, dass die klinische Expertise extrem fehlt. Das ist wahrscheinlich auch bei Ihrem Auswahlprozess ein bisschen das Problem, weil in dem Fachbeirat scheinen keine Kinder- und Jugendpsychiater gewesen zu sein. Das merkt man diesem Bericht extrem an. Einzelne depressive Symptome sind sehr häufig. Die Frage des Schweregrades ist eine ganz wesentliche, gerade für die Frage „Psychotherapie oder medikamentöse Therapie oder Abwarten“. Das ist nicht ausreichend herausgearbeitet worden. Deswegen sind die Ergebnisse des HTA-Berichts klinisch extrem schwer umsetzbar. Sie wollen ja eigentlich schon – das würde ich jetzt mal annehmen – … Als IQWiG haben Sie das Ziel, die klinische Versorgung zu verbessern. Da müssten Sie, glaube ich, im Auswahlprozess bei diesen Fragestellungen mehr Experten, die den klinischen Alltag kennen, mit einbeziehen, damit deutlich wird, dass die

Fragestellung wirklich was beantwortet, was man klinisch umsetzen kann. Denn das, was jetzt rauskommt, ist nichts Neues. Das ist im Feld total bekannt, wenn ich das so sagen darf. Das steht letztlich auch in den S3-Leitlinien so drin. Das ist schade, weil Sie ja auch selber sagen, Sie wollen Doppelarbeit vermeiden, und das generiert ja auch Kosten.

Das wäre der Kommentar von der DGKJP zu dem Punkt.

Moderator Jürgen Windeler: Ich habe zwei weitere Wortmeldungen, möchte aber gerne noch einmal zur Sortierung beitragen. Das, was Frau Krabbe gesagt hat, ist offenbar doch noch nicht ganz angekommen.

Der Auswahlbeirat mit Patienten und Betroffenen macht eine Auswahl des Themas. Der Fachbeirat macht eine Auswahl des Themas. Da sind keine Psychiater, Neurologen, Kinderärzte, andere Menschen beteiligt. Das muss auch nicht, weil es nämlich um die Auswahl des Themas geht. Bei der Frage der Bearbeitung des Prozesses, nämlich des Ergebnisses, das Sie jetzt vor sich haben, sind von der externen Gruppe – darauf achten wir auch – selbstverständlich Fachleute einbezogen worden. Dazu kann gleich die Autorengruppe noch etwas sagen, um das noch mal klarzumachen.

Dass das Ergebnis der einen Fachleute kritisch von den anderen Fachleuten gesehen wird, ist ein relativ normaler Prozess. Und dass ein Ergebnis für Fachleute möglicherweise im Endeffekt nicht überraschend ist, ist auch nicht unser Kriterium, denn unser Kriterium ist, was Bürgerinnen und Bürger für Fragen und Interessen haben. Wir achten darauf, dass die Fragen natürlich nicht schon komplett beantwortet sind. Das schien uns und allen Beteiligten in dem Auswahlprozess in diesem Fall nicht so zu sein.

Ich habe jetzt als Nächstes Frau Eichhorn und dann Herrn Martens auf der Liste. - Bitte, Frau Eichhorn.

Theresa Eichhorn: Die BPtKn haben ja auch in ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass es Unklarheiten gibt, was die zugrundeliegende Fragestellung ist. Ich finde auch, dass es notwendig ist, das deutlicher darzustellen. Für mich ist jetzt auch aus den Ausführungen von Frau Krabbe nicht ganz deutlich geworden, ob jetzt auch die medikamentöse Therapie ein Anliegen der Bürgerin war, und falls sie das war – so steht es zumindest in dem Bericht an einer Stelle – … Gerade haben Sie noch mal gesagt, insbesondere psychotherapeutische Verfahren. Wenn es das gewesen sein sollte, auch die Wirksamkeit der pharmakologischen Behandlung gegenüber Abwarten, dann stellt sich die Frage, warum das im Bericht nicht aufgegriffen wurde. Wir würden uns freuen, wenn das noch mal geklärt würde. Ich glaube, es würde helfen, ein bisschen genauer den Prozess – das, was Sie jetzt auch zu erläutern versucht haben – darzustellen, was die zugrundeliegende Frage war und wie sie dazu gekommen sind,

das als HTA-Bericht auszuwählen. Ich glaube, das würde einfach helfen und Verwirrungen und vielleicht einige Aufregungen an der Stelle etwas wegnehmen.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank. – Noch mal an dieser Stelle die Betonung von dem, was Frau Krabbe schon gesagt hat – ich wiederhole auch das noch mal –: Der Nutzen von Arzneimitteln ist in diesem Prozess nicht Thema und nicht vorgesehen, explizit durch gesetzliche Regelungen. Da haben wir auch keinen Spielraum. Das heißt, wir können also nicht in diesem Prozess den Nutzen von Antidepressiva versus keine Behandlung – das ist im Wesentlichen Nutzen – untersuchen. Das hat das IQWiG schon vorher gemacht, das müssen wir nicht noch mal machen. Arzneimittel können bei uns in diesen HTA-Berichten – wohlgemerkt, wir reden jetzt vom ThemenCheck – nur eine Rolle spielen im Sinne einer Vergleichstherapie, wenn wir eigentlich Aussagen über eine andere Therapie machen wollen. Dass es durchaus gewisse Überschneidungen gibt, ist jedem von uns klar, aber eine Nutzenbewertung, eine Nutzenaussage zu Arzneimitteln ist in diesem ThemenCheck explizit – ich will nicht sagen: verboten – nicht vorgesehen.

Theresa Eichhorn: Ich glaube, die Klarstellung wäre hilfreich.

Moderator Jürgen Windeler: Okay. Alles klar. – Jetzt Herr Martens und dann vielleicht die externen Sachverständigen zur Sortierung der paar Punkte, die angesprochen worden sind.

Reinhard Martens: Was wir uns bei der Fragestellung gewünscht hätten, wäre eine etwas spezifischere Betrachtung des Versorgungsangebotes, was wir hier in Deutschland haben, sowohl auf der Ebene der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als auch auf der Ebene der psychotherapeutischen Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ich glaube, dass es ganz wichtig ist, bei der Generierung von Daten gerade bei einer Fragestellung einer solchen Bürgerin zu der Versorgungslage in Deutschland zu betrachten, auf welchem Qualitätsniveau Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen hier erfolgt. Hier ist es ja nun durch Heilberufsgesetze entsprechend geschützt, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch vielfältige Qualitätsvorgaben auch gesichert. Insofern ist es, glaube ich, schwierig, wenn man auf der einen Seite die ökonomischen Daten aus Deutschland nimmt und auf der anderen Seite aber doch in einem großen Maße auch internationale Studien mit beizieht, bei denen letztlich Psychotherapie teilweise anders definiert, aber auf jeden Fall auch anders durchgeführt wird, auch durch andere Qualifikationen, als es in dem Bereich ist, für den die Fragestellung der Bürgerin erfolgt ist.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank. – Frau Jansen, ich nehme Sie noch dran, und dann gebe ich an in die externen Sachverständigen, weil ich vermute, dass das noch eine Wortmeldung unmittelbar zu diesem Themenkomplex ist. Bitte schön.

Alessa Jansen: Genau. Vielen Dank. Eine weitere Anmerkung aus unserer Sicht, um diese Frage der Bürgerin noch etwas klarer beantworten zu können: Die Leitlinie ist im Bericht angesprochen. Aber vielleicht könnte man noch mal deutlicher machen, dass da, wo wir mit der vorliegenden Studienevidenz nicht weiterkommen, wir trotzdem Handlungsempfehlungen für die Praxis haben, weil Leitlinien ja genau dafür da sind, an der Stelle klinische Expertise mit einzubeziehen und hier auch eine Wertung vorzunehmen. Das wiederum hilft, die konkrete Frage zu beantworten.

In dem Zuge könnte es auch hilfreich sein, noch mal deutlich zu machen, dass in der Praxis sowieso immer eine individuelle Abwägung vorgenommen werden muss, weil das könnte, glaube ich, ein bisschen den Sprung zwischen „Wir untersuchen Studien, die gerade in dem Feld häufig den Schweregrad nicht ausreichend differenzieren“ – das ist ja ein großes Problem in den Studien, dass einfach heterogene Schweregrade untersucht worden sind – und der Ableitung für die konkrete Patientin, die aber unter einem bestimmten Schweregrad leidet, ein bisschen überbrücken. Es wäre einfach die Bitte, das noch mal etwas stärker herauszuarbeiten.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank. – Nun gebe ich das Wort an die Autorinnen und Autoren, um zu den Punkten, die jetzt angesprochen worden sind, Stellung zu nehmen.

Barbara Nußbaumer-Streit: Vielen Dank. – Erst einmal vielen Dank für alle die hilfreichen Stellungnahmen.

Es waren jetzt einige Punkte. Ich greife alle auf.

Ein Punkt war die Zusammensetzung unseres Teams. Wir hatten eine Kinder- und Jugendpsychiaterin als klinische Expertin mit an Bord und den Herrn Professor Probst, der psychologischer Psychotherapeut ist. Wir haben uns in erster Linie mit der Evidenz beschäftigt und diese möglichst zentral aufgearbeitet.

Zur Versorgungssituation und zur Übertragbarkeit auf die Versorgungssituation in Deutschland möchte ich anmerken: Wir hätten sehr gerne sehr viel mehr Studien aus Deutschland zur Wirksamkeit eingeschlossen, im Idealfall RCTs, und das waren auch die Einschlusskriterien, aber da gibt es leider nicht sehr viele. Deswegen ist es wichtig, dass man die internationalen Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit von Interventionen heranzieht. Im gesundheitsökonomischen Teil haben wir natürlich vor allem bei den Interventionskosten den deutschen Kontext aufgearbeitet. Da ging es aber in erster Linie darum, die direkten Interventionskosten aufzuzeigen, und nicht darum, eine eigene gesundheitsökonomische Analyse zu machen. Zu den gesundheitsökonomischen Analysen haben wir einen systematischen Review durchgeführt und eben auch international durchgeführte gesundheitsökonomische Analysen zusammengefasst, wo wir aber wieder das Problem mit

der Übertragbarkeit haben, weil die Gesundheitssysteme zum Beispiel in UK und USA anders sind als in Deutschland.

Der dritte Punkt war zur individuellen Abwägung in der Praxis und Entscheidungsfindung. Dem stimmen wir natürlich zu. Wir haben das auch in unserem Bericht geschrieben, dass es sehr wichtig ist, dass eben im individuellen Fall der Präferenzen der Patienten, Patientinnen, der Therapeuten, Therapeutinnen, die Erfahrung, alles mit einfließt. Wir sind aber ein HTA-Bericht und keine AWMF-Leitlinie. Insofern ist die Zielsetzung eine andere. Beim HTA-Bericht ist auch nicht vorgesehen, dass, wenn die Evidenz gewisse Schlussfolgerungen nicht zulässt, man dann klinische Experten einen Konsens finden lässt, was bei einer AWMF-Leitlinie schon der Fall ist.

Zusätzlich wollte ich noch anmerken: Die AWMF-Leitlinie ist aus 2013. Wir hätten gerne die aktuelle mit einbezogen, aber die ist – ich habe vorhin nachgesehen – noch immer nicht publiziert. Sie ist in Arbeit, aber es ist uns leider nicht bekannt, wann die fertiggestellt wird. Vielleicht weiß ja von Ihnen jemand den konkreten Zeitplan der AWMF-Leitlinie.

Christine Freitag: Dazu kann ich etwas sagen. Die ist in Überarbeitung. Ich denke, das wird auf jeden Fall nächstes Jahr werden, bevor die wirklich noch mal konsentiert ist. Das ist ja meistens ein jahrelanger Prozess.

Moderator Jürgen Windeler: Ich wäre sehr dankbar, wenn wir uns bitte an eine Rednerliste und an eine Wortmeldung halten würden. Das macht mir eine Moderation sonst außerordentlich schwierig. In einem unmittelbaren bilateralen Gespräch geht das, aber wenn das mehrere sind, dann verliere ich die Übersicht. Ich bitte da um Nachsicht. – Frau Jansen.

Alessa Jansen: Eine Klarstellung zu meiner Anmerkung: Mir ging es nicht darum, dass sozusagen der HTA-Bericht zu Handlungsempfehlungen kommt, wo die Evidenz nicht ausreicht – es ist mir völlig klar, dass es nicht Aufgabe eines HTA-Berichts ist –, sondern einfach der Bürgerin sozusagen an der Stelle den Bogen zu schlagen und zu sagen: Hier sind die Grenzen eines HTA-Berichts, und genau an dieser Stelle haben wir Leitlinien, die hier aber eine andere Bewertung aufgrund klinischer Expertise vornehmen können. – Nur um das noch mal klarzustellen.

Moderator Jürgen Windeler: Gibt es zu diesem Punkt, der eher allgemeine Fragen angesprochen hat, die Fragestellung noch mal, die Klarstellung des Prozesses … Da werden wir noch mal speziell den Punkt der Arzneimittel hervorheben. Wir werden auch noch mal deutlich machen – ich habe jetzt nicht vor Augen, wie deutlich das ist – … Ich weiß aus einem anderen Verfahren, dass das dort zu ausführlicheren Diskussionen geführt hat. Das scheint hier nicht so ein großes Problem zu sein. Wir sind auch durch die rechtlichen Regelungen daran gebunden – das macht auch nichts –, die Methoden des IQWiG zugrunde zu legen. Wir machen es sogar so, dass wir im Rahmen dieses Prozesses eine sogenannte Konformitätsprüfung der

Methoden machen, also nicht des Berichtes, sondern wir gucken, ob die Methoden, die die externe Sachverständigengruppe angewendet hat, auf die wir uns im Vorfeld sowieso verständigen, angewendet worden sind. Das ist eine Auflage, die wir durch die gesetzlichen Regelungen haben. Insofern haben wir da wenig Spielraum. Den wollen wir auch gar nicht, aber ich weiß, dass es in anderen Verfahren zum Beispiel die Frage gibt, warum wir uns nicht an internationalen oder insbesondere europäischen HTA-Regularien orientieren. Da gibt es ja diese EUnetHTA-Gruppe. Wir sind gehalten, uns an der IQWiG-Methodik zu orientieren. Ich sage an dieser Stelle ausdrücklich: Das BMG hat in den Vorbereitungen des Prozesses sehr großen Wert darauf gelegt, dass diese Berichte, die wir machen, etwas mit dem IQWiG und seiner Methodik zu tun haben. Insofern ist da auch unser Spielraum, irgendetwas anderes zu machen, begrenzt. Das heißt nicht, dass wir ihn unbedingt wollen, aber noch mal zum Verständnis, was sozusagen die Rahmenbedingungen sind. – Frau Meisel.

Bettina Meisel: Einfach mal dumm gefragt: Aber es geht ja schon darum, dass das Ergebnis dieser Untersuchung eine Antwort auf die Frage der Bürgerin sein soll? Das ist ja schon Ziel, oder?

Moderator Jürgen Windeler: Ja.

Bettina Meisel: Das finde ich schon wesentlich. Natürlich kann ich verstehen, dass Sie sich an die Regularien halten müssen, dass Sie der Methodik folgen müssen und diese auch darstellen müssen, aber es geht natürlich schon darum, in dem Praxischeck und für die Bürgerin einen Überblick und eine Einschätzung zu bekommen. Das tun Sie ja. Insofern wäre es, wenn Ihre Einschätzung auf Methoden basiert, zu denen wir vielleicht sagen: „Naja, da fehlt vielleicht etwas“ oder „Da gibt es noch andere Sachen“, einfach gut, dass das in der verständlichen Antwort entsprechend angemerkt wird. Das fände ich einfach wichtig. Ich sehe es eher aus der Bürgerinnensicht. Ich würde dann gerne eine Antwort haben, mit der ich was anfangen kann und die mich nicht alleine auf die Methodik des IQWiG verweist.

Moderator Jürgen Windeler: Ich glaube, der Bericht ist ausführlich und inhaltlich genug, dass er nicht nur einen Verweis auf die Methodik des IQWiG enthält, aber der Bericht und all diese Berichte enthalten eine Antwort auf die Frage der Bürgerinnen und Bürger auf der Basis der Methoden des IQWiG. Das ist der Prozess. Das bedeutet ganz banal – Frau Nußbaumer-Streit hat darauf hingewiesen –, dass wir eben zum Beispiel nicht eine Leitlinienmethodik, etwa der AWMF oder welcher Gruppe auch immer, anwenden, wo es, wenn Evidenz fehlt, natürlich auf einen Konsens von Experten ankommen mag. Das ist dort auch gerechtfertigt, im HTA-Bericht nicht. Insofern bin ich bei Ihnen. Wir machen die Antwort – wir versuchen immer, das zu tun – auf die Frage der Bürgerinnen und Bürger so, dass wir deutlich machen, auf was diese Antwort basiert. Wir machen dabei vielleicht nur implizit deutlich, dass es auch noch andere Dinge gibt, natürlich die Voten von Experten, die bestimmte Meinungen vertreten, die auch gut begründet sein mögen. Aber die Antworten auf die Fragen der Bürgerinnen und Bürger

werden auf der Methodik des IQWiG basieren und nicht sozusagen einer Leitlinienmethodik folgen. Das ist eigentlich die zentrale Aussage.

Bettina Meisel: Ich wollte nur sagen: Die Bürger werden sicherlich nicht 422 Seiten lesen. Die werden sicherlich nicht den ganzen Umfang des Berichts lesen.

Moderator Jürgen Windeler: Das glauben wir auch. Deswegen hat Frau Krabbe darauf hingewiesen, dass wir eine bürgerverständliche, allgemeinverständliche Zusammenfassung des Berichts machen, aus der auch deutlich wird, was die Grundlagen für die Aussagen in dem Bericht sind. Was wir – ich weiß nicht, ob das in diese Richtung geht – in einen solchen HTA-Bericht nicht reinschreiben werden, ist etwa: „Wir haben hier keine Evidenz gefunden, aber alle Experten sind der Meinung, das ist toll“, ohne jetzt auf die konkrete Indikation und die konkreten Fachleute Bezug zu nehmen – das gilt für jede Indikation –, sondern wir werden sagen: „Wir haben nach den Kriterien, die wir auch transparent machen, gesucht, wir haben dazu etwas gefunden, wir können dazu bestimmte Aussagen machen, bestimmte Aussagen nicht.“ – Das wird die Aussage sein, die dem HTA-Bericht und, soweit ich das übersehe, ziemlich allen HTA-Berichten zugrunde liegt. – Frau Freitag.

Christine Freitag: Ich wollte dem Autorenteam eine Rückmeldung geben. Ich finde, dass die Methodik sehr gut dargestellt wurde. Es war alles auch extrem nachvollziehbar. Auch die Kosteneffizienzberechnung war sehr logisch. Ich sage das, damit Sie nicht nur Kritik hören, sondern auch Lob. Was aber, glaube ich, hilfreich wäre, einfach auch für Fachleute, wenn die das lesen, denn das ist ja letztlich auch für Fachleute interessant, nicht nur für Bürger – das wird sicher auch im HTA-Bericht, sicher auch in den Leitlinien irgendwo Erwähnung finden bei der Überarbeitung; davon gehe ich mal aus –, transparent zu machen, warum Sie tatsächlich nur diese systematischen Reviews eingeschlossen haben. Das ist ja eine IQWiG-Entscheidung vorher gewesen. Damit das klar wird, weil man sich schon wundert, dass letztlich nicht noch mal neuere Studien oder sogar Vergleichsstudien von Psychotherapieformen und so was, die aber dann wegen der systematischen Reviews nicht erschienen sind, warum die da nicht drin sind. Das wäre vielleicht noch mal ein kleiner Verbesserungsvorschlag. Aber sonst fand ich das alles sehr gut, transparent und nachvollziehbar geschildert.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank. – Nicht, dass wir jetzt in solchen Erörterungen nicht gewöhnt wären, uns überwiegend Kritik anzuhören, aber die eine oder andere unterstützende Äußerung ist sicherlich auch hilfreich.

Wir sind, wenn ich das richtig sehe, sowohl was die Wortmeldungen angeht, hiermit durch, als auch schon … Sie haben fast perfekt die Überleitung zum nächsten TOP gemacht. Deswegen wäre mein Vorschlag, dass wir, Frau Krabbe, direkt zum nächsten TOP gehen, wo es um die systematischen Übersichten geht.

