

ThemenCheck Medizin



Vorläufiger 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: 20.05.2021

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

Autorinnen und Autoren

- Barbara Nußbaumer-Streit, Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Cochrane Österreich, Krems, Österreich
- Christina Kien, Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Krems, Österreich
- Viktoria Titscher, Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Krems, Österreich
- Andreea Dobrescu, Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Krems, Österreich
- Birgit Teufer, Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Krems, Österreich
- Thomas Probst, Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Krems, Österreich
- Christoph Strohmaier, HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, Wien, Österreich
- Michal Stanak, HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, Wien, Österreich
- Ingrid Zechmeister-Koss, HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, Wien, Österreich
- Stephan Kallab, Jurist, St. Pölten, Österreich

Klinische Beraterin

- Ursula Kogelbauer-Leichtfried, Universitätsklinikum Tulln, Klinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Tulln, Österreich

Inhaltliches Review

- Anna Glechner, Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Krems, Österreich

Die Projektkoordination sowie die Informationsbeschaffung für die Domänen Nutzenbewertung und Gesundheitsökonomie erfolgten durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Schlagwörter: Psychotherapie, Depressive Störung, Kind, Adolescent, Nutzenbewertung, Systematische Übersicht, Technikfolgen-Abschätzung – Biomedizinische

Keywords: Psychotherapy, Depressive Disorder, Child, Adolescent, Benefit Assessment, Systematic Review, Technology Assessment – Biomedical

Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das IQWiG bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von jeder und jedem der Sachverständigen ein ausgefülltes Formular „Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ erhalten. Die Angaben wurden von dem speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichteten Gremium des Institutes bewertet. Die Selbstangaben der externen Sachverständigen und der externen Reviewerin zu potenziellen Interessenkonflikten sind in Kapitel A11 zusammenfassend dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Dieser vorläufige HTA-Bericht wird zur Anhörung gestellt und es können schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Das Ende der Stellungnahmefrist wird auf der Website des IQWiG (www.iqwig.de) bekannt gegeben. Dort sind auch die notwendigen Formblätter zu finden. Stellungnahmen können alle interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften abgeben. Gegebenenfalls wird eine wissenschaftliche Erörterung zur Klärung unklarer Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen durchgeführt. Die Anhörung kann zu Änderungen und / oder Ergänzungen des HTA-Berichtes führen.

HTA-Kernaussagen

Fragestellung des HTA-Berichtes

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind:

- die Nutzenbewertung einer Behandlung mit Psychotherapie (Verhaltenstherapie, psychodynamischer Psychotherapie [tiefenpsychologisch fundierter Therapie, analytischer Psychotherapie], interpersoneller Psychotherapie) im Vergleich zu aktiv abwartender Begleitung, zu einer Behandlung mit Antidepressiva, zu einer Behandlung mit anderen nicht medikamentösen Interventionen (zum Beispiel Entspannungsübungen) oder im Vergleich zu einem Vorgehen ohne Behandlung (zum Beispiel Warteliste) jeweils bei Kindern und Jugendlichen mit Depression hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte,
- die Bestimmung der Kosten (Interventionskosten), die bei der Behandlung mit Psychotherapie im Vergleich zu aktiv abwartender Begleitung, zu einer Behandlung mit Antidepressiva, zu einer Behandlung mit anderen nicht medikamentösen Interventionen (zum Beispiel Entspannungsübungen) oder im Vergleich zu einem Vorgehen ohne Behandlung (zum Beispiel Warteliste) bei Kindern und Jugendlichen mit Depression entstehen,
- die Bewertung der Kosteneffektivität von Psychotherapie im Vergleich zu aktiv abwartender Begleitung, zu einer Behandlung mit Antidepressiva, zu einer Behandlung mit anderen nicht medikamentösen Interventionen (zum Beispiel Entspannungsübungen) beziehungsweise im Vergleich zu einem Vorgehen ohne Behandlung (zum Beispiel Warteliste) bei Kindern und Jugendlichen mit Depression sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit der medizinischen Intervention verbunden sind.

Schlussfolgerung des HTA-Berichtes

Zur Wirksamkeit und Sicherheit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression konnten 13 systematische Übersichten mit Daten aus 150 Primärstudien in den vorliegenden Bericht eingeschlossen werden. 6 systematische Übersichten untersuchten kognitive Verhaltenstherapie, 2 legten den Fokus auf interpersonelle Psychotherapie, 3 untersuchten beide Psychotherapieformen und 2 stellten zusätzlich zu kognitiver Verhaltenstherapie und interpersoneller Psychotherapie auch psychodynamische Psychotherapie (kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie und fokussierte psychodynamische Psychotherapie) in den Mittelpunkt. Systematische Übersichten zur

systemischen Therapie wurden in diesem HTA-Bericht nicht berücksichtigt, da diese in einem anderen IQWiG-Projekt behandelt wird, das vor Beauftragung steht. 9 systematische Übersichten betrachteten die Evidenz für Kinder und Jugendliche gemeinsam. Jeweils 2 systematische Übersichten fokussierten nur auf Kinder (7–13 Jahre) oder nur auf Jugendliche (13–18 Jahre). Die Dauer der Psychotherapien variierte in den systematischen Übersichten zwischen 4 und 54 Wochen, die Häufigkeit der Therapiesitzungen zwischen 4 und 36 Einheiten. Die Psychotherapieformen wurden im Vergleich zu inaktiven Kontrollen, zu Antidepressiva oder als Add-on zu Antidepressiva auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Als inaktive Kontrolle galt ein Vorgehen ohne standardisierte Behandlung (z. B. Warteliste oder „übliche Behandlung“, bei der der Kontrollgruppe aus ethischen Gründen freisteht, Leistungen aus der Routineversorgung in Anspruch zu nehmen) oder die Anwendung einer Scheintherapie (psychologisches Placebo). Es wurden keine laufenden systematischen Übersichten identifiziert. Zu den Endpunkten Gesamt- oder Suizidmortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität und unerwünschte Ereignisse wurden keine Daten gefunden. Zu einem Vergleich mit anderen nicht medikamentösen Therapien (z. B. Sport, Entspannungsübungen) oder aktivem Abwarten (z. B. Psychoedukation) wurde keine Evidenz gefunden.

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den berichteten Endpunkten je Vergleich zusammengefasst. Falls in den systematischen Übersichten berichtet wird, angegeben, wann die Endpunkte erhoben wurden. Hierbei wurde zwischen einem Follow-up von 12 bis 16 Wochen (kurzfristig), zirka 6 Monaten (mittelfristig) und 12 Monaten oder mehr (langfristig) unterschieden.

Kognitive Verhaltenstherapie vs. inaktive Kontrollen: Es gibt einen Hinweis, dass kognitive Verhaltenstherapie depressive Symptome stärker reduziert als inaktive Kontrollen. Der Vergleich gibt keinen Anhaltspunkt für ein erhöhtes oder verringertes Suizidrisiko durch kognitive Verhaltenstherapie. Ob es sich hierbei um kurz-, mittel-, oder langfristige Effekte handelt, war aus den systematischen Übersichten nicht zu entnehmen. Zu den Endpunkten Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Kognitive Verhaltenstherapie vs. Antidepressiva: Im Vergleich zu einer Behandlung mit Antidepressiva gibt es keinen Anhaltspunkt, dass kognitive Verhaltenstherapie das Suizidrisiko reduziert. Der Vergleich liefert auch keinen Anhaltspunkt dafür, dass kognitive Verhaltenstherapie oder eine Behandlung mit Antidepressiva häufiger zu kurz- oder mittelfristiger Remission, Reduktion depressiver Symptome oder besserer Funktionsfähigkeit führt. Zum Endpunkt Response liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva: Für die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit der Einnahme von Antidepressiva gibt es keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen in Bezug auf kurz- oder mittelfristiges Ansprechen der

Therapie (Response) verglichen mit alleiniger Antidepressiva-Einnahme. Ebenso gibt es keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen in Bezug auf kurz-, mittel-, oder langfristige Remission oder Veränderung depressiver Symptome, sowie auf das kurz- und langfristige Suizidrisiko. In Bezug auf die Funktionsfähigkeit zeigte sich kurz- und mittelfristig kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der kognitiven Verhaltenstherapie als Add-on, langfristig jedoch schon.

Interpersonelle Psychotherapie vs. inaktive Kontrollen: Im Vergleich zu inaktiven Kontrollen gibt es einen Hinweis auf einen kurz-, mittel- und langfristigen Nutzen in Bezug auf Reduktion depressiver Symptome. Kurzfristig gab es auch einen Hinweis auf einen Nutzen in Bezug auf die Funktionsfähigkeit. Es gibt allerdings keinen Anhaltspunkt, dass interpersonelle Psychotherapie das Suizidrisiko kurzfristig erhöht oder reduziert. Die Daten für Ansprechen auf die Therapie (Response) wurden nicht für die Ableitung einer Nutzensaussage verwendet, da alle Studien auch im Studienpool zu „Veränderung depressiver Symptome“ enthalten waren und Response mit den selben Skalen erhoben wurde. Zum Endpunkt Remission liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Interpersonelle Psychotherapie vs. Antidepressiva: Verglichen mit einer Antidepressiva-Behandlung lässt sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen in Bezug auf Veränderung depressiver Symptome ableiten. Zum Zeithorizont der Endpunktmessung lagen keine Daten vor. Zu den Endpunkten Suizidrisiko, Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Interpersonelle Psychotherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva: Zu einer Kombination von interpersoneller Psychotherapie mit Antidepressiva im Vergleich zu alleiniger Antidepressiva-Behandlung liegen keine Daten vor.

Psychodynamische Psychotherapie vs. inaktive Kontrollen: Im Vergleich zu inaktiven Kontrollen gibt es keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen oder Schaden in Bezug auf die Reduktion von depressiven Symptomen. Es gibt auch keinen Anhaltspunkt, dass psychodynamische Psychotherapie das Suizidrisiko im Vergleich zu inaktiven Kontrollen erhöht oder reduziert. Zum Zeithorizont der Endpunktmessung lagen keine Daten vor. Zu den Endpunkten Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Psychodynamische Psychotherapie vs. Antidepressiva: Im Vergleich zu einer Antidepressiva-Behandlung gibt es keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen oder Schaden in Bezug auf die Reduktion von depressiven Symptomen. Zum Zeithorizont der Endpunktmessung lagen keine Daten vor. Zu den Endpunkten Suizidrisiko, Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Psychodynamische Psychotherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva: Zum Vergleich psychodynamische Psychotherapie in Kombination mit Antidepressiva mit alleiniger Antidepressiva-Behandlung liegen keine Daten vor.

Psychotherapie generell vs. inaktive Kontrollen: Eine systematische Übersicht betrachtete verschiedene Arten der Psychotherapie gemeinsam und verglich sie mit inaktiven Kontrollen. Dabei ließ sich ein Hinweis für einen kurzfristigen Nutzen von Psychotherapie generell im Hinblick auf den Endpunkt Veränderung depressiver Symptome ableiten, jedoch nicht mittel- oder langfristig. Zu den Endpunkten Suizidrisiko, Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Die Berechnung von Interventionskosten für den deutschen Versorgungskontext ergab, dass Psychotherapie mehr direkte Kosten verursacht als Behandlungsalternativen. Eine Psychotherapie im Einzelsetting als Kurzzeittherapie kostet über einen Zeitraum von 12 Wochen zwischen 1793 € und 2105 €. Während die Kosten für die kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie (kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie und fokussierte psychodynamische Psychotherapie) von den Krankenkassen übernommen werden, unterliegen jene der interpersonellen Therapie keiner klaren gesetzlichen Regelung. Allerdings konnte laut Auskunft von Leistungserbringern das entsprechende Fachpersonal mit Kassenzulassung die interpersonelle Psychotherapie bisher in der Praxis als verhaltenstherapeutische Methode (vereinzelt auch als psychodynamisches Verfahren) abrechnen. Zudem ist interpersonelle Psychotherapie in einigen Selektivverträgen großer Krankenkassen aufgenommen. Für eine Behandlung mit dem Antidepressivum Fluoxetin – dem einzigen in Deutschland für Kinder ab 8 Jahren zugelassenem Antidepressivum – fallen für eine 8-wöchige Therapie Kosten zwischen 311 € und 319 € an. Psychoeduktion – eine Form des aktiven Abwartens – kostet 305 bis 660 €. Für Entspannungstherapie fallen in einem Zeitraum von 6 bis 8 Wochen Kosten zwischen 349 € und 411 € an. Die hier abgebildeten Beträge berücksichtigen allerdings nicht die diversen (langfristigen) Folgekosten einer unbehandelten Depression (zum Beispiel geringeres Einkommen im Erwachsenenalter).

Zur Kosteneffektivität fanden sich 5 Studien aus den USA und Großbritannien, die sich alle mit kognitiver Verhaltenstherapie beschäftigten. Aufgrund zu großer Systemunterschiede ist eine direkte Übertragung der Ergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext nicht möglich.

Eine soziale, ethische und organisatorische Herausforderung ist die Diagnosestellung von Depression bei Kindern und Jugendlichen, da oft andere Symptome und Komorbiditäten die Krankheit überlagern und depressive Symptome als typisch jugendliches Verhalten missinterpretiert werden. Gründe für fehlende Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen sind außerdem Unsicherheit, ob das Gesundheitsproblem ernst genug ist, Sorge über mögliche Stigmatisierung, fehlendes Wissen über Anlaufstellen und

Behandlungsmöglichkeiten sowie fehlende Versorgungsangebote. In Deutschland ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Depression in Städten besser als auf dem Land, das Angebot im Westen dichter als im Osten.

Psychotherapie wird von vielen Kindern, Jugendlichen und Eltern als Behandlungsoption akzeptiert und im Vergleich zu einer Behandlung mit Antidepressiva als nebenwirkungsärmer wahrgenommen. Ziel einer Psychotherapie ist die Stärkung der Autonomie und des Selbstwertes des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen. Daher ist es ethisch und rechtlich notwendig, die Einwilligung des Kindes schon zu Beginn der Therapie einzuholen. Eine freiwillige Teilnahme und eine gute, vertrauensvolle Therapeuten-Patient-Beziehung sind für eine langfristige Therapie wichtig. Die Schweigepflicht der Gesundheitsberufe kann aus ethischer sowie aus rechtlicher Sicht zu einem Spannungsverhältnis zwischen Verschwiegenheitspflicht und Informations- oder Aufklärungspflichten gegenüber Sorgeberechtigten führen.