2.3.3 Tagesordnungspunkt 2: Aktuelle Studien

Laura Krabbe: Das übernimmt Frau Nußbaumer-Streit.

Moderator Jürgen Windeler: Perfekt. Bitte schön.

Barbara Nußbaumer-Streit: Bei diesem Punkt geht es um Studien, die wir nicht identifiziert haben, eh das, was Sie gerade angesprochen haben. Es ist in mehreren Stellungnahmen der Punkt angemerkt worden, dass wir insbesondere zur psychodynamischen Psychotherapie aktuelle Studie nicht gefunden haben, vermutlich aufgrund der Methodik.

Vorweg zur Methodik: Wir haben die Methode eines Umbrella Reviews gewählt. Das ist ein systematischer Review von systematischen Reviews. Diese Methodik bietet sich vor allem für HTA-Berichte an, die verschiedene Therapieoptionen abdecken wollen, also die eine möglichst breite Fragestellung abdecken wollen, und wo es schon systematische Reviews zu den verschiedenen Therapieoptionen gibt. Das war beides der Fall. Wir haben auch zu jeder Therapie systematische Reviews gefunden. Die Anmerkungen waren zur psychodynamischen Psychotherapie. Konkret wurden uns fünf Studien genannt, die wir unbedingt berücksichtigen müssen. Wir haben die im Einzelfall geprüft. Drei dieser Studien haben wir im HTA-Bericht berücksichtigt. Das waren die Studien von Diamond, Goodyer und Trowell. Die weitere Studie war von Horn aus 2005. Die Prüfung hat aber ergeben, dass das keine randomisiert-kontrollierte Studie ist, weshalb sie auch nicht die Einschlusskriterien unseres HTA-Berichts erfüllt hätte. Und die aktuelle Studie aus 2020 von Lindqvist: Die hätte auch nicht unsere Einschlusskriterien erfüllt, also die ist zwar eine RCT, aber da ist im Fokus gestanden ein Self-Guided-Modul, das computerbasiert vermittelt wird, mit zusätzlichen Interaktionen mit Psychotherapeuten im Vergleich zu alleiniger Interaktion Online-Psychotherapeuten. Da ist also im Fokus dieses Self-Guided-Modul gestanden. Unsere Voraussetzung war, dass, wenn Psychotherapie internetbasiert ist, sie aktiv von Fachpersonal begleitet und durchgeführt wird.

Wir haben dann zur Sicherheit auch noch eine Update-Suche gemacht und tatsächlich einen systematischen Review zur psychodynamischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gefunden, der jetzt im April veröffentlicht wurde. Der ist Ende April veröffentlicht worden. Das war zur gleichen Zeit, als wir den Bericht abgegeben haben. Den konnten wir also in unserer ursprünglichen Suche nicht finden. Wir haben auch dort die Studien, die zum Thema identifiziert wurden, im Einzelfall geprüft. Da sind noch drei zusätzliche Studien angeführt worden, eines war die IMPACT-Studie. Die ist in unserem HTA-Bericht berücksichtigt. Eines war die Heidelberg-Studie aus 1994. Die ist aber keine randomisiert-kontrollierte Studie. Und dann war da noch eine Studie von Weitkamp et al. aus 2014, die auch keine randomisiert-kontrollierte Studie ist.

Nachdem dieser systematische Review aus April 2021 ist und wir keine zusätzlichen Studien identifiziert haben, die für unseren HTA-Bericht relevant waren oder die Schlussfolgerungen irgendwie geändert haben, sind wir der Meinung, dass wir die Evidenzlage sehr gut abbilden und dass wir bei unserer Schlussfolgerung bleiben, dass wir aus der vorliegenden Evidenz keinen Anhaltspunkt für die Wirksamkeit ableiten können, aber das heißt nicht, dass es den nicht gibt, sondern das heißt, dass die Evidenz einfach sehr limitiert ist, weshalb wir auch eine Forschungsempfehlung speziell für psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen aussprechen.

Eine Frage habe ich an die VAKJP. Sie haben auf einen systematischen Review von Rabung et. al verwiesen, der gerade im Peer-Review ist. Da wollte ich Sie fragen, ob Sie schon wissen, wann der veröffentlicht wird und ob Sie uns den bereitstellen können, sodass wir den auch noch abgleichen können.

Moderator Jürgen Windeler: Wer möchte? – Frau Meisel.

Bettina Meisel: Ja, der ist im Review. Das Problem war … Sie hatten überlegt … Der Herr Rabung hatte eigentlich zugestimmt, dass das an Sie weitergeleitet wird. Herr Windaus sagt gleich am besten noch etwas dazu. Das ist unser Forschungsbeauftragter. Soweit ich das verstanden habe, wird alles, was wir einreichen würden, veröffentlicht. Das widerspricht dann der Erstveröffentlichung in der Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie. – Ich gebe mal an Herrn Windaus weiter.

Moderator Jürgen Windeler: Herr Windaus, bitte.

Eberhard Windaus: Vielen Dank für die Erläuterungen zu den Studien insofern, als Sie – das geht aus dem Bericht hervor – sich hauptsächlich auf die RCT-Studien bezogen haben. Die Kriterien werden ja dann sehr eng, wenn man zum Beispiel gerade eine internetbasierte Studie ausschließt. Das ist die einzige internetbasierte Studie, die sozusagen eine große Relevanz in diesen Zeiten hat. Das ist natürlich schade.

Mir ist klar, die Studien Horn, die Heidelberger und alles, was Sie erwähnt haben, sind keine RCT-Studien. Ich würde aber vorschlagen, noch eine Studie zu berücksichtigen. Das ist die Studie Roussouw / Fonagy. Das ist mentalisierungsbasierte Therapie im Vergleich zu einer Treatment-As-Usual-Gruppe. Da ist diese Studie der TAU-Gruppe signifikant überlegen. Das ist eine RCT-Studie mit einem n von immerhin 40 Patienten. Von daher müsste die Studie auf alle Fälle noch berücksichtigt werden.

Generell ist natürlich ein Problem, dass wir unterschiedliche Ebenen haben. Es gibt naturalistische Studien, in denen sich sehr viel abbildet für Versorgung und Praxis, also was auch Bürger interessieren könnte, aber sie werden dann, auch wenn Sie dann ein Kontrolldesign haben, bei Ihnen nicht in der Methodik berücksichtigt. Aber den Schluss, den

man nicht ziehen kann – es gab ja die Aussage, es gäbe einen Nutzen gegenüber keiner aktiven Behandlung –, kann man aus den Studien, die Sie gerade alle zitiert haben, nicht ziehen, weil entweder war da Wartekontrollgruppe man gegenüber überlegen … Auch in der Trowell-Studie waren 100 % nach sechs Monaten in der Katamnese wirksamer als die systemische Familientherapie, und Ähnliches werden Sie, wenn Sie die Studien durchsehen, finden.

Natürlich ist es ein Problem, wenn man sich jetzt nur auf systematische Reviews bezieht. Eigentlich müssten Sie eine eigene Metaanalyse machen gemäß den Primärstudien. Da sind wir natürlich bei dem Problem, das wir vorhin schon diskutiert haben. Es gibt natürlich verschiedene Aufträge, und es ist schwierig … Wenn Sie einen gesetzlich vorgegebenen Rahmen haben, wie Ihre Methoden zu sehen sind, dann ist das natürlich nicht immer kompatibel zu dem, was zum Beispiel der Wissenschaftliche Beirat im Methodenpapier hat oder was der G-BA hat. Also, man muss natürlich hier sehen, das sind verschiedene Zugänge, und die Leitlinien haben noch mal einen eigenen Zugang. Das erschwert natürlich an bestimmten Punkten die Kommunikation, aber wenn man am Ende wieder klar darstellt, was der Zweck ist, wie die Methoden sind, was eingeschlossen wird, was ausgeschlossen wird, dann kann man sich ja dazu in Stellungnahmen dementsprechend verhalten.

Moderator Jürgen Windeler: Frau Nußbaumer-Streit, möchten Sie dazu noch etwas sagen?

Barbara Nußbaumer-Streit: Vielen Dank für die eine Studie, die Sie genannt haben. Die schauen wir uns auch noch an, ob wir die einschließen.

Eberhard Windaus: Sie finden in meiner Übersichtsarbeit – die ist auch kopiert – am Ende unseres Briefes diese Arbeit Windaus 2021. Da finden Sie auch diese Übersicht und auch die Angaben zu der Studie Roussouw / Fonagy.

Moderator Jürgen Windeler: Wunderbar. – Frau Jansen habe ich jetzt auf der Liste.

Alessa Jansen: Eine kleine Ergänzung zu dem, was Herr Dr. Windaus gerade ausgeführt hat: Ich finde, das ist nachvollziehbar, wie Sie vorgegangen sind. Das wird auch im Vollbericht sehr detailliert dargestellt, welche Methoden Sie da angewandt haben, wie man darüber zu RCT-Primärstudien kommt. Ich finde, in der Schlussfolgerung könnte das für die ungeübte Leserin noch etwas klarer dargestellt werden, weil das ist der feine Unterschied zwischen „Wir wissen, dass es nicht wirkt“ und „Wir wissen nicht, wie es wirkt“. Wenn ich das auf die Schlussfolgerung reduziere, dann würde ich, glaube ich, ohne sozusagen das Wissen um systematische Übersichten und Umbrella Reviews zu dem Schluss kommen, das sollte ich nicht tun. Das, wenn ich das nach den Ausführungen richtig verstanden habe, gibt die Evidenz eben nicht her. Das ist eine Kleinigkeit, aber, ich glaube, eine sehr wichtige für die Aufnahme des Berichts.

Barbara Nußbaumer-Streit: Danke. Das ist ein wichtiger Punkt. Das werden wir bei der Formulierung berücksichtigen, dass wir eben nicht ausreichend Evidenz haben, um zu zeigen, dass es nicht wirkt, sondern dass wir eigentlich limitierte Evidenz haben, um Schlüsse zu ziehen.

Alessa Jansen: Eine Ergänzung: Sie schreiben das ja auch in den Limitationen, was ein Umbrella Review leisten kann und was nicht, welche Einschlusskriterien sie hat. Das ist alles sehr transparent, aber, ich glaube, das Wissen kann man nicht ganz voraussetzen.

Moderator Jürgen Windeler: Zwei Bemerkungen zu dem Umbrella Review.

Zum einen ist, weil Herr Windaus auf Unterschiede etwa zum G-BA hingewiesen hat: Wenn wir vom G-BA einen solchen Auftrag bekommen würden und in dieser Situation wären, was die Zahl der Reviews angeht, würden wir auch dem G-BA vorschlagen, das auf der Basis der systematischen Reviews zu machen. Es gibt beim G-BA sozusagen keinen Zwang, das auf der Basis der Einzelstudien zu machen. Und wenn die Reviews – das ist natürlich die Nebenbedingung – einigermaßen aktuell und offensichtlich nach Standardprüfung gut sind, dann können wir uns auch vorstellen – wir haben das auch in Einzelfällen gemacht –, das auch für den G-BA in Aufträgen so zu machen.

Der zweite Punkt, nur um da die Sprache klarzuhaben: Die Frage, ob wir von ausreichender Evidenz oder darüber sprechen, ob der Nutzen nicht belegt ist oder ob kein Nutzen besteht – das ist der feine Unterschied; da stimme ich Ihnen zu –, hat mit den Umbrella Reviews nichts zu tun, sondern diese Differenzierung würden wir auch für wichtig halten – wir werden noch mal gucken, ob wir das in dem Bericht durchgehend so umgesetzt haben –, wenn wir eben auf der Basis von systematischen Reviews oder auch auf der Basis von Einzelstudien Aussagen machen. Das ist eine sehr zentrale – da haben Sie völlig recht – Differenzierung, und es sollte klar sein, wenn die Evidenz nicht ausreicht, was in der Regel bei dieser konkreten Aussage die Grundlage ist, dann sollten wir eben sagen, der Nutzen ist nicht belegt, und nicht, es gibt keinen. Das ist, glaube ich, ganz klar.

Frau Meisel.

Bettina Meisel: Ich fände es dann sinnvoll, zu sagen … Das könnte man tendenziell schon aufnehmen, wenn man sagt, es gibt keine ausreichende Evidenz, um den Nutzen zu belegen, weder den Nutzen noch den Nichtnutzen zu belegen. Also, es müsste irgendwie schon sehr deutlich sein, dass man nichts dazu aussagen kann vonseiten Ihrer zugrunde gelegten Forschung. Wir haben ja auf verschiedene Studien verwiesen gerade bei der psychodynamischen Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Depressionen. Wir sind natürlich der Meinung, dass es an der Stelle auch Studien gibt, die den Nutzen nachweisen. Es wäre mir schon sehr wichtig, dass die Formulierung, wenn Sie sich auf Ihre Studien beziehen,

nicht tendenziös ist, dass es einen Eindruck vermittelt, als wäre das nicht wirksam und würde, wie Frau Jansen es gerade gesagt hat, die Empfehlung bestehen, dann lassen Sie es besser sein. Das fände ich wichtig.

Moderator Jürgen Windeler: Ich kann das im Grundsatz verstehen. Wir – so würden wir es auch in dem allgemeinverständlichen Teil und im Bericht sowieso deutlich machen – wir haben eine Fragestellung, wir verfolgen eine Methodik, und die Antwort, die wir geben, nämlich es gibt – jetzt sage ich es mal andersherum – keine ausreichende Evidenz, um über Nutzen oder Nichtnutzen etwas sagen zu können, referiert natürlich auf die gewählte Methodik. Das ist ganz klar. Wir würden jetzt nicht jedes Mal schreiben: „, und wenn Sie andere Leute fragen, sind die anderer Meinung“. – Aber faktisch darf das natürlich so sein. Also, es ist eine Methodik, die wir verfolgen – die international üblich ist –, aber wenn man Leitlinien macht oder wenn man sich mit anderer Qualität der Evidenz zufrieden gibt, dann kann man auch zu anderen Schlussfolgerungen kommen. Wir machen, glaube ich, ausreichend transparent, was die Grundlage für die Aussagen ist, die wir machen. Das ist, glaube ich, der wesentliche Punkt. Unsere Interpretationen – das ist ja jetzt der Kern Ihrer Aussagen – sollten dann aber auch nicht über das hinausgehen, was diese Methodik und diese Evidenz zu bieten hat.

Gibt es weitere Wortmeldungen? – Herr Windaus.

Eberhard Windaus: Ich würde gerne noch auf den Entwicklungsaspekt aufmerksam machen bei Kindern und Depressionen. Frau Freitag hatte das vorhin schon angesprochen. Das ist ja ein erheblicher Unterschied. Es gibt ja zurzeit überhaupt keine randomisierte kontrollierte Studie zu Depressionen bei Kindern und Jugendlichen unter acht Jahren. Das macht die Hälfte der Altersgruppe aus. Die meisten Studien fokussieren auf Jugendliche. Ich denke, man muss dazwischen sehr unterscheiden, weil natürlich auch ganz andere Symptome, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, in diesen Gruppen eine Rolle spielt. Das wäre noch mal ein Punkt, den Sie überlegen müssen. Wir haben ja schon die Säuglingsdepression. Wir hatten früher den Begriff der anaklitischen Depression. Wir haben Depression im mittleren Kindesalter, die wiederum anders aussieht als das, was wir bei Jugendlichen haben. Da, glaube ich, müsste man dem Entwicklungsaspekt eine große Bedeutung geben. Wir sind gerade dabei, eine Studie an der Universität Leipzig zu machen zu dieser Frage, gerade der Depression im Kindesalter. Gerade für einen Bürger ist das interessant. Das, was für Jugendliche evident ist, muss noch nicht für Kinder und Kleinkinder evident sein.

Moderator Jürgen Windeler: Herr Martens.

Reinhard Martens: Ich würde mir auch noch wünschen, dass die Feststellung, wir können keine Evidenz nachweisen – das kann ich sehr gut auf der Grundlage dieser Untersuchungen nachvollziehen –, explizit formuliert wird für das Versorgungssystem in Deutschland, eben mit diesem grundsätzlich guten qualitätsgesicherten Niveau, weil ich mir ja wünsche, dass wir

irgendwann dahin kommen, dass wir solche Nachweise führen können. Das ist aber nur möglich, wenn gerade im Rahmen solcher Berichte deutlich gemacht wird, dass das, was hier als Regelbehandlung durchgeführt wird, auf der wissenschaftlichen Ebene noch nicht so gut evaluiert ist, wie wir uns das wünschen. Dafür brauchen wir einfach Mittel. Dafür brauchen wir Forschungsmittel, gerade dort, wo Versorgung stattfindet. Das ist eben im ambulanten, gerade auch im vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen Bereich.

Moderator Jürgen Windeler: Ich kann den Punkt natürlich verstehen, möchte das aber nicht zu sehr vertiefen, denn bei der Frage von Forschungsmitteln werde ich immer sehr redselig, weil nach meiner Einschätzung und nach meiner Erfahrung es jetzt gerade in einem großen Vergabeverfahren, das ich nicht näher spezifizieren will und darf – davon bin ich fest überzeugt –, nicht am Geld liegt, sondern dass es daran liegt, dass wir … Aber das müssen wir jetzt nicht diskutieren. Ich sage einfach nur: Es liegt nicht oder jedenfalls nicht prioritär am Geld. Grundsatzdiskussionen führen wir irgendwann in irgendeiner Präsenzmöglichkeit, wenn wir uns mal begegnen.

Ich schlage vor, dass wir damit den TOP 2 abschließen, es sei denn, es gibt noch dringende Wortmeldungen.

Ich möchte keine Wortmeldung provozieren, sondern nur noch einmal auf den Punkt hinweisen, den Sie für den Bericht für wichtig kommentiert haben. Das ist die Übertragbarkeit von Daten, die wir jetzt gefunden haben, entweder auf andere Populationen, für die es diese Daten nicht gibt – Jugendliche/Kinder –, oder auf andere Versorgungssituationen, für die es, wie Herr Martens gerade gesagt hat, diese Daten vielleicht nicht gibt. Wir sind natürlich dann in der etwas schwierigen Situation, entweder sagen zu müssen, man kann vielleicht mit Abstrichen diese Daten übertragen, also man kann – vereinfacht ausgedrückt – aus den internationalen Daten etwas zur deutschen Versorgungssituation sagen – ich sage ausdrücklich: mit Abstrichen –, oder man kann nicht. Wenn nicht, haben natürlich alle Beteiligten ein Problem, denn dann müssten wir eigentlich so konsequent sein und sagen: Okay, wir haben da jetzt international etwas gefunden, das sieht auch ganz vielversprechend aus, aber die Fachleute sagen uns, für Deutschland bedeutet das nichts. – Solch ein harsches Auf-die-Spitze-treiben, Herr Martens, haben Sie bestimmt nicht gemeint, aber, ich glaube, das ist auch in niemandes Sinne. Ich glaube, es muss schon ein gewisser Konsens da sein, der heißt, das, was man international – ich vermute, ich kenne die Daten nicht; ich vermute auch, mit deutscher Beteiligung – gefunden hat, hat schon auch Einfluss, Impact auf die deutsche Versorgung als Grundlage. Ich hoffe, dass das ein Grundkonsens ist. Dann bin ich sofort bei Ihnen, zu sagen, es gibt dann eben spezifische deutsche Versorgungsstrukturen und Gegebenheiten, wo vielleicht die Umsetzung der internationalen Ergebnisse problematisch ist und in bestimmten Ecken vielleicht auch gar nicht passt. Das kann ich alles verstehen. Nur, ich glaube, der Grundsatz sollte klar sein: Das, was man international in den systematischen

Reviews an Kenntnis über Verfahren findet, gilt dann auch grundsätzlich erst mal für Deutschland. – Herr Windaus hat sich gemeldet.

Eberhard Windaus: Dazu nur die Anmerkung: Insofern ist besonders schade, wenn in Deutschland produzierte Studien wie die Studie Horn oder die Studie Weitkamp, die naturalistisch geplant sind, ein Wartekontrollgruppen-Design haben, methodisch aber ausgeschlossen sind, obwohl sie eine viel klarere Antwort über die psychotherapeutische Situation in Deutschland sagen können, weil das im Rahmen der Richtlinienverfahren erhoben worden ist und sich auf eine Inanspruchnahmepopulation bezieht – das ist natürlich schade – , während wir dann mit Studien eventuell aus dem Ausland etwas belegen, was für uns gar nicht in der Form zutreffen könnte. Gerade diese große Studie Goodyer mit ungefähr 470 Leuten, dann haben wir viel Impact, aber ist das vergleichbar? Diese Situation ist dann natürlich schwierig, weil methodisch die in Deutschland produzierten Studien keine RCT-Studien sind, aber sie finden keine Berücksichtigung. Insofern ist es gut, dass wir diese neue Studie in Leipzig im RCT-Verfahren machen.

Moderator Jürgen Windeler: Genau. Das würde ich uneingeschränkt unterstützen. Ich kann mir natürlich den Kommentar nicht verkneifen, dass die Frage der klareren Antwort ganz wesentlich eben auch an der suffizienten Methodik hängt und leider eben nicht nur an der Frage, ob die Studie in der deutschen Versorgungssituation gemacht worden ist. Beides zusammen wäre ideal. Wir müssen uns jetzt erst mal mit dem einen zufrieden geben. Wie gesagt, ich hoffe, dass wir uns da einig sind, dass das, was man international findet, im Grundsatz erst mal als Kenntnisgrundlage für die deutsche Versorgungssituation geeignet ist. Dann muss man sich über die Differenzierung der Abstriche unterhalten. Das macht auch durchaus Sinn.

Dann würde ich jetzt zu TOP 3 übergehen, Frau Krabbe.

Laura Krabbe: Frau Freitag, hatten Sie doch noch eine Wortmeldung?

Moderator Jürgen Windeler: Sorry. Ich habe die Hand nicht gesehen. Sie haben recht.

Christine Freitag: Ich habe noch eine Anregung an die Autoren von dem HTA-Bericht, weil es tatsächlich entwicklungspsychologisch und auch neurobiologisch stimmt, dass eine Depression zumindest im Schulalter eine andere Neurobiologie und auch etwas andere Risikofaktoren hat als eine Depression im Jugendalter. Da ist es natürlich in dem HTA-Bericht rein methodisch völlig klar. Da haben Sie natürlich zu dieser Fragestellung kein systematisches Review gemacht. Es wäre aber, glaube ich, gut, noch mal ein bisschen mehr Wert darauf zu legen, das noch mal herauszuarbeiten.

Ich muss Ihnen, Herr Windaus, leider widersprechen zu der Definition von anaklitischer Depression. So etwas gibt es eigentlich in internationalen Klassifikationen nicht mehr. Ich wäre

auch extrem vorsichtig, zu sagen, ein zweijähriges Kind hat eine Depression. Also, da muss man sehr vorsichtig sein, weil das oft eine Interpretation ist. Aber es ist natürlich klar: Spätestens ab dem Grundschulalter sind die Kriterien sehr gut zu fassen. – Da gibt es diese Erkrankung auch. Aber Sie haben ein bisschen andere Risikofaktoren und vor allem eine andere Neurobiologie. Das ist, glaube ich, wichtig, weil es natürlich richtig ist, dass man nicht altersspezifisch die Ergebnisse aus dem Jugendalter auf Grundschulkinder übertragen kann. Das würde ich auch bestätigen.

Moderator Jürgen Windeler: Herr Windaus hat sich gemeldet.

Eberhard Windaus: Frau Freitag, ich habe das auch in Bezug auf die anaklitische Diskussion … Das ist ein alter Begriff. Ich meine nicht, dass der gültig und gängig ist. Ansonsten, glaube ich, sind wir uns in der Sache einig, dass an dem Punkt zwischen Kindern und Jugendlichen zu differenzieren ist. Sie haben das ja eben auch noch mal erläutert. Depressive Reaktionsweisen – nennen wir es mal so – sind natürlich im Kindesalter anders als im jugendlichen Alter, und auch die neurobiologische Ausstattung. Ich glaube, für den Bericht ist entscheidend, ob man das differenzieren kann. Ich wollte jetzt keine Werbung für die anaklitische Depression machen. Der Begriff ist nicht mehr aktuell.

Moderator Jürgen Windeler: Okay. Und ich glaube, der Unterschied und die grundsätzliche, sehr schwierige – wenn überhaupt – Übertragbarkeit von Ergebnissen von Jugendlichen auf jüngere Kinder unter acht – diese Grenze haben Sie gezogen, ohne dass ich die jetzt festtackern will – ist uns durchaus nachvollziehbar und jetzt auch noch mal von Ihnen bewusst gemacht worden.

Jetzt kommen wir zum

2.3.4 Tagesordnungspunkt 3: Schlussfolgerung zu Psychotherapie vs. Antidepressiva

Laura Krabbe: Dazu möchte gerne Frau Kien, eine der Autorinnen, etwas sagen.

Moderator Jürgen Windeler: Frau Kien, bitte.

Christina Kien: Wir möchten gerne noch diesen Punkt zu den Schlussfolgerungen mit Ihnen diskutieren.

Ich führe zunächst kurz zu der Evidenz aus, die wir zu dem Thema gefunden haben. Und dann gab es von unterschiedlichen Fachgesellschaften unterschiedliche Anmerkungen dazu, wie Sie die Schlussfolgerungen interpretiert haben. Das möchten wir gerne mit Ihnen diskutieren.

Zunächst zur Evidenz: Basierend auf der besten verfügbaren Evidenz zeigte sich im Vergleich kognitiver Verhaltenstherapien versus Antidepressiva kein statistisch signifikanter

Unterschied in Bezug auf die Wirksamkeit, und zwar hier auf die Funktionsfähigkeit, die Veränderung depressiver Symptome, Remission. Das war der Punkt zur Wirksamkeit.

Einziger Vergleich zur Suizidalität bezog sich auch auf die kognitive Verhaltenstherapie versus Antidepressiva. Auch hier konnte basierend auf der aktuellsten systematischen Übersichtsarbeit, die wir gefunden haben, kein Anhaltspunkt für ein erhöhtes oder verringertes Risiko für Suizidalität gezeigt werden.

Es gab von zwei unterschiedlichen Fachgesellschaften, von Stellungnehmenden unterschiedliche Stellungnahmen. Diese möchte ich ganz kurz wiedergeben. Die DGKJP schrieb, dass basierend auf den Ergebnissen die Schlussfolgerungen noch stärker herausgearbeitet werden sollten … dass das stärker herausgearbeitet werden soll, dass aber noch die Kosteneffizienz der Therapie voll mitberücksichtigt werden soll, und zwar dass die medikamentöse Therapie die derzeit kosteneffizienteste Therapieform darstellt. Man spricht sich daher eher aus für Psychotherapien. Antidepressiva sind prinzipiell als gleichwertig zu sehen, aber aufgrund der Kosteneffizienz wären eher die Antidepressiva zu bevorzugen.

Und die DPtV hebt in ihrer Stellungnahme hervor, dass auch bei ähnlicher Wirksamkeit von Psychotherapie und Antidepressiva noch andere Nebenwirkungen vor allem von Antidepressiva berücksichtigt werden sollten, und zwar, dass Antidepressiva ein erhöhtes Abhängigkeitspotenzial haben. Und es soll stärker hervorgehoben werden, dass Antidepressiva das Suizidrisiko erhöhen können.

Hier möchten wir gerne ergänzen, dass basierend auf den Ergebnissen des HTA ein Anhaltspunkt für ein erhöhtes oder verringertes Suizidrisiko gefunden werden konnte bei Antidepressiva verglichen mit Psychotherapie. Das Thema „Abhängigkeitspotenzial“ wurde in den Nebenwirkungen in unserer Studie leider nicht berücksichtigt.

Jetzt würde mich interessieren, ob Sie noch Erläuterungen oder Ergänzungen zu diesen Stellungnahmen vorbringen möchten, vielleicht auch andere Fachgesellschaften, und wie sich diese Argumentationen vereinbaren könnten in unserer Schlussfolgerung.

Moderator Jürgen Windeler: Ich gehe mal davon aus, dass die Schwierigkeiten oder die Fragen, die wir dabei hatten, klar geworden sind. – Herr Maaß hat sich gemeldet.

Enno Maaß: Was das Suizidrisiko angeht, das ist klar. In den Studien ist das ja sozusagen als Outcome-Endpunkt mit aufgenommen worden. Worum es uns geht: Das war ja insgesamt bei den Kosten-Nutzen-Analysen, dass unseres Erachtens das Nebenwirkungsprofil der einzelnen Methoden sozusagen nicht ausreichend eingeflossen ist. Klassisch in den Beipackzetteln: Aus den zahlreichen Zulassungsstudien der Antidepressiva ist eben unter den Nebenwirkungen – wohlgemerkt: in den ersten vier bis sechs Wochen in aller Regel – eine Erhöhung von Suizidgedanken und auch des Suizidrisikos vermerkt. Das ist natürlich etwas anderes als die

Endpunkte, weil da typischerweise eben nicht die Nebenwirkungen betrachtet werden, sondern die erwünschten Wirkungen. Es sollte zumindest deutlich gemacht werden, dass irgendwo ein Hinweis ist auf die Nebenwirkungen, dass klar wird, dass eben nicht nur die Wirksamkeit entscheidend ist, sondern auch das Nebenwirkungsprofil. Der HTA-Bericht geht ja eben in diese Schnittstelle. Auch wenn man die Frage der Bürgerin im Hinterkopf hat, dass natürlich schon die Leserinnen und Leser daraus ableiten, welche Therapie besser anwendbar ist, und verwechseln das vielleicht mit dem Begriff der Wirksamkeit, wäre der Hinweis auf die Nebenwirkungen essenziell.

Die Lösung des Problems, das Sie eben aufgemacht haben, ist, dass das eine eben als Nebenwirkung in den ersten vier bis sechs Wochen auftritt, das andere eben der Endzeitpunkt für die Outcomes ist.

Moderator Jürgen Windeler: Okay. – Herr Martens hat sich gemeldet.

Reinhard Martens: Vielen Dank, Herr Maaß. – Vielleicht noch mal zwei Hinweise.

Das Erste ist, dass in Deutschland nur ein Antidepressivum zumindest der neueren Art zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen ist, nämlich das Fluoxetin, das ja gerade deswegen die Zulassung für Kinder und Jugendliche bekommen hat, weil es eben durch eine sehr lange Halbwertzeit und ein langsames Anfluten gerade solche Problematiken und massiv impulsiven suizidalen Tendenzen nicht hat. Das ist das Erste.

Ein Abhängigkeitspotenzial bei Serotonin-Wiederaufnahmehemmern gerade bei Kindern und Jugendlichen wurde bisher noch nie gefunden überall dort, wo es untersucht wurde. Aber ich möchte gerne einen anderen Aspekt beleuchten. Gerade bei dem Fluoxetin, das eben als einziges Präparat in Deutschland zugelassen ist, ist ein Einsatz nur möglich und vorgesehen bei Kindern und Jugendlichen parallel zu einer psychotherapeutischen Behandlung. Insofern stellt sich diese Frage eigentlich nicht. Ich glaube, kein Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland würde auf die Idee kommen, ein Kind oder einen Jugendlichen mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zu behandeln und nach drei Monaten zu gucken, was daraus geworden ist. Also, das ist Standard. Die Frage, entweder Antidepressivum oder Psychotherapie oder zumindest intensive psychosoziale Begleitung, fachärztliche Begleitung, stellt sich in Deutschland nicht, wird so auch nicht praktiziert. Das, glaube ich, ist eigentlich das Kernproblem.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank. – Frau Freitag.

Christine Freitag: Ich würde gerne auch in dieser Runde klarstellen, dass es tatsächlich keinerlei Abhängigkeitspotenzial von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern gibt. Das ist eine unkorrekte Aussage.

Das Zweite, was ich auch noch gerne klarstellen würde, ist, dass – ich mache selber Psychotherapiestudien, randomisiert-kontrollierte, die auch nachlesbar sind – es tatsächlich ein Problem vor allem der Psychotherapiestudien ist, dass da ganz häufig die unerwünschten Wirkungen gar nicht richtig erfasst werden. Das muss man methodisch auch noch mal ganz klarstellen. Es ist tatsächlich in der Arzneimitteltherapie oder bei den Therapiestudien sehr viel strenger, weil die immer nach GCP und sehr viel strikteren Kriterien durchgeführt werden. Hinsichtlich Psychotherapiestudien ist tatsächlich der Standard in der Regel nicht so hoch. Die wirklich relevanten interessanten Fragestellungen von unerwünschten Wirkungen von Psychotherapie sind zum Beispiel steigendes Aggressionsrisiko, mehr Eltern-Kind-Konflikte, was durchaus sein kann. Man muss es ja offen in den Raum stellen. Das sind jetzt nur Beispiele, aber das wären relevante unerwünschte Wirkungen von Psychotherapiestudien. Die sind auch nicht erfasst. Das muss man einfach noch mal ganz klar objektiv feststellen. Sie haben das im HTA-Bericht, finde ich, sehr gut gemacht, dass Sie die Suizidalität untersucht haben, weil das ja die kritische Frage ist, was vor allem die Antidepressivabehandlung anbelangt. Man muss es einfach akzeptieren, dass die Studienlage so ist, wie sie ist. Ich denke, das ist notwendig. Es ist auch unethisch – das muss man auch ganz klar sagen –, zu sagen, nur weil man unerwünschte Wirkungen erwarten könnte bei einer medikamentösen Therapie oder weil sie Off-Label ist, soll sie nicht angewendet werden, obwohl die Studienlage klar ist, dass sie wirksam ist. Die Perspektive würde ich vonseiten der DGKJP schon auch mal einbringen wollen.

Das Argument, dass ein Medikament in Deutschland Off-Label verschrieben werden muss, ist tatsächlich kein Argument gegen die Effektivität, denn das sind zwei völlig unterschiedliche Prozesse. Das Problem ist, dass im pädiatrischen Bereich praktisch alles Off-Label ist. Also, wenn Sie in der Kinderklinik Ihr Kind behandeln lassen, ist auch kein Medikament zugelassen. Das ist der Standard in pädiatrischer Medizin, dass es keine Studien gibt. Das wissen auch alle, die sich mit dem Feld beschäftigt haben. Deswegen ist es auch kein Argument gegen den Einsatz von diesen Medikamenten, wenn die eine Effektivität gezeigt haben.

Moderator Jürgen Windeler: Ich habe jetzt Herrn Maaß, dann Herrn Martens.

Laura Krabbe: Und Frau Kien möchte sich auch noch gerne äußern.

Moderator Jürgen Windeler: Vielleicht noch mal der Hinweis: Es wäre mir sehr lieb, wenn ich eine Liste vor mir hätte. Ich nehme zwar die anderen Meldungen wahr, aber dann kriege ich die Reihenfolge nicht mehr auf die Reihe. Wenn ich es richtig sehe, ist Herr Maaß dran.

Enno Maaß: Ich wollte noch mal ganz kurz klarstellen, was ich eigentlich meinte. Es steckt ein bisschen in der Mischung aus den Kommentaren von Frau Freitag und Herrn Martens.

Das Erste ist natürlich klar: Es gibt diesen Off-Label-Use. Das würde ich genauso sehen wie Sie, Frau Freitag. Deswegen ist es eben nicht nur auf das Fluoxetin begrenzt, sondern man muss eben auch schauen, was mit den anderen Medikamenten ist. Schließlich ist ja in der Studienlage ein breites Spektrum wiedergegeben worden, also in Bezug auf die Suizidgedanken als Nebenwirkung.

Das andere ist, was das Abhängigkeitspotenzial angeht, wenn unsere Stellungnahme gemeint ist: Was wir reingeschrieben haben, ist, dass es Hinweise auf Abhängigkeitspotenziale bei der Einnahme gibt. Es ist richtig, dass das bisher nicht ausreichend untersucht ist, sicherlich genauso wie die Nebenwirkungsprofile von Psychotherapien, aber es gibt doch ernstzunehmende Beiträge in der Literatur – da haben wir auch entsprechende Literaturangaben gemacht –, dass durchaus Abhängigkeitspotenziale auch bei dieser Art der Medikation auftreten können. Das ist ja auch eigentlich kein großes Geheimnis. Wenn etwas auf den Hirnstoffwechsel wirkt und man es irgendwann wegnimmt, dann hat das natürlich auch mindestens Absetzerscheinungen. Dann muss man halt einfach noch mal genauer schauen in Zukunft, wie das auch mit Abhängigkeitspotenzialen ist. Aber, wie gesagt, wir haben uns extra zurückgehalten, haben gesagt, Hinweise auf Abhängigkeitspotenziale. Das nur mal zur Klärung.

Moderator Jürgen Windeler: Hinweise für Potenzial grenzt schon an best guess oder so etwas.

(Zuruf von Enno Maaß)

– Okay. Wunderbar. – Frau Jansen.

Alessa Jansen: Meine Anmerkung geht in eine ähnliche Richtung, weil ich weiß, dass das gerade im Kontext der Überarbeitung der NVL für unipolare Depression bei Erwachsenen sehr stark diskutiert wird, ob man dieses Themengebiet nicht neu in die Leitlinie aufnehmen sollte. Gerade Herr Bschor aus Berlin hat dazu viel geforscht, auch zu Absetzphänomenen, meine ich, auch bei SSRI. Mich würde es wundern, wenn dieses Phänomen bei Kindern und Jugendlichen gar nicht zu vermuten wäre, oder ich wüsste nicht, warum wir hier von einem ganz anderen Wirkmechanismus ausgehen sollten. Deswegen hat mich gerade die Aussage gewundert, dass es gar keine Abhängigkeitssymptomatik gibt.

Moderator Jürgen Windeler: Ich bin ja überhaupt nicht fachspezifisch vorgebildet, aber ich würde zwischen einem Absetzphänomen und Abhängigkeit eine durchaus relevante Differenzierung vornehmen wollen. Ich glaube, das ist nicht das Gleiche nach meiner Kenntnis. – Frau Kien.

Christina Kien: Ich ergänze noch mal zu dem Punkt Abhängigkeitspotenzial. Wir haben die Studie geprüft, die Sie uns geschickt haben. Wir haben dazu aber keine weitere Evidenz gefunden. Also, es war der Kommentar von einem Experten.

Zu den anderen Punkten wollte ich sagen, dass wir basierend auf systematischen Übersichtsarbeiten die Informationen gesichtet haben, ob unerwünschte Ereignisse oder Nebenwirkungen jenseits von Suizidalität berichtet wurden. Hier wurden keine weiteren Endpunkte zu Nebenwirkungen berichtet. Wir hätten sie prinzipiell, wenn wir es gefunden hätten, eingeschlossen. Das heißt, was wir in die Stellungnahmen auch noch aufnehmen könnten oder in den Schlussfolgerungen stärker hervorheben könnten, ist, dass es eben wichtig wäre, stärker das Nebenwirkungsprofil von den jeweiligen angewandten Therapieformen, Psychotherapie einerseits und Medikamente andererseits, zu berücksichtigen.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank. – Ich will noch mal ausdrücklich betonen, dass dieses Problem der nichtberichteten Nebenwirkungen in der uns dann zugänglichen Literatur schon sehr relevant ist, also im Grunde, wie Frau Freitag sagt, wenn man von Arzneimitteln mal absieht, ist die Nebenwirkungsberichterstattung äußerst insuffizient und im Bereich der Psychotherapieverfahren – wir haben das bei der systemischen Therapie auch gesehen – faktisch nicht existent, jedenfalls nicht so, dass man damit irgendwie eine suffiziente Abwägung machen könnte. Das stellt dann jeden – nicht nur uns –, der sich mit dieser Thematik bewährt und befasst, vor ein massives Problem. Man muss versuchen, damit umzugehen, aber ich will noch mal ausdrücklich betonen, dass dieses Problem wirklich relevant ist.

Ich sehe jetzt keine weiteren Wortmeldungen, weder in Händen noch in … Ah doch, Herr Windaus. Bitte.

Eberhard Windaus: Ich hatte ein „x“ gemacht, aber vielleicht an der falschen Stelle.