Domänenübergreifendes Gesamtfazit

Die übergeordnete Frage, ob bei Depression von Kindern und Jugendlichen Psychotherapie verglichen mit anderen Therapien zu besseren Ergebnissen führt, lässt sich teilweise beantworten. Sowohl für kognitive Verhaltenstherapie als auch für interpersonelle Psychotherapie gibt es Hinweise auf einen Nutzen gegenüber keiner aktiven Behandlung. Was psychodynamische Psychotherapie betrifft, lässt sich aus der vorhandenen Evidenz kein Anhaltspunkt für einen Nutzen gegenüber keiner aktiven Behandlung ableiten. Die Ergebnisse hierzu stammen jedoch nur aus einzelnen Studien aus Netzwerk-Metaanalysen und liegen nur zu den Endpunkten Suizidrisiko und Veränderung depressiver Symptome vor. Weitere Forschung zu dieser Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen wäre in Zukunft wünschenswert. Im Vergleich zu einer Behandlung mit Antidepressiva waren alle Formen der Psychotherapie ähnlich wirksam. Als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung wurde nur kognitive Verhaltenstherapie untersucht – diese führte langfristig zwar zu besserer Funktionsfähigkeit, aber ansonsten zu keinem zusätzlichen Nutzen. 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. Da in den systematischen Übersichten nicht zwischen leichten, moderaten und schweren Formen von Depression unterschieden wurde, können keine gesonderten Schlussfolgerungen für die Behandlung je nach Schwere der Depression gezogen werden.

Die Berechnung von Interventionskosten für den deutschen Versorgungskontext ergab, dass Psychotherapie mehr direkte Kosten verursacht als Behandlungsalternativen. Aus

Betroffenensicht ist dies jedoch weniger relevant, da diese Kosten – zumindest für Richtlinientherapien – von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Insbesondere bei Kindern bis zum Alter von 8 Jahren liegt keine und bis zum Alter von 12 Jahren liegt unzureichende Evidenz über die Wirksamkeit von kognitiver, interpersoneller sowie psychodynamischer Psychotherapie vor. Für diese Altersgruppe sind weitere Studien mit einer genügend großen Stichprobe wünschenswert, die die Wirksamkeit der unterschiedlichen Psychotherapieformen verglichen mit einer Wartelistekontrollgruppe untersuchen. Bei Jugendlichen als auch bei Kindern wäre es wünschenswert, in Studien auch vermehrt die Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und unerwünschte Ereignisse in den Blick zu rücken.

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. Betroffene und ihre Familien sollten von anderen Anlaufstellen im Gesundheits- bzw. Bildungswesen (z. B. Lehrpersonal, Hausärztinnen und Hausärzte) bei der Kontaktaufnahme mit Fachpersonal unterstützt werden, da in der Bevölkerung oft noch wenig Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten vorherrscht.

Um Versorgungslücken beispielsweise im ländlichen Raum zu schließen, könnte neben dem Ausbau von psychotherapeutischem Angebot auch der verstärkte Einsatz von computerbasierten Therapieverfahren Abhilfe schaffen. Zusätzlich wäre es wichtig, das Image von psychischen Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Therapiemöglichkeiten zu verbessern, beispielsweise durch Imagekampagnen in (sozialen) Medien.

Inhaltsverzeichnis

HTA-Kernaussagen	5
Tabellenverzeichnis	17
Abbildungsverzeichnis	19
Abkürzungsverzeichnis.....	20
 HTA-Überblick.....	 25
1 Hintergrund	25
1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag.....	25
1.2 Medizinischer Hintergrund.....	25
1.2.1 Definition und Epidemiologie.....	25
1.2.2 Ursachen und Verlauf	27
1.2.3 Diagnostik und Behandlung.....	28
1.3 Versorgungssituation	32
1.4 Anliegen der Themenvorschlagenden.....	33
2 Fragestellungen	34
3 Methoden.....	35
3.1 Methoden Nutzenbewertung.....	35
3.2 Methoden gesundheitsökonomische Bewertung.....	37
3.2.1 Interventionskosten.....	37
3.2.2 Kosteneffektivität	38
3.3 Methoden ethische Aspekte	39
3.4 Methoden soziale, organisatorische und rechtliche Aspekte.....	39
3.5 Einbeziehung der Sichtweise von Betroffenen	40
4 Ergebnisse: Nutzenbewertung.....	41
4.1 Ergebnisse der umfassenden Informationsbeschaffung	41
4.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen systematischen Übersichten	41
4.3 Übersicht der patientenrelevanten Endpunkte	42
4.4 Bewertung der Qualität der SÜs und des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse	43
4.5 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten	44

4.5.1	Ergebnisse zur Mortalität	44
4.5.2	Ergebnisse zum Suizidrisiko	44
4.5.3	Ergebnisse zum Ansprechen auf die Therapie (Response)	47
4.5.4	Ergebnisse zur Remission	48
4.5.5	Ergebnisse zur Veränderung depressiver Symptome	49
4.5.6	Ergebnisse zur Funktionsfähigkeit	51
4.5.7	Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität	53
4.5.8	Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen.....	53
4.6	Landkarte der Beleglage.....	53
4.7	Endpunkte aus Sicht der Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenen.....	54
5	Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung	56
5.1	Interventionskosten.....	56
5.1.1	Kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie	56
5.1.2	Interpersonelle Psychotherapie	57
5.1.3	Pharmakotherapie	58
5.1.4	Aktiv abwartende Maßnahmen / Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit.....	58
5.2	Systematische Übersicht über gesundheitsökonomische Evaluationen	59
5.2.1	Ergebnisse der Informationsbeschaffung.....	59
5.2.2	Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien	60
5.2.3	Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen	61
5.2.4	Bewertung der Berichtsqualität, methodischen Qualität und Übertragbarkeit	62
5.2.5	Diskussion	64
6	Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte	65
6.1	Ergebnisse zu ethischen Aspekten	65
6.1.1	Ethische Aspekte in Bezug auf die Zielpopulation.....	65
6.1.2	Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Krankheit.....	65
6.1.3	Ethische Aspekte bezüglich Intervention, Vergleichsinterventionen und Stakeholdern.....	67
6.2	Ergebnisse zu sozialen Aspekten	68
6.2.1	Soziales Konstrukt / Verständnis von Depression bei Kindern und Jugendlichen	68
6.2.2	Soziales Bild / Verständnis der Intervention	68
6.2.3	Soziokulturelle Aspekte der Anwendung der Intervention.....	69
6.3	Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten.....	70

6.3.1	Patientenautonomie I – informierte Zustimmung (informed consent)	70
6.3.2	Patientenautonomie II – Einwilligung Kinder / Jugendliche.....	71
6.3.3	Datenschutz	71
6.3.4	Verschwiegenheitspflicht	72
6.3.5	Zulassung / Berufsausübung.....	72
6.3.6	Kostenerstattung im Gesundheitswesen	73
6.4	Ergebnisse zu organisatorischen Aspekten	73
6.4.1	Einfluss auf Voraussetzungen der Leistungserbringung.....	73
6.4.2	Einfluss auf Prozesse.....	74
7	Zusammenführung der Ergebnisse	76
8	Diskussion.....	80
8.1	HTA-Bericht im Vergleich zu anderen Publikationen	81
8.2	HTA-Bericht im Vergleich zu Leitlinien	82
8.3	Kritische Reflexion des Vorgehens.....	84
9	Schlussfolgerung	85
	HTA-Details	90
A1	Projektverlauf.....	90
A1.1	Zeitlicher Verlauf des Projekts.....	90
A1.2	Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf	91
A2	Details der Methoden – Methodik gemäß HTA-Berichtsprotokoll	94
A2.1	Nutzenbewertung.....	94
A2.1.1	Kriterien für den Einschluss von Studien.....	94
A2.1.2	Fokussierte Informationsbeschaffung.....	98
A2.1.3	Informationsbewertung und Synthese.....	99
A2.2	Ökonomische Bewertung.....	102
A2.2.1	Interventionskosten.....	102
A2.2.2	Gesundheitsökonomische Aspekte	103
A2.2.2.1	Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht	103
A2.2.2.2	Fokussierte Informationsbeschaffung	104
A2.2.2.3	Informationsbewertung.....	105
A2.2.2.4	Informationsanalyse und -synthese.....	105
A2.3	Ethische Aspekte.....	105
A2.3.1	Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung ethischer Implikationen.....	105

A2.3.2	Informationsbeschaffung	106
A2.3.3	Informationsaufbereitung	107
A2.4	Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte.....	107
A2.4.1	Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen.....	107
A2.4.2	Informationsbeschaffung	107
A2.4.3	Informationsaufbereitung	108
A2.5	Domänenübergreifende Zusammenführung.....	109
A3	Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung	110
A3.1	Umfassende Informationsbeschaffung	110
A3.1.1	Primäre Informationsquellen	110
A3.1.2	Weitere Informationsquellen und Suchtechniken	112
A3.1.3	Resultierender Studienpool.....	112
A3.1.4	Reviews ohne berichtete Ergebnisse.....	114
A3.2	Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen systematischen Übersichten	115
A3.2.1	Studiendesign und Studienpopulationen.....	115
A3.2.2	Beurteilung der Qualität der systematischen Übersichten und des Verzerrungspotenzials der Studien	126
A3.3	Patientenrelevante Endpunkte.....	139
A3.3.1	Mortalität.....	139
A3.3.2	Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidverhalten)	139
A3.3.3	Ansprechen auf die Therapie (Response).....	145
A3.3.4	Remission.....	148
A3.3.5	Veränderung depressiver Symptome.....	151
A3.3.6	Funktionsfähigkeit	199
A3.3.7	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	203
A3.3.8	Unerwünschte Ereignisse	203
A3.3.9	Patientenzufriedenheit mit der Therapie.....	203
A3.3.10	Metaanalysen	203
A3.3.11	Sensitivitätsanalysen	203
A4	Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung.....	204
A4.1	Bestimmung der Interventionskosten	204
A4.1.1	Psychotherapie	207
A4.1.2	Pharmakotherapie (Fluoxetin).....	210
A4.1.3	Aktiv abwartende Maßnahmen / Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit.....	213

A4.1.4	Zusammenfassende Darstellung der Interventionskosten	216
A4.2	Systematische Übersicht über gesundheitsökonomische Evaluationen	225
A4.2.1	Fokussierte Informationsbeschaffung	225
A4.2.1.1	Primäre Informationsquellen	225
A4.2.1.2	Weitere Informationsquellen und Suchtechniken	227
A4.2.1.3	Resultierender Studienpool	227
A4.2.2	Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien	227
A4.2.2.1	Studiencharakteristika	227
A4.2.2.2	Input/Outcome-Parameter	240
A4.2.2.3	Kostenparameter und Mengen	245
A4.2.3	Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen	258
A4.2.3.1	Kognitive Verhaltenstherapie	258
A4.2.3.2	Kombinationstherapie (KVT + FLX, KVT + ÜB, KVT + RX)	259
A4.2.3.3	Kurzfristige Psychoanalytische Psychotherapie	261
A4.2.4	Bewertung der Berichtsqualität, methodische Studienqualität und Übertragbarkeit	271
A4.2.4.1	Berichtsqualität und methodische Studienqualität	271
A4.2.4.2	Übertragbarkeit	284
A4.2.5	Diskussion	290
A5	Details der Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte.	291
A5.1	Ethische Aspekte	291
A5.1.1	Recherche zu ethischen Aspekten der zu bewertenden Technologie	291
A5.1.2	Identifizierte ethische Aspekte	291
A5.2	Soziale Aspekte	335
A5.2.1	Recherche zu sozialen Aspekten der zu bewertenden Technologie	335
A5.2.2	Identifizierte soziale Aspekte	335
A5.3	Rechtliche Aspekte	340
A5.3.1	Recherche zu rechtlichen Aspekten der zu bewertenden Technologie	340
A5.3.2	Identifizierte rechtliche Aspekte	341
A5.4	Organisatorische Aspekte	348
A5.4.1	Recherche zu organisatorischen Aspekten der zu bewertenden Technologie	348
A5.4.2	Identifizierte organisatorische Aspekte	348
A6	Literatur	355
A7	Topics des EUnetHTA Core Models	380
A8	Studienlisten	381

A8.1	Studienlisten Nutzenbewertung.....	381
A8.1.1	Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen.....	381
A8.2	Studienlisten gesundheitsökonomische Bewertung.....	400
A8.2.1	Liste der gesichteten systematischen Übersichten.....	400
A8.2.2	Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen.....	400
A8.3	Liste der eingeschlossenen Publikationen: Publikationslisten zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten	402
A8.3.1	Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten	402
A8.3.2	Liste der eingeschlossenen Publikationen zu sozialen Aspekten.....	408
A8.3.3	Liste der eingeschlossenen Publikationen zu rechtlichen Aspekten.....	409
A8.3.4	Liste der eingeschlossenen Publikationen zu organisatorischen Aspekten....	411
A9	Suchstrategien	412
A9.1	Suchstrategien zur Nutzenbewertung.....	412
A9.1.1	Suchstrategien in bibliografischen Datenbanken.....	412
A9.1.2	Suche in Studienregistern.....	415
A9.1.3	Suchstrategien zur gesundheitsökonomische Bewertung	415
A10	E-Mail-Anfragen zur ökonomischen Bewertung	419
A11	Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen, der Reviewerin und von Interview-Partnerinnen und -Partnern	420

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Matrix der patientenrelevanten Endpunkte	43
Tabelle 2: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.....	54
Tabelle 3: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von systematischen Übersichten in die Nutzenbewertung.....	97
Tabelle 4: Regelmäßig abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit	102
Tabelle 5: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung	104
Tabelle 6: Durch Anwendung weiterer Suchtechniken identifizierte relevante SÜs und Dokumente.....	112
Tabelle 7: Studienpool der Nutzenbewertung.....	113
Tabelle 8: Ausschlüsse aufgrund der Qualitätsbewertung nach Oxman-Guyatt-Score.....	114
Tabelle 9: In der Informationsbeschaffung identifizierte SÜs ohne berichtete Ergebnisse ..	115
Tabelle 10: Charakterisierung der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (Daten nur aus relevanten RCTs)	116
Tabelle 11: Kriterien der systematischen Übersichtsarbeiten für den Ein- / Ausschluss von Studien.....	121
Tabelle 12: Charakterisierung der Studienpopulationen, deren Ergebnisse extrahiert wurden	124
Tabelle 13: Qualität der systematischen Übersichten gemäß Oxman-Guyatt-Kriterien.....	127
Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien	128
Tabelle 15: Ergebnisse zu Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidverhalten)	140
Tabelle 16: Ergebnisse zu Ansprechen auf die Therapie (Response).....	146
Tabelle 17: Ergebnisse zu Remission.....	149
Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome.....	152
Tabelle 19: Ergebnisse zu Funktionsfähigkeit	200
Tabelle 20: Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en)	216
Tabelle 21: Art und Anzahl der erstattungsfähigen zusätzlichen Leistungen bei Anwendung der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en)	218
Tabelle 22: Interventionskosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) pro Patientin beziehungsweise Patient und Jahr.....	222
Tabelle 23: Studienpool der gesundheitsökonomischen Bewertung	227
Tabelle 24: Studiencharakteristika.....	232
Tabelle 25: Studiencharakteristika begleitende gesundheitsökonomische Evaluation	236
Tabelle 26: Daten zum Nutzen	242