Ich habe noch mal eine Frage, inwieweit bei der Frage der Kosten auch andere Maßnahmen als Psychotherapiemaßnahmen berücksichtigt werden, denn im Kinder-, vor allem im Jugendlichenbereich schlagen ja zum Großteil zu Buche auch Jugendhilfemaßnahmen durch Inobhutnahmen, Wohngemeinschaftsunterbringungen, Erziehungshilfe nach 35a usw. Das heißt, es gibt ja hier Kosten zu berücksichtigen, die aber im Psychotherapiesektor gar nicht erscheinen, aber eine ungleich höhere Summe für manche Fälle haben können als die reinen Psychotherapiemaßnahmen. Und auch Patienten, die mit Antidepressiva behandelt werden, und gleichzeitig Jugendhilfemaßnahmen nehmen ja andere Kosten infrage. Mir ist klar, dass das zwei verschiedene Systeme sind, aber wenn man über Kosten-Nutzen-Relation schreibt, müssten diese Kosten mit einbezogen werden.

Moderator Jürgen Windeler: Wer möchte? – Frau Nußbaumer-Streit, bitte.

Barbara Nußbaumer-Streit: Wir haben eine Darstellung der direkten Behandlungskosten gemacht. Da haben wir die Kosten angesehen von den Interventionen, die im Fokus gestanden

sind, also Psychotherapieformen, Antidepressivatherapie, Psychoedukation und andere nicht medikamentöse Behandlungen wie zum Beispiel Entspannungsübungen. Wir haben auch betont, dass es sich erstens nur um kurzfristige Kosten handelt und es nur um die Behandlungskosten geht. Es ist also keine Kosten-Nutzen-Analyse, wo die langfristigen Kosten, die der Gesellschaft entstehen, berücksichtigt werden, sondern nur die direkten Kosten. Man müsste dazu eine eigene Kosten-Nutzen-Analyse für Deutschland machen. Das wäre aber über die Zielsetzung des HTAs hinausgegangen. Wir können das gerne in der Diskussion mehr erläutern, aber das war gar nicht das Ziel unserer Kostendarstellung.

Moderator Jürgen Windeler: Okay. – Herr Martens.

Reinhard Martens: Ich weiß gar nicht, ob ich unbedingt eine solche Untersuchung haben möchte, denn wenn wir das Ganze nur unter wirtschaftlichen Kostenaspekten betrachten, dann habe ich die Sorge, dass insbesondere bei Familien, die sozial wenig privilegiert sind, die Wartesituation sich möglicherweise als am günstigsten herausstellen wird. Ich denke, wir müssen mit einkalkulieren – das halte ich auch für vertretbar –, dass möglicherweise auch unsere Behandlungsinterventionen durchaus erst einen entsprechenden Hilfebedarf deutlich werden lassen und dazu führen, dass entsprechende Kosten anfallen. Das ist unter dem Aspekt des Kindeswohls durchaus ein sehr positiver Effekt. Insofern bin ich jetzt nicht zwingend daran interessiert, solche Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen, ohne dabei in irgendeiner Art und Weise den Benefit für das Kind mit zusätzlich erfassen zu können.

Moderator Jürgen Windeler: Ich will noch mal einen kurzen Kommentar zu diesem Thema abgeben: In Deutschland machen wir ja sowieso keine Kosten-Nutzen-Bewertungen, -Analysen aus grundsätzlichen übergeordneten kulturellen Gegebenheiten, auch zu Arzneimitteln und anderen Dingen nicht. Es ist klar, dass, wenn man sich dieser Thematik widmen wollte, speziell in diesem Themenbereich, man nicht nur einfach – das sage ich ausdrücklich – GKV-Kosten angucken kann. Es ist aber auch klar, dass wir im Rahmen dieses Verfahrens, dieses ThemenChecks, nicht selber eine ausgefuchste Kosten-Nutzen-Bewertung machen können, also weder wollen noch können. Insofern werden wir uns, wie Frau Nußbaumer-Streit beschrieben hat, darauf konzentrieren, zu gucken, erstens, was es an unmittelbarer Gegenüberstellung gibt, und vielleicht auch, was es international an entsprechenden Analysen, Erfahrungen gibt, wo man sicherlich, was die Übertragbarkeit in deutsche Versorgungssituationen angeht, noch viel vorsichtiger sein müsste als bei der reinen Frage, ob das etwas nützt oder nicht. Aber wir werden uns hier sicherlich nicht im engeren Sinne mit Kosten-Nutzen-Bewertungen und Kosten-Nutzen-Aussagen beschäftigen, und wir sollten auch im Bericht deutlich machen, dass wir das so nicht tun.

Wenn es jetzt keine weiteren Wortmeldungen zu diesem TOP gibt, dann würde ich zum nächsten TOP gehen, Frau Nußbaumer-Streit, was die Ethik angeht.

2.3.5 Tagesordnungspunkt 4: Domänen Ethik und Recht

Barbara Nußbaumer-Streit: Da haben wir eine Klärungsfrage. Und zwar ist von der DGKJP zur Domäne Ethik und Recht angemerkt worden, und dann gab es den Satz, die Abschnitte Ethik und Recht grundlegend zu überarbeiten oder teilweise aus dem Bericht zu entfernen. Da wollten wir nur rückfragen, was Sie aus dem Bericht entfernt haben möchten und warum. Die Hauptkritikpunkte waren …

Christine Freitag: Die Hauptkritikpunkte sind die, die oben drüber stehen, also dass implizit angenommen wird, dass Psychotherapie ethischer ist als medikamentöse Therapie. Das ist eine Bewertung. Also alles, was solche Wertungsfragen anbelangt, sollte einfach raus. Ich finde auch nicht, dass medikamentöse Therapie ethischer ist als Psychotherapie, aber das sind einfach Grundannahmen. Da müssen Sie bitte noch mal durchschauen, ob Sie solche bestimmten Wertungsfragen drin haben. Das sollte so neutral wie möglich formuliert sein. Darum ging es.

Ich bin mir bei den rechtlichen Hinweisen nicht ganz sicher, ob die immer stimmen. Ich glaube, das müssen wir bilateral klären. Die Stellungnahme habe nicht nur ich geschrieben – das haben wir natürlich alles im Vorstand gemacht. Eigentlich müsste es in unserer Stellungnahme stehen, also da müssten Hinweise drin sein. Sonst müssten wir das vielleicht bilateral klären. Es war jetzt nicht ganz grob falsch, aber manche Sachen waren einfach nicht richtig.

Barbara Nußbaumer-Streit: Da würde ich gerne auf das Angebot zurückkommen.

Christine Freitag: Gerne. Melden Sie sich einfach noch mal bei mir.

Moderator Jürgen Windeler: Im Wesentlichen würde ich erst mal darauf vertrauen wollen, dass die Stellungnahmen klar und präzise und hilfreich sind und wir damit zurechtkommen. Wenn es dann noch im Einzelfall Rückfragen gibt, dann kann man das bilateral machen. Ich muss aus übergeordneten Gründen – das hat etwas mit dem Verfahren zu tun – darum bitten, dass sich diese Rückfragen entweder auf Verständnisfragen konzentrieren oder, wenn es Textvorschläge oder so etwas angeht, diese so dokumentiert werden, dass die Rücksprache und – das sage ich ausdrücklich – auch Mitarbeit über das Stellungnahmeverfahren hinausgeht. Das sollte eigentlich auf ein unbedingt notwendiges Maß beschränkt sein.

Christine Freitag: Das waren wirklich Sachpunkte. Es war keine Interpretation, sondern es waren Sachpunkte.

Moderator Jürgen Windeler: Schon klar. Die sollten in der Stellungnahme ja dann auch klar zum Ausdruck gekommen sein.

Und die neutrale Darstellung, was die Vertretbarkeit oder ethische Dimension von Verfahren angeht, würde ich auch zustimmen, dass da keine dementsprechenden Wertungen vorgenommen werden sollten. Man kann sich ja auf die Sachfragen konzentrieren und beschreiben, was das eine ausmacht und was das andere ausmacht, ohne sich ethisch wertend dazu zu äußern.

Christine Freitag: Ich habe noch einen Punkt, was ich jetzt gerade noch mal bei uns in der Stellungnahme nachgeschaut habe, zum Beispiel wer bei uns in Deutschland im Versorgungssystem die Diagnose stellt. Die Aufgabe, eine Depressionsdiagnose zu stellen, ist eine Aufgabe von approbierten Psychotherapeuten oder Ärzten und nicht zum Beispiel von Lehrern in der Schule. Das war missverständlich formuliert. Oder dass Pädagogen eine Depressionsdiagnose stellen dürfen – das ist eigentlich auch nicht korrekt. Das sind so ein paar Sachen. Da sind einfach Unklarheiten drin gewesen. Darauf wollten wir nur hinweisen. Das war es. Um etwas Tiefergehendes ging es gar nicht.

Barbara Nußbaumer-Streit: Das hätten wir auch nie so gemeint. Gemeint war, dass die Anlaufstelle sind und es erkennen und weiterleiten. Aber wir können es klarer formulieren.

Moderator Jürgen Windeler: Gut, aber dann sind ja die Botschaft und die Richtung völlig klar.

Dann scheint mir dieser Punkt klargestellt zu sein. Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Dann würde ich direkt zum TOP 5 übergehen. Das macht Herr Probst.

2.3.6 Tagesordnungspunkt 5: Forschungsbedarf

Thomas Probst: Es wurde mehrfach in den Stellungnahmen der Forschungsbedarf thematisiert. Was gibt es denn hier für konkrete Vorstellungen? Gibt es aus der Runde Kommentare zu diesem Punkt der Stellungnahmen?

Moderator Jürgen Windeler: Sie waren gerade für zwei bis vier halbe Sätze nicht zu verstehen, aber, ich glaube, dass klar geworden ist, wir hätten gerne von den vielen Experten, die jetzt hier sitzen, ein paar Hinweise darauf – Sie haben sich zum Forschungsbedarf geäußert –, was denn prioritäre Fragen oder prioritäre Aspekte wären, die wir, wenn die Gruppe den Bericht schreibt, sinnvollerweise und auch – vielleicht darf ich das an dieser Stelle sagen – in Ihrem Interesse an Forschungsbedarf adressieren sollten. - Herr Martens, bitte.

Reinhard Martens: Ich würde mir wünschen, dass wir aus den vielen dokumentierten Behandlungen, die wir gerade im vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen Bereich haben, perspektivisch Daten generieren können. Wir haben ja die Möglichkeit, mit standardisierten Instrumenten Verläufe viel besser abzubilden, auch mit erheblich weniger administrativem Aufwand, wenn wir das Ganze gut pseudonymisiert über irgendwelche Plattformen und Datenbanken abwickeln. Wenn wir einfach diesen riesigen Erfahrungspool

von tausenden Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten nutzen könnten, um Verlaufsforschung zu machen, fände ich das eine ungeheure hilfreiche Geschichte, weil ich denke, dass wir in diesem Rahmen eine ganze Menge an Evidenz erreichen werden, vielleicht nicht Evidenz der Qualität von RCT-Studien, dafür aber weitaus höhere Fallzahlen, und auf diese Art und Weise eben nicht nur grobe Aussagen treffen können, ob Psychotherapie hilft oder nicht, sondern an welcher Stelle droht, Psychotherapie zu kippen, an welcher Stelle macht Medikation keinen Sinn. Je größer die Datenbasis ist, umso eher sind wir dazu in der Lage, spezifischere Indikationen sowohl für Medikation als auch für Psychotherapie zu stellen, um daraus letztlich perspektivisch Behandlungsempfehlungen entweder allgemeiner Art oder auch für den einzelnen Psychotherapeuten im Behandlungsverlauf abzuleiten, da unter bestimmten Konstellationen bestimmte Interventionen hilfreich sind oder eben auch nicht hilfreich sind. Das würde uns für die Praxis helfen, und das wäre sicherlich auch etwas, was für Bürgerinnen und Bürger ungeheuer interessant wäre, weil sie dann perspektivisch die Chance haben, eine noch individualisiertere und eine noch effektivere Behandlung zu erhalten.

Moderator Jürgen Windeler: Danke. – Ich habe jetzt Frau Jansen und dann Frau Freitag.

Alessa Jansen: Im Bericht wurde ja schon sehr ausführlich darauf hingewiesen, wo eigentlich die Lücken in der Evidenz waren. Besonders hervorzuheben wären da aus unserer Sicht zum einen die langfristigen, also dass wir Katamnesestudien brauchen, die ja teilweise wirklich dünn gesät sind, am besten – und das war ja im Bericht auch sehr schön dargestellt – mit standardisierten Outcomes, die dann möglichst in allen diesen Studien ähnlich erfasst werden, um dann auch Vergleiche ziehen zu können.

Ein weiterer wichtiger Punkt aus unserer Sicht ist tatsächlich die Forschungslage bei jüngeren Kindern, weil da waren ja tatsächlich praktisch gar keine Studien vorhanden.

Und was wir auch sinnvoll fänden, wäre noch mal eine stärkere Schweregraddifferenzierung, denn das merken wir auch immer wieder in den Leitlinien, dass das kaum möglich ist, an der Stelle wirklich das rein aus der Studienlage abzuleiten, weil viele von den Studien einfach unterschiedliche Schweregrade einschließen und dann nicht angemessen die unterschiedlichen Ergebnisse zu den Schweregraden ableiten.

Und wir hatten ja vorhin schon ausführlich diskutiert, dass es sicherlich auch hilfreich sein könnte, noch mal weitere Studien im Bereich der dynamischen Psychotherapie durchzuführen.

Die Anmerkung hatten wir in unserer Stellungnahme auch: Es gibt einen großen Förderfonds im deutschen Gesundheitswesen, der mittlerweile regelmäßig fragt, welcher Forschungsbedarf identifiziert wird aus allen Bereichen. Das wäre eine Möglichkeit, das gegenüber dem Innovationsfondsausschuss noch mal zu kommunizieren.

Moderator Jürgen Windeler: Frau Freitag.

Christine Freitag: Da kann ich mich anschließen.

Was ich auch noch als dringlich empfinde, weil das ist auch ein ganz großes methodisches Problem, was Sie auch in dem HTA-Bericht hatten, ist, dass eigentlich depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in der Regel nicht alleine auftreten, sondern komorbid sind, also ganz häufig mit Angststörungen, aber auch mit Zwang, aber auch mit Essstörungen. Es sind also häufig extrem schwere komorbide Erkrankungen. Der ganze Studienansatz sollte stärker dahin gehen, Personen mit komorbiden Erkrankungen in Studien einzuschließen, weil das nämlich oft ein Ausschlusskriterium ist. Das heißt, letztlich sind in den Studien in der Regel immer nur die Leichterkrankten drin, die dann nur eine Depression haben, aber nicht noch eine Angststörung oder eine Zwangsstörung usw. Diese Studien explizit zu psychiatrischer Komorbidität im Kindes- und Jugendalter sind extrem wichtig, übrigens auch Komorbidität Angst und aggressives Verhalten, Entschuldigung, Depression und aggressives Verhalten ist auch sehr häufig. Das macht es auch so schwierig, dann in Leitlinien entsprechende Empfehlungen zu machen. Das hängt nicht nur am Schweregrad der Depression, sondern die Komorbidität ist noch mal was Eigenständiges.

Ansonsten kann ich mich absolut anschließen, dass ich sage, man müsste es altersspezifisch machen, und zwar Vorschulalter, Grundschulalter. Da gibt es praktisch keine Studien.

Das Dritte wäre aber auch, dass ich denke, es wäre ganz dringend notwendig, mehr Vergleichsstudien medikamentöse / Psychotherapie zu machen. Da gibt es viel zu wenige. Praktisch sind es immer die gleichen zwei, drei Studien, die zitiert werden.

Und auch breiter verschiedene SSRIs oder andere Medikamente zu untersuchen. Das ist auch deutlich zu wenig.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank. – Wenn ich diese Reihe von Ihren Hinweisen – Herr Windaus, ich habe Sie gesehen, Herr Probst auch – aufnehme – das betrifft die Langzeitbetrachtung, das betrifft standardisierte Instrumente, das betrifft verschiedene Differenzierungsnotwendigkeiten –, dann schreit das nach einer Vorgehensweise, die man in vielen Bereichen im Moment praktiziert, und zwar ziemlich erfolgreich, nämlich nach einem Register. Wird sowas eigentlich im Bereich der Psychotherapie überhaupt mal diskutiert? Für ein Register macht man natürlich Vorgaben, was die Erfassung angeht, was die Instrumente angeht. Man hat in der Regel die Möglichkeit, die Menschen über lange Zeit dort zu dokumentieren. Man hat sozusagen eine wirklich strukturierte und, wenn es ein gutes Register ist – es gibt ja gute Register, nicht alle sind gut –, gute Erfassung. Noch mal die Frage: Spielt das in dem Bereich, den wir jetzt hier betrachten, eine Rolle? Wird das diskutiert? Ich glaube, es gibt keines. Korrigieren Sie mich. Könnte es nicht eines geben?

Erst Herr Probst, dann Herr Windaus.

Thomas Probst: Ich hoffe, Sie können mich jetzt besser verstehen, ohne dass das Mikrofon wieder abbricht.

Danke für die Inputs. Ich glaube, es ist sehr wichtig, an Forschungsdaten zu kommen, die in der Versorgungspraxis stattfinden, weil die meisten Studien, insbesondere die RCTs, natürlich an den Unikliniken oder Ambulanzen stattfinden, die ja auch nicht unbedingt auf die Routineversorgung übertragbar sind. Ich war ja auch an Universitäten in Deutschland tätig. Was sich für mich aus der Psychotherapieforschungserfahrung zeigt, Deutschland, Österreich, andere Länder: Die Bereitschaft der in der Praxis tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, an Forschungsprojekten mitzuwirken, ist sehr gering. Vielleicht haben Sie da noch die eine oder andere Idee, wie hier stärker motiviert werden kann. Ist es wirklich nur das Geld? Das war das, was mir immer entgegengekommen ist: Ich mache nur mit, wenn ich Geld dafür bekomme. – Oder insbesondere aus der psychodynamischen Orientierung: Ich nehme nicht an Forschungsprojekten teil, weil das würde den ganzen Prozess verändern. – Ich denke, da müssen wir noch an Schrauben drehen, dass wir wirklich an Daten aus der Versorgung kommen, eventuell auch in Richtung eines Registers, dass zumindest auch in der Versorgung Prä-Post-Erhebungen zur Qualitätssicherung mit standardisierten Instrumenten stattfinden. Ich glaube, das wäre eine Möglichkeit, so etwas aufzubauen, dass man dann eine klar dokumentierte Studienlage zu Evidenz und Qualitätssicherung hat, aber da würden mich noch Ideen interessieren, Motivationsarbeit und dergleichen.

Moderator Jürgen Windeler: Danke. – Herr Windaus und dann Herr Martens.

Eberhard Windaus: Es sind ja schon eine ganze Reihe Aspekte gesagt worden. Ich finde, man muss erst mal darauf aufmerksam machen, wie schwach im Vergleich zur internationalen Forschung die Forschungslage hier ist. Ich kann das natürlich hauptsächlich nur für den psychodynamischen Bereich sagen. Aber im Grunde kommen alle RCT-Studien, die wir aufgeführt haben, nicht aus Deutschland. Die, die aus Deutschland kommen, sind naturalistische, die zwar die Versorgungspraxis abbilden, aber nicht in diesem Rahmen berücksichtigt werden. Das Grundproblem ist natürlich, wie die Richtlinienverfahren in der Realität bisher an dem Punkt beforscht sind. Auch da haben wir die etwas skurrile Situation, dass im Ausland Studien gemacht werden, mit denen dann im deutschen Versorgungswerk die Richtlinie Psychotherapie legitimiert ist.

Grundsätzlich muss man sagen, dass wir im Vergleich zur internationalen Forschung zurück sind, zweitens, wenn gerade Ihre Bürgerfrage die ist, was da wirkt, und welche Verfahren, dann müsste man vielleicht mehr Vergleichsstudien machen. Drittens denke ich, man müsste auch vielleicht mehr Synergieeffekte haben. Jetzt gibt es eine Leitliniengruppe. Es gibt eine

HTA-Gruppe. Es gibt den Wissenschaftlichen Beirat, der Studien prüft. Und so weiter. Man müsste das irgendwie zusammenführen, um auch die Mehrarbeit zu vermeiden.

Den Punkt, den Frau Freitag gehabt hat, finde ich auch noch sehr wichtig, dass es ja alles Störungen sind, die mit hohen Komorbiditäten einhergehen. Auch das müsste in Studien abgebildet werden, denn wir finden keine reine Depression im Kindesalter. Das wird immer mit phobischen, angsthaften oder anderen Dingen vermischt sein. Insofern ist das eigentlich ein sehr breites Feld. Die Frage ist, wo man da anfängt. Jedenfalls müsste man überhaupt erst mal eigene Studien vor dem Hintergrund der eigenen nationalen Versorgungslage und der Richtlinie Psychotherapie führen, wenn man das für den deutschen Bereich beforschen oder belegen will.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank. – Herr Martens ist dran.

Ich würde noch mal eine Frage stellen. Sie, Herr Windaus, haben jetzt sehr oft „man müsste“ gesagt. Eigentlich sind doch diejenigen, die jetzt hier sitzen, das heißt, die einschlägigen Fachgesellschaften, diejenigen – wer sonst? –, die das machen müssten. Sie haben auf die Situation hingewiesen, wo ich Sie insofern beruhigen kann, als das kein Problem oder Spezifikum von Psychotherapie, Psychiatrie ist, dass in Deutschland keine Studien gemacht werden. Das machen die Deutschen generell nicht so gerne, sondern sie gucken lieber, was die anderen alle so machen, speziell die westlich um uns herum. Also, das ist jetzt kein Spezifikum. Wir haben jetzt beschrieben – das ist ja auch die primäre Zielsetzung der Frage –, was die Fragen sind. Aber die Frage wäre natürlich auch, die wir jetzt hier nicht beantworten müssen: Was kann man denn eigentlich tun, damit sich die Situation verbessert? Ich habe vorhin gesagt, es liegt nicht prioritär am Geld – dabei bleibe ich auch –. Deswegen wäre interessant, zu gucken, wie eigentlich diejenigen, die jedenfalls ein Stück weit für Forschung, jedenfalls für Forschungsinitiativen nach meiner Auffassung verantwortlich sein könnten, … wie da sozusagen viel mehr Drive reingebracht werden kann.

Jetzt Herr Martens.

Reinhard Martens: Ich finde die Idee mit dem Register außerordentlich verlockend und halte das für ein ungeheuer sinnvolles Instrument, allerdings unter bestimmten Bedingungen. Die erste Grundbedingung wäre diejenige, dass die Fragestellungen mit denjenigen, die tatsächlich in der vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen Versorgung arbeiten, abgestimmt sind, denn manche Fragestellungen, die sich aus dem universitären Bereich ergeben, sind nicht die Fragestellungen, die wir gerne geklärt hätten. Das wäre eine der Grundbedingungen.

Die zweite Grundbedingung: Ich möchte nicht Geld dafür haben, dass ich an Erkenntnisgewinn mitwirke, aber ich würde mir wünschen, dass wir mit den Möglichkeiten der künstlichen

Intelligenz und zunehmenden Rechnerkapazitäten nicht erst mal irgendeinen Datensatz produzieren für die Zukunft, der dann irgendwann in zehn Jahren oder in fünf Jahren ausgewertet wird, sondern ich wünsche mir, dass wir, wenn man den Schritt in ein Register geht, dort selbst lernen, zu versuchen, Algorithmen zu entwickeln, die sehr zeitnah an den Arzt und Psychotherapeuten eine Rückmeldung geben: Pass mal auf, wenn du an dieser Stelle diese Intervention startest, musst du damit rechnen, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 70 % der Patient im Rahmen der nächsten beiden Sitzungen die Behandlung abbrechen wird. – Das wäre absolut genial, würde mir helfen, würde auch dem Patienten helfen.

Genau das Gleiche in Bezug auf Behandlung mit Psychopharmaka. Wenn ich wüsste aufgrund einer viel größeren Datenbasis, dass ich einem Patienten mit phasisch verlaufender Depression, einem Jugendlichen mit Fluoxetin sehr schnell sehr gut helfen kann bei bestimmten Konstellationen, wo vielleicht auch genetische Komponenten mit berücksichtigt werden können, familiäre Vorerkrankungen und, und, und, dann würden wir für uns Ärzte und Psychotherapeuten Behandlungssicherheit schaffen und könnten gute und wichtige Entscheidungen viel früher treffen.

Genauso aber auch Hinweise, dass zum Beispiel ab einer bestimmten Dauer der Benefit bestimmter Interventionen auf pharmakologischer Art nicht mehr nachweisbar ist.

Daran würde ich mich persönlich, ich denke, auch unser Verband sich sehr gerne beteiligen.

Moderator Jürgen Windeler: Okay. Vielen Dank. – Ich würde jetzt, weil Sie ausdrücklich „Ich wünsche mir“ gesagt haben, es einfach so stehen lassen. Ich glaube, man kann jetzt sehr viel über die Fragen diskutieren, die ich jetzt gar nicht anreißen will, weil wir jetzt auch ein bisschen auf die Zeit gucken müssen. Ich glaube, Sie haben jetzt ein sehr großes Spektrum skizziert, ich will nicht sagen: Fass aufgemacht. Aber wir machen das jetzt erst mal wieder zu, und wir konzentrieren uns darauf, dass Sie die wesentlichen Eckpunkte von Forschungsschwerpunkten beschrieben haben. Dass es dabei schließlich auch um die Frage geht, wer das eigentlich macht, wer sich darum kümmert, habe ich schon angedeutet, müssen wir jetzt auch nicht vertiefen.

Ich habe jetzt noch eine Wortmeldung von Frau Meisel, und dann schlage ich vor, dass wir den TOP abschließen. – Frau Meisel.

Bettina Meisel: Ich wollte nur kurz sagen: Es macht natürlich schon was aus, wie die Universitäten orientiert sind, zum Beispiel, inwieweit dort in der Regel Professuren durch Verhaltenstherapeuten besetzt sind und entsprechende Forschung betrieben wird oder halt auch Psychodynamiker. Wir erhoffen uns durch diese Ausbildungsreformen, dass die dazu beitragen sollen, dass im Rahmen des neuen Psychotherapiestudiums alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren gelehrt werden und zumindest an bestimmten Stellen repräsentiert

sein müssen mit der Fachkompetenz, und dass darüber dann vielleicht auch die psychodynamische Forschung mehr repräsentiert ist. Das ist natürlich schon ein Problem, die entsprechenden Vertreter zu finden.

Moderator Jürgen Windeler: Danke für diesen Hinweis. – Dann würde ich jetzt diesen Tagesordnungspunkt abschließen.

Wir kommen zum

2.3.7 Tagesordnungspunkt 6: Verschiedenes

Gibt es von Ihrer Seite noch Wortmeldungen, Dinge, die Sie noch ansprechen möchten, die bisher nicht zur Sprache gekommen sind? – Frau Eichhorn.

Theresa Eichhorn: Ich möchte gerne noch einen Punkt erwähnen, den ich auch gut unter TOP 4 hätte anbringen können, wenn ich schnell genug gewesen wäre.

Moderator Jürgen Windeler: Kein Problem.

Theresa Eichhorn: Ich wollte mich erst mal für die Ausführlichkeit der Darstellung des Versorgungssystems bedanken. Das fand ich einfach sehr umfänglich und beeindruckend. Wir hatten ja auch selbst in unserer Stellungnahme Punkte angemerkt, aber nur einige wenige, ganz konkrete, die aus unserer Sicht fachlich noch mal nachgearbeitet werden müssten, die Darstellung des Kostenerstattungsverfahrens, die ersten Anlaufstellen, dass zum Beispiel da noch die psychotherapeutische Sprechstunde und auch die Darstellung der Berufsgruppen fehlt. Aber nichtsdestotrotz finde ich, dass diese Ausarbeitung insofern nicht verlorengehen sollte, als wir anregen, dass das IQWiG prüft, ob in der weiteren Verarbeitung des Berichtes für die Bürgerinnen und Bürger in Deutschland möglicherweise das genutzt werden könnte, um unser Versorgungssystem … Wen gibt es? Wen kann ich wie erreichen? Wo habe ich erste Anlaufstellen? Was mache ich, wenn ich keine Versorgung bekomme? Wie ist das mit der Kostenerstattung? Aber auch relativierend an der Stelle natürlich, weil wir wissen alle, wie das tatsächlich ist. Die Anregung ist, dass Sie das nutzen, um da auch noch mal zur Aufklärung beizutragen und die Bürgerin in die Lage zu versetzen, auch in unserem teilweise sehr unübersichtlichen Versorgungssystem einen für sie guten Weg zu finden.

Moderator Jürgen Windeler: Vielen Dank für den Hinweis. Sie wissen ja, dass wir jedenfalls am Rande an dem sogenannten Nationalen Gesundheitsportal beteiligt sind, wo eigentlich auch Informationen oder Informationsseiten vorgesehen sind, die die Inhalte haben, die Sie gerade beschrieben haben, also wie ich mich als Bürger im System zurechtfinde, um das mal sehr allgemein zu sagen. Das betrifft ja nicht nur Psychotherapie, das betrifft auch einen Rehaantrag und andere Dinge. Da ich im Moment nicht so ganz sicher bin, wie das mit dem Nationalen Gesundheitsportal weitergeht, nehme ich Ihre Anregung gerne auf und werde das

noch mal an die Fachabteilung weitergeben, ob wir vielleicht nicht in beliebiger Detailtiefe, aber jedenfalls in groben Aspekten beschreiben können, wie bestimmte Prozesse ablaufen und an wen man sich wenden kann – Klammer auf –, wenn es das nicht schon gibt – Klammer zu. Ich gebe das mal an unsere Fachabteilung weiter. Danke dafür.

Herr Maaß.

Enno Maaß: Ich kann mich den Ausführungen von Frau Eichhorn anschließen.

Mir ist noch ein anderer Punkt wichtig, weil das an einer prominenten Stelle in dem Bericht steht, nämlich in der Zusammenfassung ganz hinten. Da geht es um die digitalen Anwendungen und die Versorgungslücken, die da bestehen. Bedarf das noch einer Erklärung, oder erklären sich die Autorinnen bereit, das noch mal zu überarbeiten? Das war mir ganz wichtig.

Moderator Jürgen Windeler: Frau Nußbaumer-Streit, bitte.

Barbara Nußbaumer-Streit: Ich glaube, wir werden es klarer formulieren, dass es um eine webbasierte Therapie gegangen ist. Es geht uns nicht um eigenständige Self-Guided-Module, die man ohne therapeutische Begleitung machen kann, aber, wenn man zum Beispiel Psychotherapie, wie es bei COVID auch passiert es, online durchführt. Wir haben den Schluss gezogen, weil eben in der organisatorischen Analyse der Hinweis oder die Versorgungslücken teilweise im ländlichen Bereich aufgezeigt wurden, wäre das ein Vorschlag, wie man denen entgegnen kann. Wir werden das aber in der Formulierung noch umformulieren. Wir werden es nicht „computerbasierte Therapie“ nennen, sondern klarer formulieren, was wir damit meinen, und sagen, wie wir zu diesem Schluss gekommen sind.

Enno Maaß: Wenn ich ganz kurz noch ergänzen darf.

Moderator Jürgen Windeler: Bitte.

Enno Maaß: Wichtig ist, dass das keine Versorgungslücken schließt. Da muss man sozusagen eine vertiefte Kenntnis – das ist das, was Frau Eichhorn auch schon angesprochen hat – von dem deutschen Versorgungssystem und von der Bedarfsplanung und der sogenannten Residenzpflicht, von der Berufsordnung haben. Also, für die Erstkontakte muss man vor Ort sein, und es muss natürlich auch für den Notfall geregelt sein, dass man vor Ort erreichbar ist, zumindest im Prinzip. Das kann man jetzt nicht regulär ausnehmen, sodass man sich vorstellt, in den etwas besser ausgestatteten Großstädten übernehmen dann die die Versorgung von den Leuten auf dem Land. Das ist aus vielerlei rechtlichen Gründen und auch aus therapeutischen Gründen nicht möglich. Der Begriff „Versorgungslücken schließen“ durch diese Angebote ist wirklich ein Riesenfass. Wenn Sie das an so prominenter Stelle aufmachen, ich wage die Vorhersage, dass Sie Schwierigkeiten haben werden, die ganze Bandbreite zu

überblicken. Das ist nicht abfällig gemeint. Das ist einfach ein ganz heißes Thema. Ich würde das ganz, ganz vorsichtig formulieren und eher so etwas schreiben wie, dass es das auch gibt und dass es nutzbar gemacht werden kann in der Versorgung, aber nicht, dass es irgendwelche Lücken schließt. Das ist wirklich ein Riesenfass.

Eberhard Windaus: Dazu gibt es eine Studie, die Sie gar nicht weiter berücksichtigen wollten, diese Lindqvist-Studie.

Barbara Nußbaumer-Streit: Genau, weil die eben diese Self-Guided-Module verwendet haben ohne therapeutische Direktkontakte. Aber danke für den Hinweis. Das ist sehr wichtig. Das werden wir berücksichtigen.

Moderator Jürgen Windeler: Gibt es weitere Wortmeldungen? – Im Chat sehe ich jetzt keine mehr. Handzeichen sehe ich weder reale noch virtuelle.

Dann können wir diese Erörterung beenden.

Ich bedanke mich ganz herzlich, dass Sie teilgenommen haben. Ich fand das eine sehr angenehme und auch sehr konstruktive Diskussion mit sehr vielen konstruktiven Hinweisen und mit, glaube ich, für die externen Sachverständigen sehr brauchbaren Kommentaren und Anmerkungen. Ich bedanke mich sehr, dass Sie sich die Zeit genommen haben, sowohl zur Erstellung der Stellungnahmen, also erst mal für das Lesen des Berichts und dann zur Erstellung der Stellungnahmen, als auch jetzt hier präsent zu sein und uns zu unterstützen. Vielen Dank. Jetzt würde ich normalerweise eine gute Heimreise wünschen, aber die meisten von Ihnen scheinen mehr oder weniger in häuslicher Umgebung zu sein. Alles Gute und insbesondere alles Gute für die nächsten Wochen und Monate! Schönen Sommer! Tschüss!

Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

Seite

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen ..... A 2

A.1.1 – Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) ..... A 2

A.1.2 – Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp) ..... A 14

A.1.3 – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) ..... A 19

A.1.4 – Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPtV) ..... A 27

A.1.5 – Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP) ..... A 34

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Autorinnen und Autoren

- Munz, Dietrich

Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht

Berichtnr: HT19-04

Titel: Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ auf der Internetseite des ThemenCheck Medizin veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Munz, Dietrich; Dr.
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation: Bundespsychotherapeutenkammer** ☐ **als Privatperson(en)**

Stellungnahme

Vorläufiger HTA-Bericht des IQWiG „Depressionen bei Kindern und Jugendlichen – Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?“ (HTA-Nummer: HT19-04)

17.06.2021

BPtK
[redacted]
www.bptk.de

Inhalt

1 Vorbemerkung 6

2 Wesentliche Ergebnisse des Berichts 6

2.1 Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depression im Kindes- und Jugendalter 6

2.2 Große Heterogenität der Studien 6

2.3 Desiderata an zukünftige Forschung 7

3 Anregungen der BPtK zum Bericht 8

3.1 Heterogenität der Studien 8

3.2 Limitationen durch die gewählte Methode des Umbrella Reviews darstellen. 8

3.3 Innovationsausschuss über Forschungsbedarf informieren 9

3.4 Ethische Fragestellungen 9

3.5 Organisatorische Fragen 9

3.6 Frage der Bürgerin 11

4 Literatur 13

1 Vorbemerkung

Mit dem vorläufigen Health-Technology-Assessment (HTA)-Bericht haben die vom IQWiG beauftragten Wissenschaftler*innen eine umfangreiche und detaillierte wissenschaftliche Analyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter vorgelegt. Ausgangspunkt des Berichts war laut einer Pressemitteilung des IQWiG vom 15.05.2021 die beim ThemenCheck Medizin[1] eingereichte Frage einer Bürgerin, „ob das Abwarten und Beobachten bei ersten depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Therapie vorzuziehen sei“.[2] Der Bericht beinhaltet neben der Nutzenbewertung einer Behandlung mit Psychotherapie auch Analysen der Kosten und der Bewertung der Kosteneffektivität sowie die intensive Auseinandersetzung mit vielfältigen ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Fragestellungen im Zusammenhang mit Depressionen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung.

2 Wesentliche Ergebnisse des Berichts

2.1 Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depression im Kindes- und Jugendalter

Ein wesentliches Ziel des vorliegenden HTA-Berichts war es zu untersuchen, ob Psychotherapie bei Depression bei Kindern und Jugendlichen wirksam ist. Bezüglich dieser Fragestellung kommen die Wissenschaftler*innen zu dem Schluss, dass Psychotherapie, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie[3], im Vergleich zu „inaktiven Kontrollen“ die depressive Symptomatik reduziert und damit grundsätzlich bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter wirksam ist. Im Vergleich zu einer Behandlung mit Antidepressiva war Psychotherapie ähnlich wirksam. Das sind wichtige Befunde, da sie zeigen, dass Kindern und Jugendlichen, die unter Depressionen leiden, durch eine psychotherapeutische Behandlung effektiv geholfen werden kann.

2.2 Große Heterogenität der Studien

Dem HTA-Bericht liegt die Methode eines Umbrella Reviews (Überblick über systematische Überblicksarbeiten) zugrunde. Vorteil dieser Methode ist, dass allgemeine Aussagen zu einer Vielzahl von Fragestellungen abgeleitet werden können. Nachteilig ist jedoch, dass „weniger Granularität in der Ergebnisdarstellung möglich ist“ (S. 84). Dies führt zu Einschränkungen bei der Interpretierbarkeit der Ergebnisse. Es ist möglich, dass bestimmte Faktoren, die mit der Erkrankung und der Behandlung zusammenhängen, wie die Schwere der Depression, das Alter der Patient*in, das Format der Therapie (stationär, ambulant, Einzel-/Gruppentherapie) sowie die Dauer und die Intensität der Behandlung,

einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Depressionsbehandlung im Kindes- und Jugendalter haben. In den systematischen Reviews, auf denen der vorliegende HTA-Bericht beruht, wird jedoch nicht nach diesen Faktoren differenziert. Deshalb können Fragen zur Wirksamkeit bei verschiedenen Schweregraden der Depression, bei unterschiedlichen Altersgruppen sowie bei verschiedenen Formaten und Dauern der Behandlung bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter anhand des Berichts nicht beantwortet werden.

2.3 Desiderata an zukünftige Forschung

Die Autor*innen zeigen in dem HTA-Bericht darüber hinaus auf, dass weiterer Forschungsbedarf besteht, insbesondere in Bezug auf die folgenden Aspekte:

- **Standardset an Endpunkten zur Messung des Therapieerfolgs etablieren**

Die meisten systematischen Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Depressionsbehandlungen im Kindes- und Jugendalter beschränken sich auf die Veränderung depressiver Symptomatik. Weitere relevante Endpunkte, vor allem das Ansprechen auf die Therapie (Response), Remission, Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und unerwünschte Ereignisse, wurden weitgehend nicht untersucht bzw. berichtet. Das Fehlen dieser patientenrelevanten Outcome-Parameter erschwert die Bewertung der Wirksamkeit von Behandlungen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) schließt sich der Forderung der Wissenschaftler*innen an, dass es Ziel sein sollte, ein Standardset an Endpunkten zur Messung des Therapieerfolgs einer Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen für zukünftige Studien zu etablieren.

- **Studien mit jüngeren Kindern wünschenswert**

Für Kinder, die jünger als acht Jahre alt sind, fehlen bisher Studien zur Wirksamkeit von Depressionsbehandlungen. Für Kinder bis 12 Jahre ist die Evidenz unzureichend. Die BPtK stimmt den Wissenschaftler*innen zu, dass sich Psychotherapie bei jüngeren Kindern von der bei älteren Kindern und Jugendlichen unterscheidet, da die Beteiligung der Familie eine weitaus größere Rolle spielt und Therapieansätze eher spielerisch und in Interaktion mit einer Bezugsperson verfolgt werden. Studien bei jüngeren Kindern könnten daher helfen, gezielt Therapieempfehlungen für diese Altersgruppe abzuleiten.