Tabelle 27: Daten zu Nutzwerten.....	244
Tabelle 28: Daten zu Kosten.....	247
Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität.....	262
Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität	275
Tabelle 31: Bewertung der Übertragbarkeit.....	287
Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten	303
Tabelle 33: Übergeordnete Fragestellungen des Fragenkataloges nach Hofmann.....	334
Tabelle 34: Informationsaufbereitung zu den identifizierten soziokulturellen Aspekten.....	336
Tabelle 35: Tabellarische Zusammenfassung rechtlicher Aspekte	341
Tabelle 36: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten..	349
Tabelle 37: Domänen des EUnetHTA Core Models.....	380

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion.....	111
Abbildung 2: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion.....	226

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abs	Absatz
ABQ	Antisocial Behaviour Questionnaire
AD	Antidepressivum / Antidepressiva
ADAPT	Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial
APAI	Acholi Psychosocial Assessment Instrument
APT	analytische Psychotherapie
Art.	Artikel (Singular)
Artt.	Artikel (Plural)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BDI	Beck Depression Inventory
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
BELLA	BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BNF	British National Formulary
BPI	Brief Psychosocial Intervention (kurze psychosoziale Intervention)
BSI	Beck Suicide Ideation Scale
CAMHS	Child and Adolescent Mental Health Services
CASA	Child and Adolescent Services Assessment
CA-SUS	Child and Adolescent Service Use Schedule
CDI	Children's Depression Inventory
CDS	Children's Depression Scale
CDRS-R	Children's Depression Rating Scale (revised)
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CGAS	Children's Global Assessment Scale
CGI	Clinical Global Impression
CGI-I	Clinical Global Impression of Improvement
CHEERS	Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards
CKVT	computerbasierte kognitive Verhaltenstherapie

Abkürzung	Bedeutung
CDRS-R	Children's Depression Rating Scale-Score
DFDs	Depression Free Days (depressionsfreie Tage)
DG-IPT	Deutsche Gesellschaft für Interpersonelle Psychotherapie
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DID	Depression Improvement Days (Depressionsbewältigungstage)
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DYN	psychodynamische Psychotherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDA	European Depression Association
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment
f	folgende
FDA	U.S. Food and Drug Administration
ff	fortfolgende
FLX	Fluoxetin
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte und Ärztinnen
GOP	Gebührenordnungsposition
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
NHS	National Health Service
HAMD	Hamilton Rating Scale for Depression
HoNOSCA	Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents
HTA	Health Technology Assessment
HVPI	Harmonierter Verbraucherpreisindex
ICD	International Classification of Diseases
ICER/IKNV	inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relationen beziehungsweise inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnisse
i. d. R	in der Regel
IFA	Informationsstelle für Arzneispezialitäten
ISPOR	International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research
ITT	Intention to treat

Abkürzung	Bedeutung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IPT	interpersonelle Psychotherapie
IPT-A	interpersonelle Psychotherapie für Adoleszente
k. A.	keine Angaben
KI	Konfidenzintervall
KiGGs	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
K-SADS	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
K-SADS MDD/-PL	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Major Depressive Disorder / present and lifetime version
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
KZT	Kurzzeittherapie
kf	kurzfristig
lf	langfristig
lit	Litera (Buchstabe)
LOI	Leyton Obsessional Inventory
LQ	gesundheitsbezogene Lebensqualität
MASC	Multi-Depression Scale
MBSR	Mindfulness-based Stress Reduction (achtsamkeitsbasierte Stressreduktion)
MBT	Mindfulness-based Therapy (achtsamkeitsbasierte Therapie)
MD	mittlere Differenz
MDD	Major Depressive Disorder (Major Depression)
MED	Median
MFQ	Mood and Feelings Questionnaire
mf	mittelfristig
mg	Milligramm
Mo	Monat(e)
MW	Mittelwert
N	Anzahl Personen
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMA	Netzwerk-Metanalyse
n. s.	nicht statistisch signifikant
OR	Odds Ratio

Abkürzung	Bedeutung
p	p-Wert
PLT	Problemlösungstherapie
PME	progressive Muskelentspannung
PP	psychologisches Placebo
PQ-LES-Q	Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Reviews
PTSD	post traumatic stress disorder (posttraumatische Belastungsstörung)
QALY	Quality-Adjusted Life Year (qualitätsadjustiertes Lebensjahr)
RADS	Reynolds Adolescent Depression Scale
RCMAS	Revised Children's Manifest Anxiety Scale
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
RKI	Robert Koch-Institut
RL	Richtlinie
RR	relatives Risiko
RX	Medikamentenwechsel
Rz	Randziffer
SASCA	Social Adjustment Scale for Children and Adolescents
SGB	Sozialgesetzbuch
SMD	standardisierte mittlere Differenz
SMFQ	Short Mood and Feelings Questionnaire
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Straprozessordnung
SÜ	systematische Übersicht
s. s.	statistisch signifikant
SSRI	Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SSRNI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
STPP	Short-time Psychoanalytic Psychotherapie (kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie)
TADS	Treatment for Adolescents with Depression Study (Studie zur Behandlung von Jugendlichen mit Depressionen)
TDM	Therapeutisches Drug Monitoring
TP	tiefenpsychologische Therapie
UE	unerwünschtes Ereignis
ÜB	übliche Behandlung

Abkürzung	Bedeutung
UPSTF	United States Preventive Services Task Force
VAS	Visual Analogue Scale (visuelle Analogskala)
vs.	versus
VT	Verhaltenstherapie
w	weiblich
WL	Warteliste
Wo	Woche(n)
ZPO	Zivilprozessordnung

HTA-Überblick

1 Hintergrund

1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag

Der § 139b Absatz 5 des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) sieht vor, dass Versicherte und interessierte Einzelpersonen beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Themen für die wissenschaftliche Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen können. Die Themen für diese Health-Technology-Assessment(HTA)-Berichte können auf der Website des ThemenCheck Medizin eingereicht werden.

Ziel des ThemenCheck Medizin ist es, die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an der evidenzbasierten Medizin zu fördern und Antworten auf Fragestellungen zu finden, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsam sind.

1-mal pro Jahr wählt das IQWiG unter Beteiligung von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern sowie Bürgerinnen und Bürgern bis zu 5 Themen für die Erstellung von HTA-Berichten aus. Mit der Bearbeitung der Fragestellung werden vom IQWiG externe Sachverständige beauftragt. Die durch die externen Sachverständigen erarbeiteten Ergebnisse werden gemeinsam mit einem Herausgeberkommentar des IQWiG als HTA-Bericht veröffentlicht.

Die HTA-Berichte leitet das IQWiG an Institutionen in Deutschland weiter, die zum Beispiel über die Leistungen und die Struktur des Gesundheitswesens entscheiden. Der Fachöffentlichkeit wird der HTA-Bericht über die Website des IQWiG (www.iqwig.de) zur Verfügung gestellt. Ebenso wird eine allgemein verständliche Darstellung der Ergebnisse des HTA-Berichtes mit dem Titel „HTA kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt“ veröffentlicht. Auf diese Weise sollen die Ergebnisse von HTA-Berichten Auswirkungen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten haben.

1.2 Medizinischer Hintergrund

1.2.1 Definition und Epidemiologie

Die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Episode sind erfüllt, wenn zumindest 2 der 3 folgenden Kernsymptome über mindestens 2 Wochen vorliegen: eine deutliche und anhaltende depressive Verstimmung, ein eingeschränktes Empfinden von Freude, Lust und Interessen (Anhedonie) sowie Antriebslosigkeit. (laut Internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Version, German Modification; ICD-10-GM, Version 2020 [1]). Weiters kennzeichnen folgende Nebenkriterien

das Krankheitsbild der Depression: geringes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, suizidale Gedanken und suizidales Verhalten, Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren und Entscheidungen zu treffen, psychomotorische Unruhe oder Hemmungen, Schlafprobleme sowie eingeschränkter oder gesteigerter Appetit [2]. Die ICD-10-Klassifikation unterscheidet hinsichtlich des Schweregrades zwischen einer leichten, einer mittelgradigen und einer schweren depressiven Episode ohne oder mit psychotischen Symptomen. Bei einer leichten depressiven Episode (F32.0) sind mindestens 2 der oben genannten 3 Kernsymptome sowie mindestens 2 Nebenkriterien zu beobachten. Das Kind, die Jugendliche oder der Jugendliche kann jedoch seine alltäglichen Aktivitäten fortsetzen. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) liegen zusätzlich zu mindestens 2 Kernsymptomen auch mindestens 3 (besser 4) der zuvor angeführten Nebenkriterien vor. Die betroffene Person zeigt bereits große Einschränkungen im alltäglichen Leben. Für die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) sollen alle 3 Kernsymptome und mindestens 8 Nebenkriterien vorliegen. Wer von einer schweren depressiven Episode betroffen ist, erlebt typischerweise einen großen Verlust des Selbstwertgefühls und ein hohes Maß an Schuldgefühlen sowie Suizidgedanken, begleitet von somatischen Symptomen. Liegen zusätzlich Halluzinationen, Wahnideen und ausgeprägte psychomotorische Hemmungen oder ein Stupor vor (vollständiger Aktivitätsverlust bei wachem Bewusstseinszustand), spricht man von einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (F32.2). Eine rezidivierende depressive Störung (F33) ist durch wiederholt auftretende depressive Episoden gekennzeichnet, wobei die 1. Episode in jedem Alter auftreten und die Episoden von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten dauern können. Die jeweils gegenwärtige Episode lässt sich wiederum nach Schweregrad als leichte (F33.1), mittelgradige (F33.2) oder schwere Episode ohne (F33.2) oder mit psychotischen Symptomen (F33.3) klassifizieren [3].

Abzugrenzen ist die depressive Störung unter anderem von 2 weiteren Erkrankungen: Liegen zwischen den depressiven Episoden manische Episoden, handelt es sich um eine bipolare Störung (F31). Die Dysthymie (F34.1) charakterisiert sich durch eine chronische, über mehrere Jahre anhaltende leichte depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um den Kriterien einer leichten rezidivierenden depressiven Störung (F33.1) zu entsprechen [1].

Die Erscheinungsform der depressiven Störung im Jugendalter ist bereits sehr gut erforscht; ihre Symptome entsprechen jenen, die für die Depression im Allgemeinen angeführt wurden. Bei Kindern hingegen steht eine somatische Symptomatik, wie zum Beispiel Kopf- und Bauchschmerzen, im Vordergrund. Häufig kommt es auch zu Überschneidungen mit Angststörungen und sozialer Unsicherheit [4].

Weltweit tragen depressive Störungen bei Erwachsenen neben Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schmerzen im unteren Rücken am häufigsten zum Verlust von Gesundheit und Lebensqualität bei [5]. Nach Schätzungen der Global Burden of Disease Study 2017 sind weltweit rund 264 Millionen Personen ab 15 Jahren von depressiven Störungen betroffen [5,6]. Laut Global Burden of Disease Study 2015 leiden weltweit 4,4 % der Bevölkerung ab 15 Jahren an einer depressiven Störung [7]. Frauen erkranken häufiger daran als Männer (5,1 % versus 3,6 %). Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren erleiden in einem geringeren Ausmaß depressive Störungen als Menschen anderer Altersgruppen. Die Prävalenz dafür liegt bei Kindern und Jugendlichen international bei 2,6 % (95 %-Konfidenzintervall (KI): [1,7; 3,9]); diese Zahlen basieren auf einer systematischen Übersicht über 23 Studien mit 59 492 Kindern und Jugendlichen weltweit, deren psychische Gesundheit in repräsentativen Bevölkerungsbefragungen untersucht wurde [8]. Die Prävalenz einer depressiven Störung ist bei Kindern (< 1 % in den meisten Studien) niedriger als bei Jugendlichen (4 % bis 5 %) [9]. Geschlechterunterschiede zeigen sich im Kindesalter nicht, nach der Pubertät werden depressive Störungen jedoch doppelt so oft bei Mädchen wie bei Jungen diagnostiziert [9]. Basierend auf Daten der in Deutschland durchgeführten Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA-Studie) wiesen im Elternbericht (7- bis 11-Jährige) 11,2 % und im Selbstbericht (11- bis 19-Jährige) 16,1 % der Kinder und Jugendlichen klinisch bedeutsame Anzeichen einer Depression auf [10]. Die im Vergleich zur systematischen Übersichtsarbeit hohen Prävalenzwerte der deutschen Studie sind wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass depressive Anzeichen nicht mit einer diagnostizierten depressiven Störung gleichzusetzen sind und die Einschätzung nicht durch qualifiziertes Fachpersonal erfolgte.

1.2.2 Ursachen und Verlauf

Da individuelle, familiäre, soziale und biologische Risikofaktoren miteinander verwoben sind und einander beeinflussen, kann der spezifische Beitrag einzelner Risikofaktoren zur Entstehung einer Depression nicht bestimmt werden [4,9]. Verglichen mit Kindern nicht depressiver Eltern weisen Kinder, deren Eltern an einer depressiven Störung erkrankt sind, ein 3- bis 4-faches Risiko auf, ebenfalls an einer Depression zu erkranken. Neben einer genetischen Prädisposition spielt hier jedoch auch die durch die Depression hervorgerufene vulnerable Bindung zum Kind eine wesentliche Rolle [2]. Kritische Lebensereignisse wie der Tod eines nahen Angehörigen, Umweltkatastrophen, längerfristig wirksame Belastungen wie körperliche Erkrankungen oder psychosoziale Aspekte wie Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erhöhen ebenfalls das Risiko, eine depressive Störung zu entwickeln [9].