- **Katamnesen notwendig**

Die Autor*innen weisen darauf hin, dass der Großteil der Studien meist nur einen Zeithorizont von wenigen Wochen betrachtet. Da Depressionen häufig wiederkehrend auftreten, wäre insbesondere bei dieser Erkrankung eine längerfristige Perspektive notwendig.

- **Kosteneffektivitätsstudien in Deutschland**

Die Wissenschaftler*innen kommen zu dem Schluss, dass die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analysen, die ausschließlich aus den USA und Großbritannien stammen, aufgrund der Unterschiede im Gesundheitssystem nicht auf den deutschen Versorgungskontext übertragen werden können. Zudem greifen die für Deutschland berechneten Interventionskosten zu kurz, da der Kosten-Nutzen-Aspekt fehlt und die kurz- und mittelfristigen indirekten Krankheitskosten nicht berücksichtigt worden sind. Es bedarf spezifisch auf die Behandlungsrealität in Deutschland bezogener Studien zur Kosteneffektivität unter Berücksichtigung aller direkten und indirekten Kosten.

- **Psychodynamische Therapie**

Entsprechend des HTA-Berichts ist die bisher vorhandene Studienlage nicht ausreichend, um einen Nutzen von psychodynamischer Psychotherapie gegenüber „inaktiven Kontrollen“ aufzuzeigen. Die Ergebnisse stammen nur aus einzelnen Studien aus Netzwerk-Metaanalysen und liegen nur zu den Endpunkten Suizidrisiko und Veränderung depressiver Symptome vor. Die Autor*innen kommen daher zu dem Schluss, dass weitere Forschung zu dieser Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen wünschenswert wäre.

3 Anregungen der BPtK zum Bericht

3.1 Heterogenität der Studien

Wie unter Punkt 2.2 bereits erwähnt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die fehlenden Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter möglicherweise auf die große Heterogenität der zugrunde liegenden Studien zurückgeführt werden können. Es ist möglich, dass sich unter Berücksichtigung, z. B. der Schwere der Depression oder der Therapielänge und -intensität, abweichende Ergebnisse zeigen würden. Die BPtK regt an, auf diese Einschränkung im Bericht bzw. der weiteren Aufbereitung und Bewertung der Ergebnisse des Berichts für Patient*innen und Bürger*innen deutlich hinzuweisen.

3.2 Limitationen durch die gewählte Methode des Umbrella Reviews darstellen

Die Autor*innen beschreiben im Abschnitt „8.3 Kritische Reflexion des Vorgehens“ die Limitationen des Berichts, die sich durch die Durchführung eines Umbrella Reviews, also der systematischen Suche nach systematischen Übersichtsarbeiten ergeben. Herausgestellt werden sollte aus Sicht der BPtK zusätzlich, dass dies insbesondere auch dazu führt, dass sehr aktuelle Studien nicht in die Ergebnisse des Berichts einfließen können. Durch

das gewählte Vorgehen konnten beispielsweise aktuelle Wirksamkeitsstudien zur psychodynamischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression, wie die Studie von Lindquist et. al. aus dem Jahr 2020[4], nicht für den HTA-Bericht herangezogen werden. Weiterhin führt die gewählte Methode dazu, dass Fragestellungen, die nicht bereits durch systematische Übersichtsarbeiten adressiert wurden, nicht durch den HTA-Bericht beantwortet werden können. Aus Sicht der BPtK sollte daher insbesondere in Bezug auf die psychodynamische Therapie, die in deutlich weniger systematischen Übersichtsarbeiten untersucht wurde, darauf hingewiesen werden, dass eine zusätzliche Suche nach relevanten Primärstudien weitere Evidenz zur Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen hätte liefern können. Das Fazit, dass die bisher vorhandene Studienlage nicht ausreichend ist, um einen Nutzen von psychodynamischer Psychotherapie gegenüber „inaktiven Kontrollen“ aufzuzeigen, müsste entsprechend präzisiert werden zu „durch die angewandte Methode des Umbrella Reviews konnten nicht ausreichend Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie gegenüber inaktiven Kontrollen identifiziert werden“.

3.3 Innovationsausschuss über Forschungsbedarf informieren

Die BPtK empfiehlt, den Innovationsausschuss über den im Bericht systematisch identifizierten Forschungsbedarf (siehe Punkt 2.3) zu informieren. Dieser könnte die offenen Fragen im Rahmen einer Schwerpunktsetzung für eine Förderbekanntmachung adressieren.

3.4 Ethische Fragestellungen

Die Autor*innen gehen in ihrem Bericht ausführlich auf verschiedene ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit Depressionen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung ein. Die BPtK möchte anregen, hierbei auch den prinzipienethischen Ansatz von T. Beauchamp und J. Childress[5] zu berücksichtigen. Auf diesen wird auch in § 3 Allgemeine Berufspflichten der Musterberufsordnung für Psychotherapeut*innen Bezug genommen.[6] Demnach sollen Psychotherapeut*innen bei der Berufsausübung die folgenden vier international anerkannten ethischen Prinzipien beachten: Respekt der Autonomie der Patient*in, Vermeidung von Schaden, Mehren von Nutzen und Anstreben von Gerechtigkeit.

3.5 Organisatorische Fragen

- **Reform der Psychotherapeutenausbildung berücksichtigen**

Die BPtK regt an, in dem Bericht die aktuellen Entwicklungen zur Ausbildung von Psychotherapeut*innen zu berücksichtigen (v. a. Kapitel A5.4 Organisatorische Aspekte sowie Kapitel 6.3.5 Zulassung/Berufsausübung). Im Herbst 2019 wurde das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz verabschiedet, das am 1. September 2020 in Kraft getreten ist.

Danach kann nach einem 5-jährigen Studium die Approbation als Psychotherapeut*in erworben werden.[7] Anschließend folgt eine Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in. Der Deutsche Psychotherapeutentag hat die Muster-Weiterbildungsordnung hierfür im April 2021 verabschiedet.[8]

- **Kostenerstattung nach § 13a SGB V**

Die Autor*innen weisen in Kapitel 6.4.1 Einfluss auf Voraussetzungen der Leistungserbringung darauf hin, dass „mittlerweile Personen, die innerhalb einer angemessenen Wartezeit (von bis zu 6 Wochen bei Kindern und Jugendlichen) keinen Therapieplatz bekommen, Fachpersonal ohne Kassenzulassung in Anspruch nehmen und die Behandlungskosten der Krankenkasse in Rechnung stellen [können]“. Die BPtK geht davon aus, dass sich die Autor*innen damit auf das sogenannte Kostenerstattungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie beziehen. Dieses fußt auf den Regelungen in § 13 Absatz 3 SGB V, wonach die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, die Kosten für eine notwendige und nicht aufschiebbare ambulante Psychotherapie als außervertragliche Behandlung zu erstatten, wenn die Sicherstellung der Behandlung im Rahmen der Vertragspraxen nicht gewährleistet werden konnte. In der Praxis werden viele Anträge auf Kostenerstattung jedoch von den Krankenkassen abgelehnt, auch wenn die Versicherte* nachweisen kann, dass die Psychotherapie notwendig und unaufschiebbar ist und dass die Versuche, eine Behandlung bei einer Vertragspsychotherapeut*in zu erhalten, fehlgeschlagen sind.[9] Es wird angeregt, dies im Bericht klarzustellen, damit nicht der Eindruck entsteht, dass Krankenkassen automatisch und in jedem Falle die Kosten für eine Behandlung bei einer Psychotherapeut*in ohne Kassenzulassung übernehmen, wenn sich eine Patient*in im Vorfeld nur lange genug bemüht hatte, eine Psychotherapie bei einer Vertragspsychotherapeut*in zu erhalten.

- **Psychotherapeutische Sprechstunde als erste Anlaufstelle**

In Kapitel 6.4.1 Einfluss auf Voraussetzungen der Leistungserbringung weisen die Autor*innen darauf hin, dass „erste Anlaufstelle bei Verdacht auf eine Depression […] Hausärztin oder Hausarzt, Kinderärztin oder -arzt, psychosoziale Beratungsstellen und Sozialpsychiatrische Dienste sein [können]“ (S. 73). Die BPtK regt an, bei den ersten Anlaufstellen auch die psychotherapeutische Sprechstunde bei Vertragspsychotherapeut*innen aufzunehmen. Seit April 2017 bieten Psychotherapeut*innen Sprechstunden an. Damit haben Patient*innen schneller als bisher die Möglichkeit, Termine für ein Erstgespräch zu erhalten, in denen kurzfristig abgeklärt werden kann, wie ihre psychischen Beschwerden einzuschätzen sind und ob ein Behandlungsbedarf besteht.[10] Für Betroffene erscheint insbesondere die Information wichtig, dass für die Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Sprechstunde keine vorherige Überweisung notwendig ist, sondern diese direkt

aufgesucht werden kann. Außerdem besteht auch ein Vermittlungsanspruch eines ersten Termins in einer psychotherapeutischen Sprechstunde direkt durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

3.6 Frage der Bürgerin

- **Ableitung der Fragestellung für den HTA-Bericht aus der Frage der Bürgerin**

Ausgangspunkt für den HTA-Bericht war laut Pressemitteilung des IQWiG vom 15.05.2021 die Frage einer Bürgerin, „ob das Abwarten und Beobachten bei ersten depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Therapie vorzuziehen sei“. [11] Im HTA-Bericht selbst wird auf Seite 33 der Hintergrund für den Themenvorschlag wie folgt angegeben: „Eine Bürgerin stellte die Frage, welchen Nutzen psychotherapeutische Verfahren bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen hätten. Insbesondere im Hinblick darauf, dass bei Kindern und Jugendlichen eine steigende Zahl von depressiven Episoden diagnostiziert wird, sowie angesichts der Schwierigkeit, diese von (prä-)pubertären Symptomen zu unterscheiden, interessierte die Bürgerin der Vergleich von Psychotherapie und keiner Therapie.“ Auf Seite 90 findet sich im Bericht folgende Formulierung der Fragestellung: „Aus den im Vorschlagszeitraum von August 2016 bis Juli 2017 beim ThemenCheck Medizin eingereichten Themenvorschlägen wurde vom IQWiG unter Beteiligung eines mit Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern besetzten Auswahlbeirats das Thema ‚Depressionen bei Kindern und Jugendlichen: Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?‘ für die Erstellung eines HTA-Berichtes mit der Projektnummer HT19-04 ausgewählt.“

Unklar für die Leser*in bleibt dabei, wie eine Auswahl dieser drei Fragestellungen, die jeweils unterschiedliche HTA-Fragestellungen erwarten lassen würden, vorgenommen wurde und wie die Ziele des HTA-Berichts daraus abgeleitet wurden. Es fehlen insbesondere Hinweise im Bericht, wieso der Frage der Bürgerin nach der Wirksamkeit von Antidepressiva gegenüber keiner Behandlung im Bericht nicht nachgegangen wurde.

- **Darstellung von Handlungsempfehlungen zur Frage der Bürgerin**

Die dem HTA-Bericht zugrunde liegende Frage einer Bürgerin, „ob das Abwarten und Beobachten bei ersten depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Therapie vorzuziehen sei“, kann anhand des HTA-Berichts aufgrund der unzureichenden Differenzierung entsprechend des Schweregrades der Depression in den zugrundeliegenden systematischen Übersichtsarbeiten nur unzureichend beantwortet und demnach aus dem Bericht auch keine Handlungsempfehlung

für das Vorgehen bei ersten depressiven Symptomen abgeleitet werden. Im Gegensatz zu S3-Leitlinien sind Handlungsempfehlungen zwar kein zwingender Bestandteil von HTA-Berichten. Da der Ausgangspunkt des vorliegenden Berichts jedoch eine konkrete Frage einer Bürgerin war, wäre es wünschenswert, wenn in dem Bericht bei der Darstellung der Kernaussagen und der Schlussfolgerungen sowie in der weiteren Aufbereitung der Ergebnisse des Berichts die Frage der Bürgerin durch das IQWiG beantwortet werden würde. Da die Ergebnisse des HTA-Berichts hierfür nicht ausreichen, regt die BPtK an, die Handlungsempfehlungen aus der S3-Leitlinie der AWMF zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, die aktuell überarbeitet wird[12], heranzuziehen. Die Leitlinie spricht zu der Frage, in welchen Fällen eine Beobachtung (vorerst) ausreicht, folgende Empfehlung aus:

> „Bei leichten depressiven Störungen ohne Komorbidität, ohne nennenswerte Risikofaktoren, familiäre Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignale für einen Rückfall kann zunächst aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen ausreichend sein. Auch bei Kindern und Jugendlichen, die diese aktiv abwartenden Maßnahmen ablehnen, sollte eine Nachkontrolle nach zwei Wochen vereinbart werden. Voraussetzung für dieses aktive Zuwarten ist eine vollständige, altersgerechte Alltagsbewältigung. In diesem Rahmen sollen Kindern und Jugendlichen mit leichten depressiven Störungen und ihren Angehörigen unabhängig von anderen Interventionen altersgerechte Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit empfohlen werden. Bei Fortbestehen der Symptomatik müssen weitere Interventionen geplant werden.“ (Empfehlung 1, S. 23)

Aus Sicht der BPtK wäre es in diesem Zusammenhang auch wünschenswert, im HTA-Bericht bzw. der weiteren Aufbereitung der Ergebnisse durch das IQWiG darzustellen, dass bei der Ableitung von Handlungsempfehlungen im Rahmen von S3-Leitlinien neben der vorhandenen empirischen Evidenz auch die klinische Expertise der Leitliniengruppe herangezogen wird, da die wissenschaftliche Befundlage nicht immer ausreicht, um jede klinische Fragstellung eindeutig beantworten zu können. Die Expertise der behandelnden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen spielt also weiterhin eine große Rolle bei der Entscheidung, welches Vorgehen im individuellen Fall empfehlenswert ist.

4 Literatur

[1] https://www.iqwig.de/sich-einbringen/themencheck-medizin-thema-vorschlagen/

[2] https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detail-seite_37248.html

[3] Die Systemische Therapie wird entsprechend der Autor*innen nicht in den HTA-Bericht einbezogen, da ein gesonderter IQWiG-Bericht vor der Beauftragung steht, der absehbar RCTs zu dieser Therapieform einschließen wird.

[4] Lindqvist K, Mechler J, Carlbring P, Lilliengren P, Falkenström F, Andersson G, Johansson R, Edbrooke-Childs J, Dahl HSJ, Lindert Bergsten K, Midgley N, Sandell R, Thorén A, Topooco N, Ulberg R, Philips B (2020). Affect-Focused Psychodynamic Internet-Based Therapy for Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2020 Mar 30;22(3):e18047.

[5] Beauchamp TL, Childress JF (2001). Principles of biomedical ethics, 4th edn. University Press, New York Oxford (1979).

[6] https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Muster-Berufsordnung_der_BPtK.pdf

[7] vgl. auch https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapeutenausbildung.html

[8] https://www.bptk.de/weiterbildung-verabschiedet-ein-historischer-moment-fuer-die-profession/

[9] https://www.aerzteblatt.de/archiv/202468/Kostenerstattung-ambulanter-Psychotherapie-in-Privatpraxen-Der-Anspruch-ist-unveraendert

[10] https://www.bptk.de/ab-1-april-neue-psychotherapeutische-sprechstunde/

[11] https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detail-seite_37248.html

[12] https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-043.html

A.1.2 – Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)

Autorinnen und Autoren

- Waldherr, Benedikt

BUNDESVERBAND DER
VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.

BVVP • [redacted]

IQWiG
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

22.06.2021

Stellungnahme des bvvp

zum vorläufigen HTA-Bericht (HTA-Nummer HT19-04) zur Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Sehr geehrte Damen und Herren,

den Autoren des vorläufigen HTA-Berichts (HTA-Nummer HT19-04) sei zunächst sehr herzlich für ihre wertvolle Untersuchung zu Effekten psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen gedankt. Mit beeindruckender Methodik und Systematik haben sie sich um eine Klärung der immer wieder kontrovers diskutierten Frage bemüht, welche passgenauen Behandlungen erkrankten Kindern und Jugendlichen angeboten werden sollen, und mit welchem Ressourceneinsatz diese verbunden sind.

Allerdings fallen in dem Bericht einige Ungenauigkeiten auf, die insbesondere wesentliche Charakteristika des hiesigen Systems der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung betreffen.

So wird auf die Psychotherapievereinbarung verwiesen:
„Entsprechend der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung [26]) dürfen diese Therapieformen folgende Berufsgruppen durchführen: ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit entsprechenden Qualifikationen."

Hier wird falsch zitiert, die Berufsgruppe der ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten gibt es in Deutschland nicht, dafür gibt es die Fachgruppe (nicht Berufsgruppe) der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

sowie die der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die, sofern sie eine entsprechende Qualifikation erworben haben, Kinder und Jugendliche im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung psychotherapeutisch behandeln dürfen. Dieser Irrtum ist einerseits insofern verzeihlich, als die Forschungsgruppe in Österreich beheimatet ist, wo bekanntermaßen ein sehr niederschwelliger Zugang zur Qualifikation als Psychotherapeutin und Psychotherapeut besteht. Hinter diesem scheinbar unbedeutenden Fehler verbirgt sich jedoch andererseits ein grundsätzlicher Fehler im methodischen Ansatz dieses Berichtes:

Es werden Effekte von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bewertet, ohne dass an irgendeiner Stelle in diesem Bericht eine fundierte Auseinandersetzung mit der Frage erfolgt, durch wen die Psychotherapie erbracht wurde.
Zwar werden Kosten aus der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Behandlung in Deutschland bei der Diskussion der ökonomischen Aspekte zugrunde gelegt, jedoch ist an keiner Stelle zu erkennen, in welchem Setting denn die Psychotherapie erbracht wurde.
In den systematischen Übersichten wurden internationale RCTs berücksichtigt, was aus wissenschaftlich-methodischer Perspektive als die gebotene Vorgehensweise erscheinen mag, was jedoch für die Beurteilung der Effektstärke von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland kaum geeignet ist.

Selbst bei den durch RCTs nachgewiesenen oder nicht nachgewiesenen Effekten medikamentöser Behandlung ist Vorsicht geboten. RCTs leben von systematischen Vereinfachungen der Variable Patientin/Patient, die zwingend notwendig sind, um hinreichend große Fallzahlen in den Untergruppen zu generieren. Ebenso werden Patienten mit Komorbiditäten in den Studien ausgeschlossen, diese sind jedoch in der Praxis der psychotherapeutischen Behandlung Alltag.
So würden erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte bei einem Jugendlichen aus stabiler und emotional Halt gebender Familienumgebung mit zuvor hervorragender psychosozialer Anpassung, jedoch massiver Häufung von depressiven Erkrankungen in der Familie bis hin zu vollendeten Suiziden, einen anderen Behandlungsweg wählen als bei einem Jugendlichen aus wenig sozial gefestigtem Lebensumfeld ohne entsprechende Erkrankungen in der Familienanamnese - auch dann, wenn die Schwere der Symptomatik in den standardisierten diagnostischen Verfahren vergleichbar wäre. Sie würden Ersterem deutlich offensiver eine medikamentöse Behandlung mit Fluoxetin und - bei akuter Suizidalität - auch eine Medikation bis hin zur Lithium-Augmentation anbieten.
Ein solch differenziertes Vorgehen lässt sich in RCTs nur schwer abbilden, weil mit einer Vielzahl an Variablen gearbeitet werden müsste, die zu entsprechend geringen Gruppengrößen führen und die statistische Aussagekraft so mindern würde, dass man sie fast zum Verschwinden brächte. Kurz gesagt: Je mehr Faktoren ausgeblendet werden können, umso hochwertiger sind die RCTs, umso leichter lassen sich statistische Effekte darstellen. Was im Umkehrschluss bedeutet, je mehr Voraussetzungen für eine erfolgreiche RCT-Studie gegeben sind, desto weniger Relevanz haben sie für die Bewertung der Behandlung erkrankter Kinder und Jugendlicher.
So hat Klaus Munkholm vom Nordischen Cochrane-Zentrum in Kopenhagen 2019 mit seiner Metaanalyse (Munkholm K, et al. BMJ Open 2019;9:e 024886) gezeigt, wie wenig belastbar

die bisherigen Studien sind, die eine vermeintliche Überlegenheit von Antidepressiva gegenüber Placebo gefunden haben.

Auch in Bezug auf die Datenerhebung bleiben aus unserer Sicht manche Fragen offen. Einige Fragen der verwendeten Diagnostikverfahren wie z. B. BDI II oder HAMD dürften bei jüngeren Kindern sicherlich für Verwunderung sorgen. Wenn Zhou 2020 [47] 71 RZTs in einem Altersbereich von 3 (sic!) - 20 Jahren zusammenfasst und entsprechende Diagnostikinstrumente angegeben werden, dann mögen bei aller methodischen Sorgfalt Zweifel an der Praxisrelevanz der daraus gewonnenen Erkenntnisse erlaubt sein.
Aus der Psychotherapieforschung ist hinreichend bekannt, dass die Beziehung zwischen Psychotherapeutin oder Psychotherapeut einerseits und Patientin oder Patient andererseits einen wesentlichen Wirkfaktor darstellt. Eine wesentliche Variable für den Effekt der Psychotherapie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist auch deren Qualifikation. In keinem anderen Land der Welt ist die Psychotherapie im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich so gut qualitätsgesichert wie in Deutschland. Das beginnt mit einem spezifischen Hochschulstudium, einer umfassenden psychotherapeutischen Weiterbildung mit Verleihung einer Approbation als Voraussetzung für die Ausübung psychotherapeutischer Heilkunde, führt weiter über die Pflichtmitgliedschaft in einer Kammer für Heilberufe mit umfänglichen berufsrechtlichen Verpflichtungen sowie über ein qualitätsgesichertes Zulassungsverfahren zur vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Es setzt sich fort über das Gutachterverfahren bis hin zu einer fortlaufenden Überwachung durch die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen, ergänzt durch eine zwingende Fortbildungsverpflichtung. Dabei ist im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine gesonderte Qualifikation für diesen Altersbereich nachzuweisen.

Leider ist aus dem Bericht nicht zu erkennen, in welchem Behandlungssetting die Daten generiert wurden. Selbst in Deutschland ist es im Rahmen klinischer Studien an Universitäten durchaus üblich, bestimmte psychotherapeutische Techniken wie zum Beispiel HRT bei Tic-Störungen im Rahmen von RCT-Studien durch nicht approbierte wissenschaftliche Mitarbeiter erbringen zu lassen. Bei Studien, die im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Behandlungssektor durchgeführt würden, wäre ein solch unzureichender Qualitätsstandard nicht denkbar.

Es muss somit bedacht werden, dass Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung durchgeführt wird, also mit völlig anderen Qualifikationsvoraussetzungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als in Österreich, - auf Basis von 5 diagnostischen psychotherapeutischen Sprechstunden und nach bis zu 6 probatorischen Sitzungen – ein weltweit einmaliger Standard. Das Forschungsgutachten von Strauß im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von 2009 hat die Voraussetzungen für psychotherapeutisches Wirken international sehr plastisch dargestellt. Es verdeutlicht die Notwendigkeit, dass Empfehlungen für ein Land immer nur basierend auf Daten ausgesprochen werden dürfen, die auf der Grundlage des dortigen spezifischen Versorgungsangebotes erhoben wurden.

Beim Medikament Fluoxetin wird es in der chemischen Struktur und in der Art des Einsatzes keine Unterschiede geben, die abhängig davon wären, ob es in Deutschland oder in anderen europäischen Ländern, selbst in China, verordnet wird. Psychotherapie in China, USA, Großbritannien oder Österreich entspricht jedoch nicht der Psychotherapie in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland.

Dennoch sind wir sehr dankbar über diesen Bericht, weil er uns die Möglichkeit gibt, noch einmal unsere Forderung nach Forschung im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich zu unterstreichen. Im Gegensatz zu manchen Ländern selbst in Europa (zum Beispiel Österreich), verfügen sämtliche approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland, einschließlich der Ärzte, über eine akademische wissenschaftliche Qualifikation, die sie dazu befähigt, auf wissenschaftlichem Niveau an der Konzeption und Durchführung entsprechender Studien mitzuwirken.

Dazu benötigen wir jedoch Forschungsprojekte, die nicht an den Hauptakteuren vorbei konzeptionalisiert werden. Es ist zu fordern, dass die für die Praxis relevanten Fragestellungen im Zusammenwirken mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten formuliert werden. Diese müssen in die Projektplanung eng einbezogen werden, damit die Durchführung der Studien praktikabel ist. Es steht eine fünfstellige Anzahl an psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeutinnen in Deutschland bereit, sich an solchen sinnvollen und für die Praxis relevanten Forschungsprojekten zu beteiligen. Wir sind sehr zuversichtlich, dass allein schon wegen der Möglichkeit der Generierung weitaus größerer Fallzahlen auf diesem Weg für die Praxis bedeutsamere Antworten auf klinisch relevante Fragestellungen gefunden werden können als die Feststellung, dass Effekte nicht oder nur geringfügig nachzuweisen sind.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Benedikt Waldherr
Vorsitzender des Bundesvorstandes

A.1.3 – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)

Autorinnen und Autoren

- Freitag, Christine
- Kölch, Michael

Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht

Berichtnr: HT19-04

Titel: Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ auf der Internetseite des ThemenCheck Medizin veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Prof. Christine M. Freitag
Prof. Michael Kölch

Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)

☒ **im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)**

☐ **als Privatperson(en)**

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum vorläufigen HTA-Bericht haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.
Sh. Anlage

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.*
z. B. 3.4 (S.16)	Anmerkung: Vorgeschlagene Änderung:
	Anmerkung: Vorgeschlagene Änderung:

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Geschäftsstelle • [redacted]

IQWiG

Per Mail: berichte@iqwig.de

Berlin, 22.06.2021

Stellungnahme der DGKJP e.V. zum HTA-Bericht „Depressionen bei Kindern und Jugendlichen“:
Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?
HT19-04; Version 1.0, Stand 8.4.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) nimmt im Folgenden Stellung zu dem o.g. HTA-Bericht.

Zunächst ist aus Sicht der DGKJP, die auch Mitglied bei der AWMF ist und in diesem Zusammenhang federführend für die Erstellung und Aktualisierung der S3-Leitlinien „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ zuständig ist, etwas verwunderlich, dass es parallele und durch das IQWiG finanzierte Bemühungen gibt, einzelne Teilaspekte, die wesentlich den Inhalt der o.g. S3-Leitlinie betreffen, anhand eines HTA-Berichts aufzuarbeiten. Es wäre aus DGKJP-Sicht wünschenswert und insgesamt Ressourcen-schonender, hier die finanziellen Kräfte zu bündeln und gemeinsam Berichte zu erarbeiten, zumal die AWMF-S3-Leitlinien überwiegend nicht finanziert und deshalb in praktisch ehrenamtlicher Tätigkeit erstellt werden. Wir würden uns als DGKJP-Fachgesellschaft freuen, mit dem IQWiG diesbezüglich in einen Dialog einzutreten, um hier einen gemeinsamen Weg für die Evidenz-Aufarbeitung von Fragestellungen zu Themen aus dem Bereich „psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter“ zu finden.

Konkret zu den Aussagen des HTA-Berichts: Aus wissenschaftlicher, klinischer und Versorgungssicht ist einerseits die Fragestellung relativ unkonkret und hinsichtlich der im Rahmen in Deutschland gegebenen Versorgungssituation nicht unmittelbar

Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Präsident
Prof. Dr. med. Michael Kölch
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister
Prof. Dr. med. Marcel Romanos
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident
Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters
Otto von Guericke Universität Magdeburg

Schriftführerin
Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Frankfurt

Beisitzerin
Prof. Dr. med. Renate Schepker
Regionaldirektorin
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Beisitzerin
Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad
Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes Klinische Neuropsychologie des Kindes- u. Jugendalters
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Aachen

Beisitzer
Prof. Dr. med. Tobias Renner
Direktor der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum Tübingen

Ehrenpräsidenten
Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Mannheim

Kooptierte Mitglieder
Dr. med. Martin Jung
Vorsitzender der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des BKJPP

[redacted]
Internet: http://www.dgkjp.de

umsetzbar, zum anderen finden sich teilweise tendenziöse oder sogar falsche Aussagen in dem Bericht.

Zur Fragestellung: Sowohl die Bezeichnung „Depressionen“ als auch „bessere Ergebnisse“ ist sehr vage formuliert. Die Autor*innen des HTA-Berichts beziehen sich in ihrer Definition auf die aktuelle ICD-10-Definition (F32 und F33), schließen allerdings zahlreiche Studien, die basierend auf DSM-IV(TR) oder DSM-5 durchgeführt wurden, ein. Der Vorteil der ICD-10, nämlich die Möglichkeit, einen unterschiedlichen Schweregrad zu definieren, beachten die Autor*innen in ihrer narrativen Zusammenstellung von systematischen Übersichtsartikeln von randomisiert-kontrollierten Studien nicht. Dabei wäre dies durch eine entsprechende Aggregration von Primärstudien, die Daten zum Schweregrad der depressiven Symptomatik publiziert haben, problemlos möglich gewesen. Gerade die Frage, was bei einer leichten im Vergleich zur mittelgradigen oder schweren depressiven Episode eine wirksame Therapie darstellen könnte, ist eine wesentliche klinische Fragestellung. Auch die Behandlung von ersten Episoden und rezidivierenden Episoden ist nicht getrennt dargestellt, da sie als Fragestellung nicht einmal aufgegriffen wurde.

Weitere klinisch-relevante Fragestellungen sind zum einen die getrennte Darstellung der Ergebnisse für Kinder sowie für Jugendliche, da Neurobiologie und Risikofaktoren sich deutlich zwischen diesen Altersgruppen unterscheiden. Zudem besteht auch keine Kontinuität zwischen der Diagnose einer depressiven Episode im Kindesalter im Blick auf das Jugend- und Erwachsenenalter, während depressive Episoden im Jugendalter das Risiko für weitere depressive Episoden im Erwachsenenalter deutlich erhöhen. Leider ist diese getrennte Darstellung im HTA-Bericht nicht erfolgt. Auch der Ausschluss von komorbiden Erkrankungen ist ein wesentliches Problem des HTA-Berichts. Im Kindes- und Jugendalter bestehen depressive Episoden in der Regel als komorbide Erkrankungen, insbesondere bei primären Angst- oder Zwangsstörungen, aber auch bei Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, mit und ohne soziale Bindungen oder auch der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Die Aussagen der Autorinnen und Autoren, dass „Depressionen“ im Kindes- und Jugendalter schwer zu diagnostizieren sind, ist nicht richtig; diese Aussage kann nur auf mangelnder Kenntnis der typischen Komorbiditätsmuster sowie einer unklaren Zuordnung der Symptome der komorbiden Erkrankungen (wie z.B. aggressives Verhalten) beruhen. Auch ist die Diagnose einer depressiven Episode keine „Ausschlussdiagnose“ wie im HTA-Bericht beschrieben. Sie kann durchaus auch zusätzlich zu somatischen Erkrankungen vorkommen.

Grundsätzlich sind die gewählten Zielgrößen des HTA-Berichts umfassend und zu begrüßen. Allerdings besteht ein wesentliches Problem hinsichtlich der Darstellung der „Ergebnisse“ sowie der „unerwünschten Wirkungen“ der Interventionen: die unklare Definition von „Suizidalität“. Es müssen hierbei dringend unterschieden werden: Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken, tatsächliche Suizidversuche sowie vollendete Suizide. Nur dann kann etwas über die konkreten unerwünschten Wirkungen der Intervention ausgesagt werden. Zudem gibt es keine „Suizidalität“ bei 4-Jahre alten Kindern, wie an einer Stelle im HTA-Bericht ausgeführt. Kinder haben erst ab dem Alter von ca. 8 Jahren eine Vorstellung des eigenen Todes. Auch die Differenzierung in Zielgrößen, die aufgrund Selbsturteil (Kinder / Jugendliche selbst) oder Fremdurteil (Eltern; Ärzte, Psychotherapeuten) erhoben wurden, wurde leider nicht vorgenommen, obwohl hier möglicherweise unterschiedliche Ergebnisse zu erwarten wären.

Hinsichtlich der Aussagen zum Versorgungssystem sind leider ebenfalls Fehler enthalten. Es ist nicht Aufgabe von Pädagog*innen, eine Depression zu diagnostizieren (es würde auch kein Pädagoge eine Krebserkrankung diagnostizieren). In Deutschland sind zwei approbierte Fachgruppen ausgebildet, eine depressive Episode im Kindes- und Jugendalter zu diagnostizieren: (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeu*tinnen. Erstere bieten sämtliche Therapieformen für psychische Störungen an, also nicht nur medikamentöse Therapie, sondern auch Psychoedukation, unterschiedliche Psychotherapieverfahren, Verhaltensaktivierung etc.; sie sind auch nicht an eine einzige Psychotherapierichtung gebunden, sondern setzen Evidenz-basierte, störungs-spezifische Psychotherapie ein., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen hingegen bieten Psychoedukation und eine spezielle Psychotherapieform an, auf die sie sich in ihrer Ausbildung spezialisiert haben. Beide Fachgruppen sollten mit ihren entsprechenden Kompetenzen und ihrer Rolle im deutschen Gesundheitssystem entsprechend dargestellt und auch zur inhaltlichen Beratung hinsichtlich des HTA-Berichts hinzugezogen werden. Die Bezeichnung „Gesundheitsfachkräfte“ sollte entsprechen aus dem HTA-Bericht entfernt werden. Der Abschnitt 6.3.5 zu Zulassung/ Berufsausübung ist grundlegend neu zu formulieren hinsichtlich der beiden o.g. Berufsgruppen und ihrer speziellen Kompetenzen. Auch die weiteren Abschnitte unter 6.4 ff

sind kritisch hinsichtlich der konkreten Versorgung in Deutschland zu überarbeiten.

Hinsichtlich der Ausführungen zur Ethik wird deutlich, dass durch die Autor*innen implizit Psychotherapie als das „ethisch bessere“ Verfahren gegenüber medikamentöser Therapie dargestellt wird, ohne dass diesbezüglich eine qualitativ den Standards des HTA-Berichts entsprechende breite Studienlage dargestellt wird. So finden sich globale Aussagen, dass Psychotherapie „gewünscht“ wird, dass sie ethisch „unbedenklicher“ sei als medikamentöse Therapie etc. Auch wird ausgeführt, dass Psychotherapie per se die Autonomie der Patient*innen fördere und medikamentöse Therapie per se schädlich für die Autonomieentwicklung sei. Dabei wird keine systematische Aufarbeitung möglicher unerwünschter Wirkungen von Psychotherapie durchgeführt, die bei der Darstellung von pharmakotherapeutischen Studien selbstverständlich ist. Zusammenfassend treffen die Aussagen in etwa das Niveau von Aussagen zur Homöopathie hinsichtlich der Wirksamkeit bei Krebserkrankungen. Nur weil Patient*innen Homöopathie wünschen, bedeutet das nicht, dass sie wirksam ist und eingesetzt werden sollte oder dass keine unerwünschten Wirkungen damit verbunden sein können. Auch das Argument, dass off-label-use im Kindes und Jugendalter ein ethisches Problem sei, ist an sich keine hinreichend ausformulierte Aussage. Was ist konkret damit gemeint? Off-label-use ist die Regel bei fast allen medikamentösen Therapien im Kindes- und Jugendalter, sowohl in der Somatik als auch in der Psychiatrie. Es ist hingegen unethisch, Kindern und Jugendlichen wirksame medikamentöse Therapie vorzuenthalten, weil diese wirksamen Medikamente (wie z.B. Sertralin, Escitalopram) nur „off-label“ verschrieben werden können. Die Autoren müssten also ihre Aussage substantiieren, was genau das ethische Problem beim off-label-use ist. Auch verkennt der HTA-Bericht, dass der off-label-use eine besonders intensive Aufklärung der betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst erfordert, der hier nur für die Psychotherapie beschrieben wird.

Wir schlagen deshalb zusammenfassend vor, dass die Bereich 4.3 (Ethik) und 4.4 (Recht) grundlegend überarbeitet oder sogar teilweise aus dem HTA-Bericht entfernt werden, da hier zahlreiche unbelegte und sogar falsche Aussagen getroffen werden.

Des Weiteren ist die klinische Aussagekraft des HTA-Berichts auch dadurch begrenzt, dass kein Vergleich zwischen unterschiedlichen Psychotherapieformen vorgenommen wurde, obwohl dies wesentlich für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist. Auch der Ausschluss der systemischen Therapie ist nicht

nachvollziehbar. Nicht-wirksame Psychotherapien haben ein beträchtliches Risiko, Patientinnen und Patienten zu schaden, da ein mangelnder Therapieerfolg das Selbstwirksamkeitserleben der Patient*innen deutlich herabsetzt.

Hinsichtlich der Schlussfolgerung sollte zudem deutlich benannt werden, dass basierend auf den eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (allerdings eben keiner neuen meta-analytischen Aggregation von Primärstudien sowie keiner Analyse des Einflusses des Schweregrads der Erkrankungen) derzeit ausgeschlossen werden kann, dass Psychotherapie wirksamer als medikamentöse Therapie im Kindes- und Jugendalter hinsichtlich der Behandlung depressiver Episoden ist. Hinsichtlich der Kosteneffizienz wird deutlich, dass medikamentöse Therapie derzeit die kosten-effizienteste Therapieform darstellt. Dies bedeutet, dass noch klarer durch entsprechende konkrete Fragestellungen und gezielte meta-analytische Aggregation und Analyse von Primärdaten herausgearbeitet werden muss, hinsichtlich welcher klinischen Konstellation und spezieller Zielgrößen welches Psychotherapieverfahren wirksam hinsichtlich der Behandlung von depressiven Episoden im Kindes- und Jugendalter eingesetzt werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Für den DGKJP-Vorstand:

Prof. Michael Kölch
Präsident

Prof. Christine M. Freitag
Vorstandsmitglied

A.1.4 – Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPtV)

Autorinnen und Autoren

- Maaß, Enno

Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht

Berichtnr: HT19-04

Titel: Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ auf der Internetseite des ThemenCheck Medizin veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Dipl.-Psych. Dr. Enno Maaß

Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)

☒ **im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)**

☐ **als Privatperson(en)**

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Bundesvorstand

[redacted]

www.dptv.de

Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht des IQWiG „Depressionen bei Kindern und Jugendlichen – Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?“ (HTA-Nummer: HT19-04)

Berlin, den 22.06.2021

Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung verfolgt mit Interesse die Arbeit des IQWiG zu der Beantwortung der Bürgerfragen im Themencheck Medizin. Der Ausgangspunkt für den aktuellen HTA-Bericht HT19-04 war eine von einer Bürgerin gestellte Frage „ob das Abwarten und Beobachten bei ersten depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Therapie vorzuziehen sei?“.

Wir hätten es ausdrücklich begrüßt, wenn sich der HTA-Bericht auch tatsächlich direkt mit dieser Fragestellung auseinandergesetzt hätte. Es kann wichtige Antworten darauf liefern, wann eine professionelle Behandlung indiziert sein kann. Im Verlauf des Berichtes wurde stattdessen der Frage nachgegangen, welchen Nutzen eine psychotherapeutische Behandlung im Vergleich zu anderen Therapien (in der Regel dann Psychopharmakotherapie) bei depressiven Erkrankungen im Kindesalter aufweist. Damit reicht die Fragestellung des HTA-Berichtes in den Geltungsbereich von Behandlungsleitlinien, speziell der (derzeit in Überarbeitung befindlichen) S3-Leitlinie der AMWF zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Hier spielen Nebenwirkungsprofile und nachhaltige Behandlungseffekte eine wesentlich größere Rolle, ebenso wie der Einbezug von Einschätzungen klinischer Expert*innen bei (noch) unzureichender Evidenzlage. Die S3-Leitlinie der AMWF bedient sich dabei einer weitaus differenzierteren Betrachtung der Schweregrade der depressiven Erkrankungen, um überhaupt differenzierte Behandlungsempfehlungen ableiten zu können. Letztlich müssen in der klinischen Praxis multifaktoriell bedingte Indikationsentscheidungen durch approbierte Behandler*innen getroffen werden, die die verschiedenen Evidenzlagen berücksichtigen. Dies sollte im vorliegenden Bericht stärker betont und eine Anlehnung an die S3-Leitlinie vorgenommen werden.