Bis zu 90 % der an einer depressiven Episode erkrankten und behandelten Kinder und Jugendlichen erholen sich innerhalb von 1 bis 2 Jahren [4]. 45 % bis 75 % der Kinder und Jugendlichen, die sich von einer depressiven Episode erholen, erkranken jedoch neuerlich innerhalb von 5 Jahren [4,11]. Personen, die im Jugendalter an einer depressiven Störung

litten, haben ein höheres Risiko, im Erwachsenenalter Angststörungen, Substanzmissbrauch und bipolare Störungen zu entwickeln [9].

1.2.3 Diagnostik und Behandlung

Die diagnostische Abklärung beinhaltet in der Regel eine Eigenanamnese, die auch die Bereiche Familie, Entwicklungsverlauf und Erleben in der Schule berücksichtigt, eine Außenanamnese, Familienanamnese und Analyse des sozialen Umfelds, ein klinisches Interview sowie eine Selbst- und Fremdeinschätzung, die oft mithilfe von standardisierten schriftlichen Fragebögen erfolgt. Für eine Differentialdiagnose werden in weiterer Folge häufig eine körperlich-internistische Untersuchung sowie die Erhebung des Drogen- und Medikamentenkonsums empfohlen [3]. Im Zuge der diagnostischen Abklärung sind zudem Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen, Ess- und Zwangsstörungen auszuschließen. Die diagnostische Abklärung sollte ausschließlich dafür ausgebildetes Fachpersonal vornehmen [12].

Für die Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 18 Jahren liegt eine S3-Leitlinie vor, herausgegeben im Jahr 2013 von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) [12]. Diese S3-Leitlinie verlor jedoch mit 01.07.2018 ihre Gültigkeit und befindet sich gerade in Überarbeitung. Mangels zurzeit aktuellerer Empfehlungen für Deutschland wird nachfolgend dennoch auf die Inhalte dieser S3-Leitlinie eingegangen.

Bei der Wahl der Behandlungsstrategie gilt es den Schweregrad der Episode, das Ausmaß der erhaltenen Alltagsfunktionen und die familiären wie individuellen Ressourcen zu berücksichtigen [3]. Im Falle leichter depressiver Episoden empfiehlt die S3-Leitlinie der DGKJP [12] aktiv abwartende Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit, das heißt aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation über einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen. Erst bei Fortbestehen der Symptomatik sollten weitere Interventionen geplant werden. Voraussetzung für aktives Abwarten ist, dass keine bedeutsamen Belastungen oder Anzeichen für eine Verschlechterung vorliegen. Das Kind, die Jugendliche oder der Jugendliche muss vollständig und altersadäquat in der Lage sein, den Alltag zu bewältigen.

Für Kinder unter 8 Jahren wurde aufgrund fehlender Evidenz keine Empfehlung ausgesprochen. Als Behandlung der 1. Wahl bei älteren Kindern und Jugendlichen mit leichten depressiven Episoden und zusätzlichen Belastungen sowie mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden empfiehlt sich laut S3-Leitlinie eine Psychotherapie (kognitiv-verhaltenstherapeutische oder interpersonelle Psychotherapie), das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus beidem. Einer Psychotherapie ist Vorrang vor einer Psychopharmakotherapie zu geben, da Letztere das Risiko einer Verstärkung von

Suizidgedanken und weiterer unerwünschter Wirkungen bergen kann. In einem Sondervotum wird festgehalten, dass Jugendliche mit depressiven Störungen eine Psychotherapie erhalten sollten und sich als Mittel 2. Wahl eine Pharmakotherapie empfiehlt. Bei einer schweren depressiven Episode sind die Vor- und Nachteile einer Kombinationstherapie gegenüber einer ausschließlichen Behandlung mit Psychotherapie abzuwiegen. Falls sich die 2 oben genannten Psychotherapieformen nicht anwenden lassen, empfiehlt die S3-Leitlinie alternativ als Behandlung der 1. Wahl eine psychodynamische oder eine systemische Psychotherapie. Eine Alternative zu Fluoxetin stellen laut S3-Leitlinie die Medikamente Escitalopram, Citalopram oder Sertralin dar, allerdings im „Off-Label-Use“, da sie in Deutschland für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen sind. Die Behandlung kann üblicherweise ambulant erfolgen. Eine teilstationäre oder stationäre Behandlung ist unter folgenden Gegebenheiten einzuleiten: Suizidalität ohne Unterstützung durch relevante Bezugspersonen, erhebliche psychosoziale Belastungen oder Funktionseinschränkungen [12].

Psychotherapie

Im Folgenden werden alle Psychotherapieformen kurz beschrieben, die in der S3-Leitlinie der DGKJP [12] als Mittel 1. Wahl oder als Alternative dazu aufgelistet sind. Die **kognitive Verhaltenstherapie** (KVT) fußt auf der empirischen Psychologie und integriert diverse Therapieelemente: Aufklärung über die Symptome und Ursachen der depressiven Störung, Förderung der sozialen Kompetenzen, Aufbau positiver Aktivitäten und kognitive Umstrukturierung. Sie zielt darauf ab, ungünstige Verhaltens- und Denkmuster zu verändern und Kindern und Jugendlichen Kontrolle über negative Gefühle zu ermöglichen [4]. Laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie übernehmen die Krankenkassen in Deutschland die Kosten für KVT [13].

Die **interpersonelle Psychotherapie** (IPT), eine Kurzzeittherapie, basiert auf der Annahme, dass dysfunktionale Beziehungen und zwischenmenschliche Probleme zur Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiven Störungen bei Jugendlichen beitragen. Deswegen fokussiert die Therapie auf soziale Verluste sowie Rollenkonflikte und fördert das Sozialverhalten [4]. Die S3-Leitlinie der DGKJP empfiehlt die IPT, da internationale Studien deren Wirksamkeit belegen; allerdings wird darauf hingewiesen, dass die IPT nicht als Richtlinienverfahren des G-BA zugelassen ist und auch keine Standards für den Qualifikationserwerb vorliegen [12].

Zu den **psychodynamischen Psychotherapieformen** (DYN) zählen die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und die analytische Psychotherapie (APT). Psychodynamische Psychotherapie hebt die Bedeutung des Unbewussten und der Triebe für individuelles Verhalten hervor und arbeitet mit dem Konzept der Übertragung: Vergangene Erfahrungen werden auf die Therapeutin oder den Therapeuten projiziert, wodurch sich die erlebten

Konflikte in der Therapie bearbeiten lassen [14]. Hierbei handelt es sich um ein in Deutschland anerkanntes Verfahren; die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen [13].

Die **systemische Therapie**, die auch die Familientherapie einschließt, fokussiert auf den sozialen Kontext psychischer Störungen. In die therapeutische Arbeit werden neben den betroffenen Kindern und Jugendlichen wichtige Personen des relevanten sozialen Systems miteinbezogen. Die Therapie fokussiert auf kognitiv-emotionale, körperliche sowie interpersonelle Probleme und vorhandene Ressourcen [12]. Der HTA-Bericht geht auf die systemische Therapie nicht ein, da sie in einem anderen IQWiG-Bericht behandelt wird, dessen Beauftragung bevorsteht [15].

Der S3-Leitlinie der DGKJP [12] ist nicht zu entnehmen, wie häufig und wie lange unterschiedliche Psychotherapieverfahren angewandt werden sollten. Eine Behandlung kann enden, wenn Kinder und Jugendliche zumindest 2 Monate lang keine klinisch relevanten Symptome aufweisen. Über einen Zeitraum von 12 Monaten sollen einer offenen Empfehlung gemäß jedoch Kontrolltermine angeboten werden. Ebenfalls relevant ist in diesem Zusammenhang, dass unterschiedliche Kontingente für psychotherapeutische Behandlung spezifische Bewilligungsschritte von den Krankenkassen erfordern [16].

Antidepressiva

Fluoxetin ist aktuell das einzige Arzneimittel, das zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern ab 8 Jahren in Deutschland zugelassen ist [17]. Es zählt zur Gruppe der Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI). Diese blockieren Serotonin-Transportproteine im Gehirn und verhindern die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt, wodurch sich die Konzentration von Serotonin im Gehirn erhöht. Die DGKJP-Leitlinie [12] empfiehlt zu Beginn der Behandlung eine Dosis von 10 mg/Tag; wenn klinisch erforderlich, könne diese nach 1 Woche auf 20 mg/Tag erhöht werden. Da mit der antriebssteigernden Wirkung des Arzneimittels auch das Risiko für selbstverletzendes Verhalten und suizidale Gedanken steigt, sind eine morgendliche Einnahme und eine einschleichende Dosierung anzuraten. Kinder und Jugendliche sprechen oft erst nach ca. 2 - 4 Wochen auf die Behandlung an. Die in dieser Zeit vorherrschenden Nebenwirkungen wecken oftmals den Wunsch der Patientinnen und Patienten, die Behandlung abubrechen. Die Beratung der Patientinnen und Patienten zur Aufrechterhaltung der Therapie ist in dieser Zeit essentiell [17]. Aus einer Netzwerk-Metaanalyse (NMA) [18] ergibt sich basierend auf 10 Studien, dass Fluoxetin wirksamer in der Reduktion von depressiven Symptomen war (SMD - 0,51; 95 %-KI: [- 0,99; - 0,03]) als ein Placebo. Im Vergleich zu Placebo traten bei der Einnahme von Fluoxetin häufiger Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Diarrhoe, Somnolenz, Schlaflosigkeit, emotionale Labilität, Manie und Hypomanie auf [19].

Wenn das Kind, die Jugendliche oder der Jugendliche zumindest 2 Monate ohne klinisch relevante Symptome ist, soll die Behandlung laut S3-Leitlinie der DGKJP [12] für mindestens 6 weitere Monate fortgesetzt werden. Danach kann erwogen werden, die psychopharmakologische Behandlung abzusetzen.

In Deutschland sind andere SSRIs der 2. Generation (Escitalopram, Citalopram oder Sertralin) nicht für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen. Aufgrund ihrer kürzeren Halbwertszeit und der dadurch erzielten leichteren Steuerbarkeit werden diese Wirkstoffe im klinischen Alltag jedoch im „Off-Label-Use“ eingesetzt [17].

Aktiv abwartende Maßnahmen und Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit

Aktiv abwartende Maßnahmen beinhalten **Beratung und Aufklärung** (Psychoedukation) über die depressive Störung. Betroffene und Angehörige werden dabei unterstützt, Informationen über die (eigene) Erkrankung und Behandlungsmaßnahmen zu verstehen. Ziel ist, dass Betroffene mögliche Selbsthilfestrategien ergreifen und bei Bedarf Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen. Bei der Psychoedukation handelt es sich nicht um ein „eigenständiges“ Therapieverfahren im Sinne einer Psychotherapie, sondern um eine Behandlungskomponente einer übergeordneten psychologischen Intervention. Psychoedukation kann aber auch als aktiv abwartende Maßnahme gesehen werden. Die Psychoedukation hat ihre Wurzeln in der Verhaltenstherapie (VT), wobei moderne Abwandlungen auch gesprächs-psychotherapeutische Elemente enthalten können. Ziele der Psychoedukation sind ein besseres Verständnis und Umgang mit der Erkrankung und damit eine emotionale Entlastung der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen. Zudem soll die Psychoedukation dazu beitragen, dass etwaige Therapien besser eingehalten werden [20].

Die S3-Leitlinie der DGKJP [12] besagt, dass bei leichten depressiven Störungen ohne zusätzliche Belastungen aktives Abwarten über einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen ausreichen kann – vorausgesetzt, die Betroffenen sind in der Lage, ihren Alltag altersadäquat zu bewältigen. Zusätzlich sollten **Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit** angeboten werden, wie etwa Achtsamkeitsübungen, die Teilnahme an strukturierten sportlichen Aktivitäten wie Lauf-, Aerobic- oder Krafttraining und Entspannungsübungen wie beispielsweise die progressive Muskelentspannung nach Jacobson [21]. Die progressive Muskelentspannung wird im gesundheitsökonomischen Teil dieses HTA-Berichtes exemplarisch für die Berechnung von Interventionskosten nicht medikamentöser Behandlungen herangezogen. Diese Muskelentspannung beruht auf der Beobachtung, dass Stress- und Angsterleben im Zusammenhang mit einem erhöhten Muskeltonus steht und umgekehrt Entspannung mit einem niedrigeren Muskeltonus einhergeht. Bei dieser Behandlung werden schrittweise (progressiv) einzelne Muskelgruppen zuerst für kurze Zeit

angespannt und dann wieder aktiv lockergelassen. Die Aufmerksamkeit verweilt auf der jeweiligen Muskelgruppe, bevor die nächste Muskelgruppe angespannt wird.

1.3 Versorgungssituation

In Deutschland nehmen Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen selten Hilfe in Anspruch. Daten aus der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, Erhebungszeitpunkt 2003 bis 2006, Alter 7 bis 17 Jahre) zeigen, dass nur 11,8 % der als grenzwertig symptomatisch klassifizierten und 18,6 % der als symptomatisch klassifizierten Kinder und Jugendlichen Hilfe im Bereich der mentalen Gesundheit (bei Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychologinnen und Psychologen, Jugendhilfe) suchten [22]. Selbst wenn Eltern explizit angaben, dass eine psychische Erkrankung ihres Kindes diagnostiziert worden sei, wurde nur in rund der Hälfte der Fälle von psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung Gebrauch gemacht [23]. In der 2. KiGGS-Befragungswelle 2014 bis 2017 gaben insgesamt 3,8 % der Eltern von Kindern zwischen 0 und 17 Jahren in der Gesamtbevölkerung an, in den vergangenen 12 Monaten mit ihren Kindern eine Praxis für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgesucht zu haben; 2,5 % hatten nach eigener Aussage Psychotherapie für ihre Kinder in Anspruch genommen. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status suchten 2-mal häufiger Unterstützung bei einem Psychiater oder einer Psychiaterin als Personen mit höherem sozioökonomischen Status [24]. Kinder und Jugendliche aus den westlichen Bundesländern Deutschlands begeben sich weniger häufig in Behandlung als solche aus den östlichen Bundesländern. Je mehr Einwohnerinnen und Einwohner der eigene Wohnort zählt, desto eher werden außerdem psychosoziale Dienste zurate gezogen [25].

Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen, die versichert sind, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten einer Psychotherapie – für welche Formen, ist in der Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie festgelegt [13]. So erfolgt Kostenersatz für Verhaltenstherapie sowie für psychodynamische Psychotherapie-Angebote wie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und analytische Psychotherapie (APT). Im Falle von TP oder APT können bis zu 150 Stunden Einzeltherapie für Kinder beziehungsweise bis zu 180 Stunden für Jugendliche oder 90 Doppelstunden Gruppentherapie bewilligt werden, im Falle der Verhaltenstherapie liegt die Höchstgrenze bei 80 Stunden Einzel- oder Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche. Die Kosten einer systemischen Therapie übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nur für Erwachsenen. Was IPT betrifft, ist die Rückerstattung der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen gemäß G-BA-Richtlinienverfahren nicht vorgesehen [13]. 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.

1.4 Anliegen der Themenvorschlagenden

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.

Aus diesem Vorschlag wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ThemenCheck Medizin beim IQWiG eine HTA-Fragestellung entwickelt.

2 Fragestellungen

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind:

- die Nutzenbewertung einer Behandlung mit Psychotherapie (Verhaltenstherapie, psychodynamischer Psychotherapie [tiefenpsychologisch fundierter Therapie, analytischer Psychotherapie], interpersoneller Psychotherapie) im Vergleich zu aktiv abwartender Begleitung, zu einer Behandlung mit Antidepressiva, zu einer Behandlung mit anderen nicht medikamentösen Interventionen (zum Beispiel Entspannungsübungen) oder im Vergleich zu einem Vorgehen ohne Behandlung (zum Beispiel Warteliste) jeweils bei Kindern und Jugendlichen mit Depression hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte,
- die Bestimmung der Kosten (Interventionskosten), die bei der Behandlung mit Psychotherapie im Vergleich zu aktiv abwartender Begleitung, zu einer Behandlung mit Antidepressiva, zu einer Behandlung mit anderen nicht medikamentösen Interventionen (zum Beispiel Entspannungsübungen) oder im Vergleich zu einem Vorgehen ohne Behandlung (zum Beispiel Warteliste) bei Kindern und Jugendlichen mit Depression entstehen,
- die Bewertung der Kosteneffektivität von Psychotherapie im Vergleich zu aktiv abwartender Begleitung, zu einer Behandlung mit Antidepressiva, zu einer Behandlung mit anderen nicht medikamentösen Interventionen (zum Beispiel Entspannungsübungen) beziehungsweise im Vergleich zu einem Vorgehen ohne Behandlung (zum Beispiel Warteliste) bei Kindern und Jugendlichen mit Depression sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit der medizinischen Intervention verbunden sind.

3 Methoden

3.1 Methoden Nutzenbewertung

Die Zielpopulation der Nutzenbewertung bildeten Kinder und Jugendliche (≤ 18 Jahre) mit einer diagnostizierten Depression. Nicht im Fokus standen Kinder und Jugendliche, die an Dysthymie, anderen affektiven Störungen (wie zum Beispiel einer bipolaren Störung) oder psychischen Erkrankungen leiden. Ebenso wenig Berücksichtigung fanden Kinder und Jugendliche, bei denen laut Angaben der SÜ-Autorinnen und -Autoren eine behandlungsresistente Depression vorlag oder die Depression eine Komorbidität einer anderen Grunderkrankung darstellte, oder wenn es sich um eine spezielle Form der Depression (peri-/ postnatale Depression bei jugendlichen Mädchen) handelte. Die Prüfintervention bildete die Behandlung mit Psychotherapie als alleinige Therapie sowie als Add-on zu einer Behandlung mit Antidepressiva. Der Fokus lag hierbei auf kognitiver Verhaltenstherapie, interpersoneller Psychotherapie und psychodynamischer Psychotherapie, zu der die tiefenpsychologisch fundierte Therapie und die analytische Psychotherapie zählen. Auch computerbasierte Psychotherapie (CGVT) wurde eingeschlossen, sofern diese unter Beteiligung von qualifiziertem Personal erfolgte. Als inaktive Kontrollinterventionen kamen Scheintherapie (psychologisches Placebo), keine Behandlung, Warteliste oder übliche Behandlung in Frage.

Bei Personen auf der Warteliste oder unter „üblicher Behandlung“ ist es in der Regel so, dass diese im Rahmen der Studie keine Intervention bekommen, ihnen aber aus ethischen Gründen nicht verwehrt wird, Angebote aus der Routineversorgung in Anspruch zu nehmen. Bei psychologischem Placebo wird eine Scheintherapie durchgeführt, beispielsweise in Form von Gesprächen. Dies entspricht jedoch keiner anerkannten Psychotherapie und kann somit nicht als aktive Therapie gewertet werden. Ebenso waren eine Behandlung mit einem Antidepressivum (AD), eine Behandlung mit anderen nicht medikamentösen Interventionen (beispielsweise Entspannungsübungen oder Sport) sowie aktives Abwarten (Psychoedukation) mögliche Vergleichsinterventionen.

Für die Untersuchung wurden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Mortalität (Gesamtmortalität, Suizidmortalität)
- Morbidität
 - Suizidgedanken und -verhalten
 - Ansprechen auf die Therapie (Response)
 - Remission der Depression
 - Veränderung depressiver Symptome

- Funktionsfähigkeit (sozial, kognitiv, psychisch, körperlich)
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- unerwünschte Ereignisse

Suizidgedanken und -verhalten wurden aufgrund ihrer wichtigen Bedeutung gesondert als Endpunkt definiert, obwohl diese Aspekte auch in vielen Skalen zu depressiven Symptomen als ein Item abgefragt werden.

Zusätzlich zu den oben angeführten patientenrelevanten Endpunkten wurde auch die Akzeptanz der Behandlung mithilfe des Endpunktes „Patientenzufriedenheit“ betrachtet.

In die Nutzenbewertung flossen systematische Übersichten (SÜ) von randomisierten kontrollierten Studien in deutscher oder englischer Sprache ein, sofern die SÜs 2010 oder später publiziert und methodisch adäquat durchgeführt wurden (Oxman-Guyatt-Index ≥ 5). Hinsichtlich der Studiendauer der eingeschlossenen RCTs bestand keine Einschränkung.

Eine systematische Literaturrecherche nach SÜs erfolgte in den Datenbanken MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews), Embase und HTA Database. Darüber hinaus fanden folgende Informationsquellen und Suchtechniken Berücksichtigung: Suche in PROSPERO (Register für SÜs) sowie Kontaktaufnahme mit Autorinnen und Autoren relevanter, in PROSPERO registrierter, aber nicht veröffentlichter SÜs; Sichten von Referenzlisten identifizierter SÜs und Overviews of Reviews; Suche auf den Webseiten des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Falls durch die Anhörung des vorläufigen HTA-Berichtes zusätzliche relevante Dokumente bekannt werden, sollen diese vor der Finalisierung des Berichtes ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Selektion relevanter SÜs nahmen 2 Personen unabhängig voneinander vor. Diskrepanzen lösten sie durch Diskussion auf. 1 Person extrahierte die Daten in standardisierte Tabellen, eine 2. Person überprüfte sie. Zur Einschätzung der qualitativen Ergebnissicherheit wurde zum einen das Verzerrungspotenzial der Primärstudien, wie es in den SÜs berichtet wurde, herangezogen. Zum anderen wurde die methodische Qualität der SÜs mittels Oxman-Guyatt-Index von 2 Personen unabhängig bewertet. Da die SÜs hinsichtlich der Fragestellung und der relevanten Charakteristika nicht ausreichend vergleichbar waren, um in Metaanalysen untersucht zu werden, erfolgte eine narrative Zusammenfassung. Die Ergebnisse der SÜs wurden nach Endpunkten und Art der Psychotherapie geordnet beschrieben. Verwendete eine SÜ mehrere Depressionsskalen, um Ergebnisse zum gleichen Endpunkt zu berichten, kamen die Daten jener Skala zur Anwendung, die über alle SÜs hinweg am häufigsten verwendet wurde. Lagen Daten zur Fremd- und Selbsteinschätzung vor, wurden beide extrahiert. Basierend auf der Ergebnisdarstellung der SÜs ließen sich Subgruppenergebnisse

für Kinder und Jugendliche, für Psychotherapie mit und ohne Einbeziehung der Eltern sowie für die Dauer des Follow-ups berichten. Hierbei wurde ein Follow-up von 12 bis 16 Wochen (kurzfristig), zirka 6 Monaten (mittelfristig) und 12 Monaten oder mehr (langfristig) unterschieden. Eine gesonderte Betrachtung von Subgruppen nach Ausmaß der Depression, Geschlecht der Kinder und Jugendlichen sowie psychosozialen Aspekten war nicht möglich.

Die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Primärstudien wurde aus den SÜs übernommen. Wurde die gleiche Studie in mehreren SÜs unterschiedlich bewertet, wurde ein vorsichtiges Vorgehen gewählt und die Einschätzung mit dem höchsten Verzerrungspotenzial für diesen HTA herangezogen.

Gepoolte Effektschätzer von Metaanalysen wurden übernommen, wenn 80 % der darin eingeschlossenen Patientinnen und Patienten den vorgenannten Einschlusskriterien entsprachen. Ansonsten wurden die Ergebnisse der passenden Einzelstudien narrativ extrahiert. Ausnahmen bildeten jedoch NMAs und große Metaanalysen. Aus ihnen wurden gepoolte Effektschätzer auch dann extrahiert, wenn weniger als 80 % der berücksichtigten Patientinnen und Patienten den Einschlusskriterien entsprachen, da eine Ähnlichkeitsannahme bestand und die Abweichungen nur minimal waren.

Für jeden Endpunkt wurde eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens und (höheren) Schadens in 4 Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen: Entweder lag ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder nichts davon vor. Letzteres war gegeben, wenn es an Daten fehlte oder die vorliegenden Daten keine der übrigen Aussagen zuließen. In diesem Fall wurde kein Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder (höheren) Schaden abgeleitet. Die Ableitung der Beleglage orientierte sich an den standardisierten Vorgaben des IQWiG, wenn zu einem Vergleich und Endpunkt Ergebnisse einer SÜ oder Ergebnisse einzelner Studien vorlagen. Berichteten mehrere SÜs zum gleichen Endpunkt und Vergleich, erfolgte zunächst eine Prüfung, ob die Ergebnisse gleichgerichtet sind. War dies der Fall, erfolgte eine narrative Zusammenfassung. Wenn nicht, wurde jenen Ergebnissen Vorrang gegeben, die aus SÜs mit besserer Qualitätsbewertung stammten. Waren die Bewertungen gleich gut, kamen jene Ergebnisse zum Zug, die auf den meisten RCTs beruhten, direkte Vergleiche oder Ergebnisse aus gepaarten Metaanalysen aus den NMAs berichteten und ein aktuelles Suchdatum hatten. Da das Verzerrungspotenzial der Einzelstudien in allen SÜs überwiegend hoch war, konnte anhand dessen keine Priorisierung vorgenommen werden.

3.2 Methoden gesundheitsökonomische Bewertung

3.2.1 Interventionskosten

Zur Bestimmung der Interventionskosten wurden die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche bei Anwendung der Prüf- und Vergleichsintervention ermittelt. Dabei

finden auch unmittelbar mit der Anwendung einhergehende Leistungen Berücksichtigung. Für die angefallenen Leistungen wurden, soweit möglich und zugänglich, die jeweils gültigen regulierten oder verhandelten Preise angesetzt. Im Falle von Leistungen, die keiner klaren Regulierung oder Preisverhandlung unterliegen und die sich durch Recherchen in Datenbanken nicht eruieren ließen, erfolgten entsprechende Anfragen bei Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern. Mögliche individuelle Umstände und damit einhergehende Kosten wurden nur ansatzweise dargestellt, etwa in Form unterschiedlich hoher Medikamentendosierungen. Die Kosten für eine Erstdiagnose der Depression (F32 beziehungsweise F33 nach ICD-10) wurden nicht berücksichtigt, erstattungsfähige und nicht erstattungsfähige Kosten getrennt ausgewiesen.

3.2.2 Kosteneffektivität

Für die Bewertung gesundheitsökonomischer Aspekte wurde systematisch nach vergleichenden Studien – also Kosten-Effektivitäts- / -Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen – auf Englisch und Deutsch gesucht [27]. Bei den Studien zur Kosteneffektivität erfolgte eine Einschränkung auf Studien aus Deutschland, auf Länder mit hohem Einkommen nach Definition der Weltbank [28] (Bruttonationaleinkommen pro Kopf über 12 376 US-Dollar [\$] beziehungsweise zirka 11 255 €) als auch auf Länder mit einem dem deutschen ähnlichen Gesundheitssystem. Ergebnisse gesundheitsökonomischer Studien aus diesen Ländern lassen eine größere Übertragbarkeit auf Deutschland vermuten.

Im Rahmen der fokussierten Informationsbeschaffung wurden die Datenbanken Embase, HTA Database und MEDLINE durchsucht. 2 Personen sichteten relevante Artikel über die Kosteneffektivität von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Zusätzlich wurden SÜs und HTAs als ergänzende Quellen genutzt. Sollten durch die Anhörung des vorläufigen HTA-Berichtes weitere relevante Dokumente bekannt werden, sollen diese vor der Finalisierung des Berichtes ebenfalls berücksichtigt werden.

1 Person extrahierte die relevanten Daten der eingeschlossenen Studien in standardisierte Tabellen, eine 2. Person überprüfte sie. Für alle eingeschlossenen gesundheitsökonomischen Studien erfolgte eine Bewertung der Berichtsqualität, der methodischen Qualität auf Basis der Kriterien der Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) [29], und für die Übertragbarkeit der Ergebnisse orientierte man sich an den Kriterien des HTA Adaptation Toolkit des European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) [30] (siehe 5.2.4). Die Ergebnisse hinsichtlich der in den Studien berichteten Kosteneffektivität sowie die Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren werden im HTA-Bericht vergleichend beschrieben.

3.3 Methoden ethische Aspekte

In der Aufbereitung der Informationen zu ethischen Aspekten erfolgte in Anlehnung an die übergeordneten Fragestellungen des vereinfachten Fragenkataloges von Hofmann et al. 2014 [31] eine Auseinandersetzung mit sozialen wie moralischen Normen und Werten, die in Beziehung zu Depression bei Kindern und Jugendlichen sowie zu Psychotherapie stehen. Zusätzlich praktizierten die Berichtsautorinnen und -autoren die Methode „reflective thoughts“ – also das reflektierte, auf ihr eigenes Wissen bezogene Nachdenken über mögliche ethische Aspekte [32].

Im Rahmen der orientierenden Recherche wurden die Informationsquellen Belit, CINAHL, EthxWeb, ETHICSWEB, MEDLINE, PsycINFO und Scopus durchsucht. Zusätzlich griff man auf die zur Nutzen- sowie zur ökonomischen Bewertung inkludierten Studien und auf Websites von Interessenvertretungen zurück sowie auf die dokumentierten Interviews mit einer befragten Expertin und einem befragten Experten.