Der vorliegende HTA-Bericht entzieht sich bisher dieser notwendig differenzierten Betrachtung durch das gewählte methodische Vorgehen, vernachlässigt bei Kosten-Nutzen-Analysen die spezifischen Nebenwirkungsprofile der Therapiemethoden und stellt in der Folge zu pauschale Vergleiche auf.

Wirksamkeit der Behandlungsansätze im Vergleich

Bei der Wirksamkeitsbetrachtung und dem Vergleich der Behandlungsmethoden wird methodisch ausschließlich auf systematische Übersichtsarbeiten zurückgegriffen. Diese Übersichtsarbeiten differenzieren in der Regel nicht nach Schweregraden der depressiven Störungen und lassen bei einer anzunehmenden Heterogenität der einbezogenen Studien, keine notwendig genauen Ableitungen zur Wirksamkeit der Behandlungsmethoden im Vergleich zu. Ob eine Psychotherapie beispielsweise bei mittelgradigen Depressionen und langen psychotherapeutischen Behandlungsdauern besser als pharmakologische Ansätze wirkt, kann so nicht beantwortet werden, ebenso wenig wird herausgearbeitet, welche spezifischen Nebenwirkungen einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung (vielleicht zwingend) in Kosten-Nutzen-Analysen einbezogen

werden müssten. Dies sollte unbedingt im Bericht herausgearbeitet werden, um die begrenzte Aussagekraft und die Wichtigkeit klinischer Indikationsentscheidungen hervorzuheben.

Es gibt durchaus Anzeichen, dass die Gabe von Antidepressiva, das Suizidrisiko erhöhen kann. So finden sich im „Beipackzettel" antidepressiver Medikamente Warnhinweise zu verstärkten Suizidgedanken bei erster Einnahme. Diese Nebenwirkungsereignisse stammen in der Regel aus den relevanten Zulassungsstudien der Medikamente. Des Weiteren finden sich ernstzunehmende Argumente, dass die Einnahme von Antidepressiva ein Abhängigkeitspotential aufweisen können (Vorderholzer, 2018). Dies sollte, falls nicht bereits geschehen, ebenso deutliche Erwähnung im Bericht finden. Zur Information haben wir zu diesem Themenbereich weitere wissenschaftliche Artikel angehängt (z.B. Le Noury et al., 2016)

Insbesondere bei der Wirksamkeitsbewertung psychodynamischer Behandlungsansätze sollte hervorgehoben werden, dass durch die gewählte Methode der Sichtung von systematischen Übersichtsarbeiten sehr aktuelle und damit wichtige Forschungsarbeiten nicht gleichermaßen berücksichtigt werden, wie z.B. Lindquist et al. aus dem Jahr 2020. Aufgrund der Wichtigkeit der psychodynamischen Behandlungsansätze in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, sollten an diesem Punkt zusätzlich die verfügbaren Primärstudien ausgewertet werden, und ergänzend zu der mangelnden Forschungslage (hierzu) in systematischen Übersichtsarbeiten dargestellt werden.

Kosten-Nutzen-Analysen

Insgesamt möchten wir im Rahmen der Darstellung von Kosten-Nutzen-Analysen anregen, dass in dem Bericht stärker herausgearbeitet wird, an welchen Stellen gesundheitliche Interessen vor ökonomischen Interessen Vorrang haben. In Anbetracht der unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile und der zum Teil intensiven möglichen Nebenwirkungen von antidepressiver Medikation (vgl. erhöhtes Risiko für Suizidgedanken / Abhängigkeitspotential) scheint dies gerade im Kinder- und Jugendbereich geboten. Zumindest wenn die Art des methodischen Vorgehens keine differenzierteren Aussagen, z.B. nach Schweregrad der depressiven Störung, ermöglicht. Des Weiteren möchten wir anregen darzustellen, dass aufgrund der erwartbar langfristigen Effekte psychotherapeutischer Interventionen ein kurzer Beobachtungszeitraum die Kostenabwägung zwischen medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung erschwert; dieser Aspekt ist wichtig, da gerade depressive Störungen häufig rezidivierend über die Lebensspanne auftreten können.

'Computerbasierte Therapieverfahren'

In der Zusammenfassung des Berichtes wird im letzten Absatz folgende Aussage getroffen: „Um Versorgungslücken beispielsweise im ländlichen Raum zu schließen, könnte neben dem Ausbau von psychotherapeutischem Angebot auch der verstärkte Einsatz von computerbasierten Therapieverfahren Abhilfe schaffen."

Diese Aussage ist weder statthaft, noch wissenschaftlich belegt. Erstens bleibt völlig unklar, was die Autor*innen mit „computerbasierten Therapieverfahren“ meinen, zweitens wird nicht ausgeführt, welche „Versorgungslücken“ genau gemeint sind, denen abgeholfen werden soll. Bei computerbasierten Therapieverfahren würde der kundige Leser vielleicht an VR-Brillen-basierte Expositionsübungen denken, die allerdings nicht zur Behandlung von Depressionen eingesetzt werden. Wenn die Autoren digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) meinen, handelt es sich um Hilfsmittel bzw. Medizinprodukte, die keine Therapieverfahren darstellen; außerdem beziehen sich die bisher für die Anwendung bei Depressionen zugelassenen DiGA explizit auf Personen die älter als 18 Jahre sind. Beides würde keine psychotherapeutischen Versorgungslücken schließen, weil ersteres keine Zeitersparnis erbringt und letzteres keine psychotherapeutische Behandlung darstellt. Wir möchten dringend abraten, solche „Scheinlösungen“ ohne kundige und differenzierte Darstellung anzubringen; dies widerspricht jeglichem wissenschaftlichen Anspruch. Vielmehr würden solche Fragestellungen eigene HTA-Berichte rechtfertigen.

Künftiger Forschungsbedarf

Wir begrüßen ausdrücklich die Ableitung der Autor*innen, dass weitere Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsansätze, insbesondere bei Kindern unter 12 Jahren notwendig und wünschenswert sind. Aus anderen Kontexten wissen wir, dass frühzeitige Behandlungen chronische Verläufe und damit indirekte und direkte Krankheitskosten sowie individuelles Leid verhindern können. Die Etablierung von dabei einzusetzenden, einheitlichen Outcome-Indikatoren zur Bewertung von Therapierfolgen/ -misserfolgen sehen wir ebenfalls als zentral für die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Behandlungsmethoden.

Die Forderung nach spezifischen Studien zur Kosten-Nutzen-Abwägung (inklusive differenzierter Nebenwirkungsanalysen) unter Berücksichtigung von Langzeitverläufen unterstützen wir vollumfänglich. Insbesondere im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie sollten aufgrund der Versorgungsrelevanz im Kindes- und Jugendalter mehr Studien zu unterschiedlichen Aspekten durchgeführt werden. Hier regen wir auch an, den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über diesen wichtigen, spezifischen Forschungsbedarf zu informieren und als ein Schwerpunktthema zu etablieren.

Rechtliche und organisatorische Aspekte

Wir möchten darauf hinweisen, dass 2019 das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz verabschiedet wurde. Dieses führte zu einer Neustrukturierung der Aus- und Weiterbildung. Künftig führt ein 5-jähriges Approbationsstudium zur Approbationserteilung und durch eine 5-jährige Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in kann dann die Fachkunde erlangt werden. Dies ist in dem vorliegenden Bericht nicht aufgenommen und sollte ergänzt werden. Ebenso möchten wir dringend anmerken, dass in Kapitel 6.4.1 Einfluss auf Voraussetzungen der Leistungserbringung nicht nur als „erste Anlaufstelle bei Verdacht auf eine Depression […] Hausärztin oder Hausarzt, Kinderärztin oder -arzt,

psychosoziale Beratungsstellen und Sozialpsychiatrische Dienste sein [können]“ (S. 73), sondern selbstverständlich auch psychotherapeutische und fachärztliche Praxen. Seit 2017 erbringen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Psychologische Psychotherapeut*innen flächendeckend psychotherapeutische Sprechstunden, die eine erste niedrigschwellige orientierende Diagnostik und koordinierte Weiterleitung ins medizinische System ermöglichen. Diese Leistungen können und sollen explizit als Erstkontakt genutzt werden, können ohne Überweisung in Anspruch genommen werden und werden ohne weitere Voraussetzungen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur diagnostischen Einschätzung vermittelt. Dies sollte dringend an dieser Stelle im Bericht ergänzt werden.

[redacted]

Dr. Enno E. Maaß
stellv. Bundesvorsitzender der DPtV

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Literaturverzeichnis

Le Noury J, Nardo JM, Healy D, Jureidini J, Raven M, Tufanaru C, Abi-Jaoude E. (2016) Safety and efficacy of paroxetine and imipramine in extended treatment of adolescent major depression. International Journal of Risk & Safety in Medicine 28 2016: 143–161

Lindqvist K, Mechler J, Carlbring P, Lilliengren P, Falkenström F, Andersson G, Johansson R, Edbrooke-Childs J, Dahl HSJ, Lindert Bergsten K, Midgley N, Sandell R, Thorén A, Topooco N, Ulberg R, Philips B. (2020) Affect-Focused Psychodynamic Internet-Based Therapy for Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2020 Mar 30;22(3): e18047

Voderholzer U. (2018) Machen Antidepressiva abhängig? – Pro. Psychiatrische Praxis 2018 45: 344-345

A.1.5 – Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP)

Autorinnen und Autoren

- Meisel, Bettina
- Moors, Bernhard
- Müller, Anette

Stellungnahme der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e.V. (VAKJP)

zum vorläufigen HTA-Berichts 19-04 des IQWiG vom 20.05.2021

1. Vor der inhaltlichen Stellungnahme merken wir kritisch an, dass der Entwurf des HTA-Berichts 19-04 vom 20.05.2021 nicht ausreichend unter den Fachverbänden bekannt war. So hat die VAKJP erst Mitte Juni zufällig von diesem Bericht erfahren. Die VAKJP ist der größte Fach- und Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen und damit erste Ansprechpartnerin in Fragen der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Auch andere große Verbände hatten Mitte Juni noch keine Kenntnis von dem vorläufigen HTA-Bericht.
   Gerade für dieses gesundheitspolitisch äußerst relevante Thema wäre es sinnvoll und förderlich gewesen, alle Verbände, die sich mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Depression befassen, aktiv anzuschreiben, damit sie sich in der Anhörung äußern können.

2. Die ursprüngliche Fragestellung wird nur bedingt beantwortet
   „Eine Bürgerin stellte die Frage, welchen Nutzen psychotherapeutische Verfahren bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen hätten. Insbesondere im Hinblick auf die steigende Zahl von Diagnosen einer depressiven Episode bei Kindern und Jugendlichen sowie auf die Schwierigkeit, diese von (prä-)pubertären Symptomen zu unterscheiden, interessierte die Bürgerin der Vergleich von Psychotherapie und keiner Therapie.“ (s. S. 33 des vorläufigen HTA-Berichts vom 20.05.2021) Die Anfrage der Bürgerin wurde in 4 Untersuchungsziele (Vgl. S. 5 des vorläufigen Berichts) übersetzt.

   In „Domänenübergreifendes Fazit“ (s. 9 ff) erfährt man
   zu a) Nutzenbewertung einer Psychotherapie: „Im Vergleich zu einer Behandlung mit Antidepressiva waren alle Formen der Psychotherapie ähnlich wirksam.“
   Gleichzeitig wird geschlussfolgert, was „psychodynamische Psychotherapie betrifft, lässt sich aus der vorhandenen Evidenz kein Anhaltspunkt für einen Nutzen gegenüber keiner aktiven Behandlung ableiten.“
   Uns liegen andere Ergebnisse vor, die in dem vorläufigen Bericht nicht berücksichtigt bzw. angemessen gewürdigt wurden. (s. Pkt. 3)

   zu b) Interventionskosten und c) Bewertung der Kosteneffektivität der Psychotherapie im Vergleich zu anderen oder keiner Intervention: „Die Berechnung von Interventionskosten für den deutschen Versorgungskontext ergab, dass Psychotherapie mehr direkte Kosten verursacht als Behandlungsalternativen.“ (S. 9)
   Dieses Ergebnis bezieht sich lediglich auf die akute Behandlungssituation und nicht auf die langfristigen Auswirkungen.

   Zu d) Insgesamt wird bzgl. der „Auswirkungen der Psychotherapie auf die Mortalität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und unerwünschte Ereignisse“ eine unzureichende Forschungslage konstatiert, „weshalb eine Nutzen-Schaden-Abwägung für oder gegen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression kaum möglich ist“ (S. 9).

Positiv bewerten wir die folgende Einschätzung im Bericht: „Unter Berücksichtigung der limitierten Evidenz ist es umso wichtiger, die betroffenen Kinder und Jugendlichen in die Therapieauswahl mit einzubeziehen. Da unbehandelte depressive Erkrankungen langfristig beträchtliche Folgen für die Betroffenen, ihr Umfeld und die Gesellschaft nach sich ziehen können, sollte auch eine länger andauernde leichte depressive Symptomatik durch das Fachpersonal abgeklärt werden. Dieses ist ausreichend qualifiziert, um eine Depression korrekt als solche zu diagnostizieren." (S. 10)

An dieser Stelle fehlt allerdings ein klares Votum für eine Behandlung einer diagnostizierten Depression!
Denn auch, wenn die Forschungslage über die Langzeitwirkungen von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression nicht aussagekräftig genug ist, so sagt das in erster Linie etwas aus über die notwendige Forschung. Dass eine rechtzeitige psychotherapeutische Behandlung im Kindes- und Jugendalter sich günstig auf die Entwicklung – und damit auch günstig auf die Gesundheitskosten im Erwachsenenalter – auswirkt, kann (bis zum Beweis des Gegenteils) als gegeben angenommen werden.
Auf die Problematik der Medikation im Kindes- und Jugendalter (Off-Label-Use, Nebenwirkungen, mangelnde Compliance) wird im Bericht hingewiesen.

3. Obgleich die HTA-Untersuchung und die Nutzenbewertung auf der Basis systematischer Übersichten und ggf. auf der fokussierten Suche nach RCTs vorgenommen wurde, *fehlen relevante Studien zu den psychodynamischen Verfahren für Kinder und Jugendliche*.[1]

   Für die Psychodynamischen Verfahren wurde konstatiert, es lägen keine Daten vor für:
   a) PD vs. Inaktive Kontrolle[2]
   b) PD vs. Antidepressiva
   c) PD + Antidepressiva vs. Antidepressiva

   Wir möchten darauf hinweisen, dass die *Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie bei Depression* in folgenden Studien belegt wird[3]:

Erstautor (Jahr)	**N**	**Alter M (Range)**	**Störung (Klassifikation)**
Diamond (2010)	66	15 J. (12-17 J.)	Suizidalität/Depression (DSM-IV)
Goodyer (2017) *	470	15 J. (11-17 J.)	Depression (DSM-IV)
Horn (2005)	20	11 J. (5-17 J.)	Depression (ICD-10)
Lindqvist (2020) *	76	17 J. (15-18 J.)	Depression (DSM-IV)
Trowell (2007) *	72	12 J. (9-15 J.)	Depression (DSM-IV)

   Die Studien von Horn (2005) und Lindqvist (2020) wurden im HTA-Bericht nicht erwähnt.

   Als fragwürdig betrachten wir zudem die Suchstrategie, die sich in Hinblick auf die Beurteilung der Wirksamkeitsfrage nur auf systematische Reviews stützt. Insbesondere, da

[1] Über die angemessene Repräsentanz der Studien der anderen Verfahren können wir keine Aussagen machen.
[2] „Als inaktive Kontrollinterventionen kamen Scheintherapie (psychologisches Placebo), keine Behandlung, Warteliste oder übliche Behandlung in Frage." (S. 35 des vorläufigen Berichts)
[3] Entnommen einer aktuellen (2021) systematischen Untersuchung der Wirksamkeitsstudien psychodynamischer Psychotherapien von Prof. Sven Rabung et al.; der Artikel befindet sich derzeit im Review-Verfahren der Zeitschrift „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie". Bei den mit * gekennzeichneten Studien handelt es sich um RCT Studien.

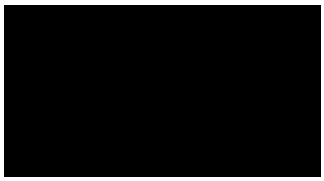
die beiden Reviews, die Evidenz für psychodynamische Psychotherapie liefern (aber auch als Teilmenge anderer Verfahren) (Zhou et al., 2015, 2020), als höchst problematisch zu beurteilen sind[4].

4. Die auch *gesundheitsökonomisch höchst relevante Arbeit von Goodyer* (2017), die eine Äquivalenz verschiedener Interventionen als kosten- und klinisch äquivalent darstellt, wurde im Ergebnis nicht entsprechend gewürdigt, sondern es wird unrichtigerweise konstatiert, dass hier die KVT im Einzelsetting als einzige Form der psychotherapeutischen Behandlung im Fokus gesundheitsökonomischer Studien gestanden habe (S. 290), und dass die Übertragbarkeit auf Deutschland nicht empfohlen werde, ohne dieses weiter zu begründen.

5. Es wird konstatiert, dass generell für Psychotherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter gelte: Bzgl. der „Endpunkte Suizidrisiko, Response, Remission und Funktionsfähigkeit“ liegen für diesen Vergleich keine Daten vor (s. Vorl. Bericht, S. 8)[5]. Untersuchungen bzgl. des Suizidrisikos müssten einen sehr langen Zeitraum (die ganze Lebensspanne) umfassen, da sowohl eine behandelte wie eine unbehandelte Depression im Kindes- oder Jugendalter Auswirkungen bis ins hohe Erwachsenenalter haben kann. Die methodischen und finanziellen Herausforderungen für entsprechende Langzeitstudien sind enorm.
   Die VAKJP würde begrüßen, wenn hier Forschungsmittel zur Verfügung gestellt werden, die die Beforschung psychodynamischer Verfahren miteinschließt, wie es konkret auch auf S. 80 des Berichts gefordert wird.

Wir hoffen, dass unsere Kritik in den im Anschluss an die Anhörung zu erstellenden finalisierten HTA-Bericht und die allgemein verständliche Version („HTA kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt“) aufgenommen wird!

Mit freundlichen Grüßen



Bettina Meisel
Vorsitzende d. VAKJP

Bernhard Moors
stellv. Vorsitzender d. VAKJP

Anette Müller
stellv. Vorsitzende d. VAKJP

Literatur:

[4] Unter Federführung von Prof. Falk Leichsenring wurden zu beiden genannten Arbeiten kritische Stellungnahmen an die Herausgeber der betroffenen Zeitschriften (World Psychiatry, Lancet Psychiatry) geschickt und zu Zhou (2020) wurde die Stellungnahme auch veröffentlicht.

[5] „Keine der eingeschlossenen systematischen Übersichten berichtete über die Auswirkungen der Psychotherapie auf die Mortalität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und unerwünschte Ereignisse, weshalb eine Nutzen-Schaden-Abwägung für oder gegen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression kaum möglich ist.“ (S. 9)

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K. et al. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*, 122-131.

Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J. et al. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, *4*, 109–119.

Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefini, A., Victor, D. et al. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *54*, 578–597.

Leichsenring et al zu Zhou: The lancet, Feb.2021 https://www.thelancet.com/action/doSearch?text1=Zhou+leichsenring+rabung+&field1=AllField&journalCode=lanpsy&SeriesKey=lanpsy

Lindqvist, K., Mechler, J., Carlbring, P., Lilliengren, P., Falkenström, F., Andersson, G. et al. (2020). Affect-focused psychodynamic internet-based therapy for adolescent depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research (JMIR), 22*, e18047.

Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M. et al. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*, 157–167.

Windaus, E. (2021). Zur wissenschaftlichen Evidenz der psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen. In: A. Burchartz, *Psychodynamische Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter.* Stuttgart: Kohlhammer.

Rabung, S. et al (2021). Der wissenschaftliche Status psychodynamischer Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Z.Zt. im Review-Verfahren der *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*