1 Person sichtete Informationen aus allen Recherchequellen auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Intervention, extrahierte sie in standardisierte Tabellen und erläuterte sie zusätzlich narrativ. Das Ergebnis wurde durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

3.4 Methoden soziale, organisatorische und rechtliche Aspekte

Für die Aufarbeitung **sozialer und organisatorischer Aspekte** wurden orientierende Recherchen in MEDLINE, in der Leitliniendatenbank der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und auf Websites relevanter Institutionen durchgeführt (Robert Koch-Institut [RKI], G-BA, Gesundheitsinformation.de). Ebenso wurden die für die Nutzenbewertung herangezogenen SÜs sowie die mit dem Ziel der gesundheitsökonomischen Einschätzung inkludierten Studien nach sozialen Aspekten durchsucht. Zusätzlich wurde auf die dokumentierten Interviews mit einer befragten Expertin und einem befragten Experten zurückgegriffen. Ergänzend fand die Methode „reflective thoughts“ gemäß INTEGRATE-HTA-Anleitung Anwendung [32].

Die Informationsaufbereitung zu sozialen Aspekten orientierte sich an dem von Mozygemba et al. 2016 [33] vorgeschlagenen umfassenden konzeptionellen Rahmen, jene zu organisatorischen Aspekten am Raster, das Perleth et al. 2014 [34] zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Behandlungsmethoden anbieten.

Informationen aus allen Quellen der orientierenden Recherchen wurden von 1 Person auf Aussagen zu sozialen und /oder organisatorischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Behandlungsoptionen gesichtet. Eine 2. Person sorgte für die

Qualitätssicherung des Ergebnisses. Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte wurden in Tabellen extrahiert und narrativ zusammengefasst.

Zur Literaturfindung betreffend die Aufarbeitung **rechtlicher Aspekte** dienten die Datenbanken des deutschen Bundesgerichtshofes, das Rechtsinformationssystem des Bundes, die Rechtsdatenbanken von Manz und von Lexis Nexis. Gesucht wurde auch in der Bibliothek der Donau-Universität Krems und im Internet (Google), zudem wurden einschlägige Kommentare und Handbücher herangezogen.

Die Informationsaufbereitung zu rechtlichen Aspekten orientiert sich an dem Leitfaden von Brönneke et al. 2016 [35].

1 Person sichtete Informationen auf Aussagen zu rechtlichen Aspekten der zu untersuchenden Behandlungsoptionen. Die Auswahl der Kommentare erfolgte nach Aktualität, Relevanz und Verfügbarkeit. Eine 2. Person las kritisch die Argumente und Kommentare und sorgte so für die Qualitätssicherung.

3.5 Einbeziehung der Sichtweise von Betroffenen

Ursprünglich war geplant, 8 Interviews mit betroffenen Kindern, Jugendlichen und Eltern durchzuführen. Die Ethikkommission der Donau-Universität Krems bewilligte diese Gespräche jedoch nicht, da sie die Zielgruppe als zu vulnerabel ansah. Um indirekt Auskunft über die Lage der Betroffenen zu erlangen, wurden alternativ daher leitfadenbasierte Experteninterviews mit einem Kinder- und Jugendpsychiater sowie einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin als Leiterin einer Selbsthilfegruppe für Jugendliche durchgeführt. Ziel der Gespräche war es zu verifizieren, dass die Endpunkte dieses HTA-Berichtes patientenrelevant sind, sowie weitere ethische, soziale und organisatorische Aspekte der Umsetzung von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression zu beleuchten. Die Expertin und der Experte wurden über die Ziele des Interviews und des HTA sowie die Vorgehensweise bei der Interviewführung aufgeklärt. Vorab informierte man sie darüber, dass die Gespräche anonymisiert ausgewertet und dass sie – wenn gewünscht – im HTA-Bericht namentlich Erwähnung finden würden. Die wegen der Coronavirus-Pandemie online durchgeführten Gespräche, die 45 bis 70 Minuten dauerten, wurden mittels der Software Zoom aufgezeichnet. Die Tonspur wurde für die spätere Auswertung gespeichert, die Videospur unmittelbar nach dem Gespräch gelöscht. Nach der Protokollierung der Gespräche erfolgte auch eine Löschung der Aufnahmen. Eine 2. Person prüfte die Protokolle der Interviews auf ihre Nachvollziehbarkeit. Die Erkenntnisse aus diesen Interviews flossen in die Bewertung ethischer, sozialer und organisatorischer Aspekte ein.

4 Ergebnisse: Nutzenbewertung

4.1 Ergebnisse der umfassenden Informationsbeschaffung

Die Informationsbeschaffung identifizierte 13 SÜs als relevant für die Fragestellung der Nutzenbewertung [36-48]. Es wurden keine geplanten oder laufenden SÜs via PROSPERO identifiziert. Des Weiteren wurden 2 abgeschlossene SÜs identifiziert [49,50], zu denen im November 2020 noch keine Ergebnisse berichtet wurden. Die letzte Suche fand am 08.04.2020 statt. Eine ergänzende fokussierte oder orientierende Suche nach RCTs gemäß dem HTA-Berichtsprotokoll fand nicht statt, da alle für diesen HTA-Bericht relevanten Psychotherapieformen in SÜs behandelt wurden, die aktuell genug und von ausreichend guter Qualität waren.

4.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen systematischen Übersichten

Die 13 in den HTA-Bericht eingeschlossenen SÜs inkludierten insgesamt 150 nicht überlappende RCTs. Die SÜs führten ihre letzte Suche nach Primärstudien zwischen März 2009 und Januar 2019 durch. 6 SÜs untersuchten KVT (alleine oder teilweise in Kombination mit Antidepressiva) [36,37,40,41,45,46], 2 SÜs legten den Fokus auf IPT [43,44], 3 SÜs untersuchten KVT und IPT [38,39,42], 2 SÜs stellten alle 3 für diesen HTA-Bericht relevanten Psychotherapieformen in den Mittelpunkt: KVT, IPT, DYN [47,48]. Das Format der Therapie sowie die Dauer und Häufigkeit der Intervention waren in den SÜs sehr unterschiedlich. 2 SÜs untersuchten ausschließlich Einzeltherapie [37,43], 2 SÜs nur Gruppentherapie [36,46], die restlichen SÜs berücksichtigten sowohl Studien zu Einzel- als auch zu Gruppentherapie beziehungsweise machten keine genauen Angaben zur Therapieform. Die Dauer der Psychotherapien variierte in den SÜs zwischen 4 und 54 Wochen, die Häufigkeit der Therapiesitzungen zwischen 4 und 36 Einheiten. Die inkludierten SÜs berichteten nur in seltenen Fällen darüber, ob die Psychotherapie ambulant oder stationär durchgeführt wurde. Wenn die Information berichtet wurde, handelte es sich um stationäre Behandlungen. Die Psychotherapieformen wurden in den SÜs im Vergleich zu inaktiven Kontrollen (psychologisches Placebo, Warteliste, keine Intervention, übliche Behandlung) oder zu Antidepressiva auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. „Psychologisches Placebo“ sowie „übliche Behandlung“ wurden in den SÜs nicht näher definiert.

Forti-Buratti 2016 [41] und Yang 2017 [46] fokussierten auf Kinder (7–13 Jahre), Chi 2018 [36] und Dubicka 2010 [40] auf Jugendliche (13–18 Jahre). Alle anderen SÜs schlossen Studien zu Kindern wie Jugendlichen ein und betrachteten diese in den Analysen gemeinsam. Keine SÜ inkludierte Studien zu Kindern, die jünger als 7 Jahre waren. Die inkludierten SÜs, die auf die Behandlung einer unipolaren Depression fokussierten, unterschieden in ihren Ergebnissen nicht zwischem dem Schweregrad der Depression.

Wenn die SÜs neben relevanten Studien auch solche enthielten, die für diesen HTA-Bericht nicht relevant waren – wie beispielsweise Studien zu Depression bei Erwachsenen –, wurden diese nicht relevanten Studien der SÜs im Rahmen des HTA-Berichts nicht berücksichtigt. Für diesen HTA-Bericht zogen wir nur die Ergebnisse der relevanten Primärstudien heran. Lediglich die SÜs von Pu 2017 [44] und Yang 2017 [46] konnten gesamt eingeschlossen werden. Zusätzlich wurden auch 3 NMAs von Liang 2020 [42], Zhou 2020 [47] und Zhou 2015 [48] eingeschlossen: Hier beziehen sich die extrahierten Daten jeweils auf die gesamte NMA; auch wenn nicht alle inkludierten Studien den a priori definierten Einschlusskriterien entsprachen, wurden sie doch im Netzwerk verwendet. Die Ergebnisse der NMA wurden extrahiert, da zumindest indirekt die für diesen HTA-Bericht relevanten Vergleiche durchgeführt wurden. Auf diese Ergebnisse wurde im Rahmen der Ableitung der Beleglage nur zurückgegriffen, wenn keine direkten Vergleiche aus Einzelstudien oder gepaarten Metaanalysen vorlagen. Studien, die Teil des Netzwerks waren, aber nicht den Einschlusskriterien dieses HTA-Berichts entsprachen, wichen in erster Linie in Bezug auf die zu untersuchende Intervention ab, da im Netzwerk auch Studien zu anderen Psychotherapieformen oder Vergleiche zwischen Psychotherapieformen oder Antidepressiva und Placebo eingeschlossen waren [42,47,48]. Dies ist zum ermitteln indirekter Vergleiche notwendig. Bei Zhou 2020 [47] wichen 15 % der NMA-Studien (11 von 71) bezüglich der Population von den Einschlusskriterien dieses HTA-Berichts ab, da neben Kindern und Jugendlichen mit Depression auch solche mit Dysthymie inkludiert waren – wie groß deren Anteil in den einzelnen Studien war, wurde jedoch nicht berichtet. Diese Abweichung wird aus klinischer Sicht als nicht gravierend eingestuft, da es sich nur um 15 % der Studien handelt und diese auch nur teilweise Personen mit Dysthymie inkludiert hatten.

Alle 3 NMAs gaben an, dass die Ähnlichkeitsannahmen (ähnliche Studien- und Patientencharakteristika) ausreichend gegeben waren, um die Studien in einer NMA zu kombinieren [42,47,48].

4.3 Übersicht der patientenrelevanten Endpunkte

Aus 13 SÜs wurden Daten zu den patientenrelevanten Endpunkten „Suizidrisiko (Suizidgedanken und -verhalten)“, „Ansprechen auf die Therapie (Response)“, „Remission“, „Veränderung depressiver Symptome“ und „Funktionsfähigkeit“ extrahiert. Zu „Mortalität“ (Gesamtmortalität, Suizidmortalität), „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ sowie „Unerwünschte Ereignisse“ wurden in den SÜs keine Daten berichtet. Auch zum Endpunkt „Patientenzufriedenheit“ ließen sich keine Ergebnisse in den eingeschlossenen SÜs finden. Tabelle 1 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Übersichten.

Tabelle 1: Matrix der patientenrelevanten Endpunkte

SÜ	Endpunkte							
	Mortalität	Morbidität					Gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie psychosoziale Aspekte	
	Gesamtmortalität / Suizidmortalität	Suizidrisiko (Suizidgedanken und -verhalten)	Ansprechen auf die Therapie (Response)	Remission	Veränderung depressiver Symptome	Unerwünschte Ereignisse	Funktionsfähigkeit	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
Chi 2018	-	-	-	-	●	-	-	-
Cox 2014	-	●	-	●	●	-	●	-
Cuijpers 2020	-	-	-	-	●	-	-	-
Davaasambuu 2020	-	-	-	-	●	-	-	-
Dubicka 2010	-	●	●	-	●	-	-	-
Forti-Buratti 2016	-	-	-	-	●	-	-	-
Liang 2020	-	-	-	-	●	-	-	-
O'Connor 2013	-	○	-	-	○	-	-	-
Pu 2017	-	●	-*	-	●	-	●	-
Tindall 2017	-	-	-	-	●	-	-	-
Yang 2017	-	-	-	-	●	-	-	-
Zhou 2020	-	●	-	-	●	-	-	-
Zhou 2015	-	-	-	-	●	-	-	-
● Daten wurden berichtet und waren verwertbar. ○ Daten wurden berichtet, aber nicht für die Nutzenbewertung extrahiert, da alle Studien bereits in anderen SÜs berichtet wurden. - Es wurden keine Daten berichtet. * Die Daten überschneiden sich in weiten Teilen mit den Daten zum Endpunkt „Veränderung depressiver Symptome“ und wurden demnach nicht auch noch für den Endpunkt „Response“ herangezogen. Abkürzungen: SÜ: systematische Übersicht								

4.4 Bewertung der Qualität der SÜs und des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

Die Qualität wurde für 9 SÜs als sehr hoch (7 von 7 Punkten gemäß Oxman-Guyatt-Score) bewertet [37,38,42-48], 3 SÜs erhielten 6 von 7 Punkten [39,40], 1 SÜ 5 von 7 Punkten [41]. Alle SÜs, die inhaltlich die Einschlusskriterien erfüllten, aber in der Qualitätsbewertung

weniger als 5 Punkte erhielten, fanden in diesem HTA-Bericht nicht Berücksichtigung (siehe A3.2.2, Tabelle 8).

Das Verzerrungspotenzial der Primärstudien hatten die SÜ-Autorinnen und -Autoren eingeschätzt. Lagen von ihnen nur Einschätzungen der Bias-Domänen vor, jedoch keine Gesamtbewertung der Primärstudien, wurde von den Autorinnen und Autoren dieses HTA-Berichtes eine Gesamteinschätzung des Bias-Risikos vorgenommen. Von 1 Person stammte die Einschätzung, von einer 2. Person wurde sie überprüft. Bei 18 der 152 in den verschiedenen SÜs berichteten Primärstudien wurde das Verzerrungspotenzial endpunktübergreifend mindestens in 1 SÜ als gering, bei den restlichen Studien als unklar oder hoch eingestuft. Primärstudien, die in mehreren SÜs eingeschlossen waren, erfuhren teilweise eine unterschiedliche Einstufung hinsichtlich des Verzerrungspotenzials. Im Falle unterschiedlicher Einstufungen orientierten sich die Autorinnen und Autoren dieses HTA-Berichtes an der strengeren Einschätzung (siehe A3.2.2).

Das endpunktspezifische Verzerrungspotenzial wurde nicht gesondert betrachtet, da diese Informationen in den SÜs nicht im erforderlichen Detailgrad vorlagen.

4.5 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Nachfolgend finden sich die Ergebnisse je patientenrelevantem Endpunkt kurz dargestellt. Dabei wird jeweils zuerst auf KVT, dann auf IPT und anschließend auf DYN eingegangen. Zuerst erfolgt ein Vergleich der Psychotherapien mit inaktiven Kontrollinterventionen (Placebo, Warteliste, keine Behandlung, übliche Behandlung) und in weiterer Folge mit einer Antidepressiva-Behandlung. Danach wird die Evidenz zum Einsatz von Psychotherapie als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung dargestellt. Liegt bei einem Endpunkt zu 1 oder mehreren dieser Vergleiche keine Evidenz vor, wird dies angeführt.

Was Vergleiche mit anderen aktiven Therapien wie Entspannungs- oder Sportübungen betrifft, ließ sich zu keinem Endpunkt Evidenz identifizieren. Detailergebnisse sind den Tabellen im Abschnitt A3.3 zu entnehmen.

4.5.1 Ergebnisse zur Mortalität

Zu diesem Endpunkt wurden keine Ergebnisse in den relevanten SÜs berichtet.

4.5.2 Ergebnisse zum Suizidrisiko

4.5.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie

KVT vs. inaktive Kontrollen

Ob KVT im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollintervention (Placebo oder übliche Behandlung) das Suizidrisiko erhöht oder verringert, kann aus der berichteten Evidenz nicht geschlossen werden. 1 direkter Vergleich und eine zugehörige NMA zeigten zwar keinen

statistisch signifikanten Unterschied bezüglich des Suizidrisikos zwischen KVT und inaktiver Kontrolle, das Konfidenzintervall war allerdings jeweils zu breit, um valide Schlussfolgerungen zu ermöglichen (KVT vs. psychologisches Placebo [PP]: NMA: Odds Ratio [OR] 11,31, 95 %-KI: [0,01; 46,11], RCT: OR 1,02, 95 %-KI: [0,06; 16,45]; KVT vs. übliche Behandlung: OR 276,9, 95 %-KI: [0,02; 1163]) [47]. Zudem fehlten Angaben, ob sich diese Ergebnisse auf das kurz-, mittel- oder langfristige Suizidrisiko bezogen.

Demnach liegt kein Anhaltspunkt für den Nutzen von KVT vor.

KVT vs. Antidepressiva

Ein direkter Vergleich aus einer 2020 publizierten SÜ mit Daten zu 220 Kindern und Jugendlichen zeigte zwar numerisch ein geringeres Suizidrisiko in der KVT-Gruppe, der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant (OR 0,52, 95 %-KI: [0,17; 1,62]) [47]. 1 SÜ aus 2014 [37] zeigte im direkten Vergleich, dass mit KVT behandelte Kinder und Jugendliche nach 12 bis 18 Wochen statistisch signifikant seltener Suizidgedanken hatten und Suizidverhalten zeigten als unter Antidepressiva-Einnahme (KVT vs. AD nach 12 Wochen: OR 0,26, 95 %-KI: [0,09; 0,72], 1 RCT mit Daten zu 188 Kindern und Jugendlichen; nach 18 Wochen: OR 0,26, 95 %-KI: [0,07; 0,98], 1 RCT mit Daten zu 149 Kindern und Jugendlichen). Absolut gesehen wiesen 6 % unter KVT und 19 % unter Antidepressiva-Einnahme nach 12 Wochen ein erhöhtes Suizidrisiko auf [37].

Basierend auf der aktuellsten SÜ [47] lässt sich kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen von KVT im Vergleich zu Antidepressiva ableiten.

KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Wurde KVT als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung im Vergleich zu alleiniger Antidepressiva-Behandlung untersucht, war sowohl kurz- als auch langfristig kein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit von Suizidgedanken beziehungsweise Suizidverhalten von Kindern und Jugendlichen zu erkennen [37,40,47]. 1 Metaanalyse, die 2 Einzelstudien zu 388 Kindern und Jugendlichen dazu berücksichtigte, kam nach 12 Wochen zu folgendem Ergebnis: KVT + AD vs. AD: OR 0,75, 95 %-KI: [0,26; 2,16] [37]. Auch eine andere Metaanalyse von 2 Studien mit Daten zu 424 Kindern kam zu einem ähnlichen Ergebnis: OR: 0,75, 95 %-KI: [0,35;1,59] [47]. Eine Metaanalyse von 2 Studien mit Daten von 344 Kindern und Jugendlichen zeigte auch nach 40-50 Wochen Nachbeobachtung keinen statistisch signifikanten Unterschied: OR 0,53, 95 %-KI: [0,06; 4,58] [37]. Nur 1 ältere SÜ, die aufgrund der in Abschnitt 3.1 beschriebenen Methodik nicht zur Ableitung der Beleglage herangezogen wurde, berichtete von einer Studie, in der bei 157 Jugendlichen nach 36 Wochen suizidales Verhalten häufiger unter alleiniger Antidepressiva-Einnahme zu beobachten war als unter der Kombination von Antidepressiva und kognitiver Verhaltenstherapie [40].

Basierend auf 2 SÜs (Oxman-Guyatt-Index: jeweils 7 von 7) [37,47] lässt sich kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen von KVT als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung im Vergleich zu alleiniger Antidepressiva-Behandlung ableiten.

4.5.2.2 Interpersonelle Psychotherapie

IPT vs. inaktive Kontrollen

1 SÜ, in deren eingeschlossenen Studien Kinder und Jugendliche über einen Zeitraum von 6 bis 16 Wochen 10 bis 16 Einheiten IPT erhielten, ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied in Bezug auf das Suizidrisiko zwischen Kindern und Jugendlichen, die IPT, und solchen, die ein psychologisches Placebo oder ihre übliche Behandlung erhielten. Das Konfidenzintervall war zu breit, um valide Schlussfolgerungen ableiten zu können: OR 0,70, 95 %-KI: [0,17; 2,93], 2 RCTs mit Daten zu 112 Kindern und Jugendlichen [44]. Dies bestätigten auch 1 NMA und 2 Einzelstudien mit direkten Vergleichen aus der NMA [47].

Demnach liegt kein Anhaltspunkt für den Nutzen von IPT vor.

IPT vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

IPT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

4.5.2.3 Psychodynamische Psychotherapie

DYN vs. inaktive Kontrollen

Im direkten Vergleich zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich des Suizidrisikos zwischen Kindern und Jugendlichen nach DYN und psychologischem Placebo: OR 1,01, 95 %-KI: [0,06; 16,23], 1 RCT mit Daten zu 315 Kindern und Jugendlichen. Angaben zum Zeithorizont des Endpunktes fehlten [47]. Zu diesem Ergebnis kam auch eine in dieser SÜ berechnete NMA. Hier fehlten ebenso Angaben zum Zeithorizont des Endpunktes. Zudem war das Konfidenzintervall auch hier sehr breit, was valide Schlussfolgerungen verunmöglicht: OR 8,64, 95 %-KI: [0,01; 40,05] [47].

Es liegt kein Anhaltspunkt für den Nutzen von DYN vor.

DYN vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

DYN + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

4.5.3 Ergebnisse zum Ansprechen auf die Therapie (Response)

Ansprechen auf die Therapie (Response) wurde in 2 SÜs berichtet. Dubicka 2010 definierte ein Ansprechen auf die Therapie als starke oder sehr starke Verbesserung gemäß Clinical Global Impression of Improvement Scale (CGI-I-Skala) [40]. Pu 2017 definierte Response als 50 %-Verbesserung auf einer Depressionsskala [44].

4.5.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie

KVT vs. inaktive Kontrollen

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

KVT vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Bei Jugendlichen führte die Kombination aus KVT und Antidepressiva nach 12 Wochen und nach 28 bis 36 Wochen zu keinem statistisch signifikanten Unterschied im Vergleich zu alleiniger Antidepressiva-Therapie (12 Wochen: Studie zur Behandlung von Jugendlichen mit Depressionen (Treatment for Adolescents with Depression Study [TADS] basierend auf Daten von 193 Jugendlichen: OR 0,61, 95 %-KI: [0,33; 1,14]; Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial [ADAPT] basierend auf Daten von 202 Jugendlichen: OR 1,09, 95 %-KI: [0,62; 1,89]; 28–36 Wochen (TADS, ADAPT): OR 1,09, 95 %-KI: [0,68; 1,78], 2 RCTs mit Daten zu 349 Jugendlichen) [40].

Somit liegt kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der Kombination von KVT mit Antidepressiva gegenüber alleiniger Antidepressiva-Behandlung vor.

4.5.3.2 Interpersonelle Psychotherapie

IPT vs. inaktive Kontrollen

Nach 12 bis 16 Wochen erlangten nahezu doppelt so viele Kinder und Jugendliche, die IPT erhielten, Response als solche ohne Psychotherapie (Placebo, übliche Behandlung, Warteliste) (OR 1,87, 95 %-KI: [1,40; 2,51], 4 RCTs mit Daten zu 366 Kindern und Jugendlichen) [44].

Da alle für die Response-Analyse berücksichtigten Studien auch für den Endpunkt „Veränderung depressiver Symptome“ herangezogen wurden und die gleichen Erhebungsinstrumente verwendet wurden, wird diese Datenbasis jedoch nicht auch noch für den Endpunkt Response verwendet.

IPT vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

IPT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

4.5.3.3 Psychodynamische Psychotherapie

Keine inkludierte SÜ berichtete über Response zu Vergleichen mit DYN.

4.5.4 Ergebnisse zur Remission

Remission wurde in 1 SÜ berichtet, definiert als 8 Wochen Symptomfreiheit [37].

4.5.4.1 Kognitive Verhaltenstherapie

KVT vs. inaktive Kontrollen

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

KVT vs. Antidepressiva

Der Vergleich KVT mit Antidepressiva ergab bei Kindern und Jugendlichen sowohl nach 12 Wochen als auch nach 6 Monaten keinen statistisch signifikanten Unterschied in Bezug auf Remission, die Konfidenzintervalle waren sehr breit (KVT versus AD: 12 Wochen: OR 0,62, 95 %-KI: [0,28; 1,35], 2 RCTs mit Daten zu 186 Kindern und Jugendlichen; KVT versus AD: 6 Monate: OR 0,83, 95 %-KI: [0,27; 2,60], 1 RCT mit Daten zu 48 Kindern und Jugendlichen) [37].

Es liegt kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen von KVT vor.

KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Eine Kombination von KVT mit Antidepressiva führte nach 12 Wochen häufiger zur Remission als Antidepressiva-Therapie alleine, der Unterschied war allerdings nicht statistisch signifikant (OR 1,50, 95 %-KI: [0,99; 2,27], 3 RCTs mit Daten zu 317 Kindern und Jugendlichen). Auch nach 6 Monaten und zirka einem Jahr waren kein statistisch signifikanter Unterschied und breite Konfidenzintervalle zu beobachten [37].

Es liegt demnach kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen von KVT vor.

4.5.4.2 Interpersonelle Psychotherapie

Zu diesem Endpunkt konnte keine Evidenz für einen Vergleich mit IPT gefunden werden.

4.5.4.3 Psychodynamische Psychotherapie

Zu diesem Endpunkt konnte keine Evidenz für einen Vergleich mit DYN gefunden werden.

4.5.5 Ergebnisse zur Veränderung depressiver Symptome

4.5.5.1 Kognitive Verhaltenstherapie

KVT vs. inaktive Kontrollen

KVT führte im Vergleich zu inaktiven Kontrollinterventionen (psychologisches Placebo, Warteliste, übliche Behandlung) laut den meisten SÜs zu einer statistisch signifikanten Verbesserung depressiver Symptome bei Kindern und Jugendlichen [36,38,39,42,46-48]. Das gilt auch für die Metaanalyse, die 28 RCTs berücksichtigte (die Anzahl der inkludierten Kinder und Jugendliche wurde nicht berichtet): Hedges g : 0,44, 95 %-KI: [0,23; 0,65] [38]. In 2 SÜs zeigten die relevanten RCTs ebenso Vorteile der KVT, der Unterschied zur Kontrollgruppe war jedoch nicht statistisch signifikant. Diese SÜs umfassten allerdings nur wenige Studien, die auch in den anderen SÜs enthalten waren [41,45]. Der Einsatz computerbasierter KVT konnte depressive Symptome stärker reduzieren als psychologisches Placebo oder Warteliste [42]. Auch achtsamkeitsbasierte Therapie (eine Unterform der KVT) brachte im direkten Vergleich mit üblicher Behandlung eine statistisch signifikante Verbesserung depressiver Symptome [36]. In NMAs zeigte achtsamkeitsbasierte Therapie ebenso wie problemlösungsorientierte Therapie jedoch keine statistisch signifikant stärkere Reduktion depressiver Symptome als psychologisches Placebo oder übliche Behandlung [42,47,48].

1 SÜ betrachtete Kinder und Jugendliche gesondert. Dabei stellte sich heraus, dass sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen KVT jeweils wirksamer als die Kontrollbedingung war [38]. Subgruppenanalysen ergaben, dass KVT bei Kindern ohne Komorbiditäten depressive Symptome reduzierte, während dies bei Kindern mit Komorbiditäten nicht der Fall war [46]. Ebenso zeigte eine Subgruppenanalyse, dass KVT ohne Elternbeteiligung wirksamer war als mit [46]. Für Subgruppenanalysen, die kein statistisch signifikantes Ergebnis zeigten, gilt es jedoch anzumerken, dass die Anzahl der Studien je Subgruppe teilweise sehr gering war, weshalb das Fehlen eines statistisch signifikanten Effektes auch auf eine fehlende statistische Power zurückzuführen sein könnte [46].

Basierend auf den Ergebnissen der aktuellsten SÜ mit den meisten RCTs (Oxman-Guyatt-Index: 7 von 7) [38] lässt sich ein Hinweis auf einen Nutzen von KVT ableiten.

KVT vs. Antidepressiva

Die aktuellste SÜ zeigte im direkten Vergleich basierend auf einer Studie mit 220 Personen einen statistisch signifikanten Vorteil von Antidepressiva gegenüber KVT (SMD: 0,67, 95 %-KI: [0,40; 0,97]). Angaben zum Erhebungszeitpunkt fehlen [47]. Eine ältere SÜ zeigte auf Basis von 2 RCTs keinen statistisch signifikanten Unterschied in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptome nach 12 Wochen und auch nicht nach rund 6 Monaten, wenn die Patientinnen und Patienten selbst eine Einschätzung der Symptome vornahmen [37]. Bei der Einschätzung durch eine Ärztin oder einen Arzt ergab sich nach 12 Wochen, basierend auf 1 RCT, ein Vorteil

für Antidepressiva-Therapie [37]. Im indirekten Netzwerkvergleich war der Unterschied nicht statistisch signifikant [47].

Basierend auf der SÜ mit den meisten RCTs [37] lässt sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen der KVT gegenüber Antidepressiva-Behandlung ableiten.

KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Wurde KVT mit Antidepressiva kombiniert und mit alleiniger Antidepressiva-Therapie verglichen, war kurz- und mittelfristig kein statistisch signifikanter Unterschied erkennbar [37,40,47]. Jene Metaanalyse, die am meisten RCTs berücksichtigte, zeigte nach 12 Wochen folgendes Ergebnis: standardisierte mittlere Differenz (SMD) - 0,14, 95 %-KI: [- 0,36; 0,09], 5 RCTs mit Daten zu 383 Kindern und Jugendlichen [37]. Lediglich bei einem Follow-up nach 1 Jahr waren die depressiven Symptome in der Gruppe, die zusätzlich KVT erhielt, statistisch signifikant geringer (SMD - 0,26, 95 %-KI: [- 0,46; - 0,05], 2 RCTs mit Daten zu 268 Kindern und Jugendlichen) [37]. Allerdings beinhaltet das KI die Irrelevanzschwelle von 0,2 gemäß IQWiG Methodik, weshalb nicht sicher ist, ob der statistisch signifikante Unterschied auch tatsächlich patientenrelevant ist.

Daraus lässt sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen der KVT als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung gegenüber alleiniger Antidepressiva-Behandlung ableiten.

4.5.5.2 Interpersonelle Psychotherapie

IPT vs. inaktive Kontrollen

IPT reduzierte depressive Symptome kurz- und langfristig statistisch signifikant mehr als inaktive Kontrollen (psychologisches Placebo, Warteliste, übliche Behandlung) [42,44,47,48]. Die SÜ, die in der Metaanalyse am meisten RCTs berücksichtigte, zeigte nach 6 bis 16 Wochen eine SMD von - 0,74 (95 %-KI: [- 0,91; - 0,56], 7 RCTs mit Daten zu 527 Kindern und Jugendlichen), nach 6 bis 18 Monaten eine SMD von - 0,75, 95 %-KI: [- 1,21; - 0,29], 2 RCTs mit Daten zu 89 Kindern und Jugendlichen [44]. Eine Sugruppenanalyse zeigte, dass IPT sowohl in Einzel- als auch in Gruppentherapie wirksamer als keine aktive Therapie war [44].

Basierend auf der SÜ mit den meisten RCTs (Oxman-Guyatt-Index: 7 von 7) [44] lässt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der IPT ableiten.

IPT vs. Antidepressiva

Der Vergleich von IPT mit dem Antidepressivum Fluoxetin erfolgte indirekt in 1 NMA; dabei ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der Reduktion von depressiven Symptomen (SMD: 0,13, 95 %-KI: [- 0,74; 1]) [47].

Es liegt kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen von IPT gegenüber Antidepressiva-Behandlung vor.

IPT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

4.5.5.3 Psychodynamische Psychotherapie

DYN vs. inaktive Kontrollen

Evidenz zur DYN liegt aus einem direkten Vergleich einer paarweisen Metaanalyse vor. Hier ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied gegenüber psychologischem Placebo [47]. Auch indirekte Vergleiche zweier NMAs zeigten keinen statistisch signifikanten Vorteil von DYN gegenüber psychologischem Placebo, Warteliste, üblicher Behandlung oder keiner Behandlung [47,48].

Es liegt kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von DYN vor.

DYN vs. Antidepressiva

Auch der Vergleich DYN mit dem Antidepressivum Fluoxetin zeigte in einem indirekten Vergleich einer NMA keinen statistisch signifikanten Unterschied [47].

Es liegt kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen von DYN gegenüber Antidepressiva-Behandlung vor.

DYN + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

4.5.5.4 Psychotherapie generell

1 SÜ mit 43 RCTs fasste verschiedene Psychotherapiearten zusammen und stellte die Wirksamkeit in Vergleich zu üblicher Behandlung, Warteliste oder anderer Behandlung. Psychotherapie reduzierte in der Subgruppe der Kinder als auch in jener der Jugendlichen statistisch signifikant wirksamer depressive Symptome als die Kontrollintervention. 6 bis 24 Monate nach der Intervention waren diese Unterschiede jedoch nicht mehr statistisch signifikant [38].

Daraus lässt sich allgemein ein Hinweis für einen kurzfristigen Nutzen von Psychotherapie gegenüber inaktiver Kontrollen ableiten, jedoch nicht mittel- und langfristig.

4.5.6 Ergebnisse zur Funktionsfähigkeit

Dieser Endpunkt umfasst die psychische, soziale und schulische Funktionsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen.

4.5.6.1 Kognitive Verhaltenstherapie

KVT vs. inaktive Kontrollen

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

KVT vs. Antidepressiva

Der Vergleich KVT versus Antidepressiva zeigte sowohl nach 12 Wochen als auch nach 6 Monaten keinen statistisch signifikanten Unterschied in der erlebten Funktionsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen [37].

Daraus lässt sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren kurz- und mittelfristigen Nutzen von KVT gegenüber einer Antidepressiva-Behandlung ableiten.

KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Der Vergleich KVT + Antidepressiva versus Antidepressiva allein zeigte ebenfalls sowohl nach 12 Wochen als auch nach 6 Monaten keinen statistisch signifikanten Unterschied in der erlebten Funktionsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen [37,40]. Nach einem Jahr war, basierend auf den Ergebnissen von 1 RCT mit 152 Teilnehmenden, die Funktionsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit zusätzlicher kognitiver Verhaltenstherapie statistisch signifikant besser als durch alleinige Antidepressiva-Einnahme (MD 3,00, 95 %- KI: [0,40; 5,60] [37].

Daraus lässt sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren kurz- und mittelfristigen Nutzen von KVT als Add-on gegenüber alleiniger Antidepressiva-Behandlung ableiten [37,40]. Jedoch ist ein Anhaltspunkt für einen langfristigen höheren Nutzen einer KVT als Add-on verglichen mit alleiniger Antidepressiva-Behandlung gegeben [37].

4.5.6.2 Interpersonelle Psychotherapie

IPT vs. inaktive Kontrollen

IPT führte bei Kindern und Jugendlichen zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Vergleich zu keiner aktiven Intervention (Warteliste, psychologisches Placebo oder übliche Behandlung) 10 bis 16 Wochen nach der Intervention (SMD 0,53, 95 %- KI: [0,21; 0,85], 5 RCTs mit Daten zu 407 Kindern und Jugendlichen) [44].

Es liegt ein Hinweis auf einen kurzfristigen höheren Nutzen der IPT vor.

IPT vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

IPT + Antidepressiva vs. Antidepressiva

Zu diesem Vergleich konnte keine Evidenz identifiziert werden.

4.5.6.3 Psychodynamische Psychotherapie

Zu diesem Endpunkt konnte keine Evidenz für einen Vergleich mit DYN gefunden werden.

4.5.7 Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Zu diesem Endpunkt wurden keine Ergebnisse in den relevanten SÜs berichtet.

4.5.8 Ergebnisse zu unerwünschten Ereignissen

Zu diesem Endpunkt wurden keine Ergebnisse in den relevanten SÜs berichtet.

4.6 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 2 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 2: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte

	Mortalität	Morbidität					Gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie psychosoziale Aspekte	
	Gesamt mortalität / Suizid mortalität	Suizidrisiko (Suizidgedanken und -verhalten)	Ansprechen auf die Therapie (Response)	Remission	Veränderung depressiver Symptome	Unerwünschte Ereignisse	Funktionfähigkeit	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
KVT vs. inaktive Kontrollen	-	(⇔) (kA)	-	-	↑ (kA)	-	-	-
KVT vs. AD	-	⇔ (kA)	-	(⇔) (kf, mf)	⇔ (kf, mf)	-	⇔ (kf, mf)	-
KVT + AD vs. AD	-	⇔ (kf, lf)	⇔ (kf, mf)	⇔ (kf, mf, lf)	⇔ (kf, mf, lf)	-	⇔ (kf, mf) ≠ (lf)	-
IPT vs. inaktive Kontrollen	-	(⇔) (kf)	-*	-	↑ (kf, mf, lf)	-	↑ (kf)	-
IPT vs. AD	-	-	-	-	⇔ (kA)	-	-	-
IPT + AD vs. AD	-	-	-	-	-	-	-	-
DYN vs. inaktive Kontrollen	-	(⇔) (kA)	-	-	⇔ (kA)	-	-	-
DYN vs. AD	-	-	-	-	⇔ (kA)	-	-	-
DYN + AD vs. AD	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapie generell	-	-	-	-	↑ (kf) ⇔ (mf, lf)	-	-	-

↑: Hinweis für einen (höheren) Nutzen oder Hinweis für einen geringeren Schaden
 ≠: Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder Anhaltspunkt für einen geringeren Schaden
 ⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
 (⇔): kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis. Das 95 %-Konfidenzintervall für den relativen Effekt ist so unpräzise, dass weder eine Halbierung noch eine Verdopplung des Effektes ausgeschlossen werden kann.
 -: keine Daten berichtet
 * Die Daten überschneiden sich in weiten Teilen mit den Daten zum Endpunkt „Veränderung depressiver Symptome“ und wurden demnach nicht auch noch für den Endpunkt „Response“ herangezogen.
Abkürzungen: AD: Antidepressiva-Behandlung; DYN: psychodynamische Psychotherapie; IPT: interpersonelle Psychotherapie; kA: keine Angaben zum Follow-Up, kf: kurzfristig; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; lf: langfristig; mf: mittelfristig; vs.: versus

4.7 Endpunkte aus Sicht der Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenen

Die in diesem HTA-Bericht verwendeten Endpunkte wurden auch von der interviewten Expertin und dem interviewten Experten als relevant bestätigt. Sie führten aus, dass Jugendliche am meisten unter Symptomen wie Konzentrationsschwierigkeiten, der

Minderung des Antriebs, des Selbstwerts und der Regulation von negativen Emotionen wie Traurigkeit, Angst und (Auto-)Aggression sowie unter Einsamkeit leiden würden. Eltern würden insbesondere den sozialen Rückzug sowie die Antriebs- und Lustlosigkeit der Kinder und Jugendlichen als besonders dramatisch erleben. Diese beschriebenen Veränderungen im Erleben (Gedanken und Gefühle) sowie im Verhalten sind in den verwendeten Skalen zur Erfassung der depressiven Symptomatik abgebildet.

Die Expertin und der Experte sahen die Verbesserung der depressiven Symptomatik, der Lebensqualität und der Funktionsfähigkeit als die relevantesten Endpunkte an. In Bezug auf die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen strichen sie auch die Qualität der Beziehungen mit relevanten Bezugspersonen und mit Gleichaltrigen hervor. Ein Experte ergänzte kognitive Leistungsfähigkeit, stationäre Aufenthalte sowie täglichen Medienkonsum und Drogenkonsum als weitere relevante Endpunkte. Die Verbesserung der depressiven Symptomatik und die Funktionsfähigkeit zeigten sich auch in qualitativen Interviews mit Jugendlichen als bedeutsame Endpunkte von psychotherapeutischer Behandlung von depressiven Erkrankungen. Aus Sicht der jugendlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Studie spielten jedoch auch das persönliche Wachstum, die Besserung von Beziehungen, von Copingverhalten und Selbstmanagement sowie dem eigenen Wohlbefinden eine wesentliche Rolle [51]. Während Jugendliche insbesondere Veränderungen im Copingverhalten wie Verhaltensaktivierung und Widerstandsfähigkeit anstrebten, legten Eltern sowie Therapeutinnen und Therapeuten mehr Wert auf schulische und berufsbezogene Funktionsfähigkeit [51]. Ein internationales Gremium von Expertinnen und Experten entwickelte ein konsensbasiertes Standardset von Endpunkten zur Messung von Behandlungsergebnissen bei depressiven und anderen psychischen Erkrankungen. Sie legten die Messung von Symptomen der Erkrankung, von suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen und Funktionsfähigkeit fest [52].

5 Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung

5.1 Interventionskosten

Umfang und Intensität der Behandlung einer depressiven Episode oder rezidivierenden depressiven Erkrankung sind abhängig von den individuellen Umständen und allfälligen Begleiterkrankungen, unter denen besonders betroffene Kinder und Jugendliche oft leiden. Die hier abgebildeten Kosten berücksichtigen diese individuellen Umstände nur ansatzweise, etwa in Form unterschiedlich hoher Medikamentendosierung. Ferner bezieht die ausschließliche Betrachtung der Interventionskosten diverse mögliche (langfristige) Folgekosten einer Depression (zum Beispiel geringeres Einkommen im Erwachsenenalter) oder Kosten für andere Sektoren (etwa im Schulbereich) nicht ein. Studien über diese ökonomische Krankheitslast, welche die Interventionskosten übersteigen, existieren nur vereinzelt und vorwiegend nur für Erwachsene, zeigen jedoch, dass diese Belastungen erheblich ausfallen können [53].

In den folgenden Kostenkalkulationen werden 7 Behandlungsalternativen und deren Charakteristika auf Basis einer S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (kurz S3-Leitlinie) betrachtet [6]. Die Alternativen umfassen die KVT, die beiden Formen der DYN (TP und APT), die IPT, eine Antidepressiva-Behandlung (Fluoxetin), Psychoedukation und Entspannungstherapie nach Jacobson. Die Kosten, die direkt bei Anwendung der Intervention entstehen, werden in Form von durchschnittlich anfallenden Kosten aus der Sicht des öffentlichen Kostenträgers (Gesetzliche Krankenversicherung [GKV]-Versichertengemeinschaft) dargestellt. Die Kosten wurden für einen Zeitraum von 6 bis 12 Wochen abhängig von der Behandlungsalternative und für ein ambulantes Setting kalkuliert. Kosten für eine Erstdiagnose wurden nicht berücksichtigt, die Abschätzung der Interventionskosten beinhaltet allerdings verlaufsdagnostische Maßnahmen. Dazu zählen Erstgespräche, probatorische Sitzungen, um festzustellen, welche Therapie im individuellen Fall angemessen ist, und um Zielkriterien zu definieren. Zwischen-, Abschlussgespräche und Responsekontrollen dienen einer regelmäßigen Überprüfung des Therapieerfolgs. Des Weiteren gilt es speziell bei Kindern, die Einbeziehung einer Bezugsperson bei den Behandlungsschritten zu beachten [6]. Die detaillierte Aufschlüsselung der Kostenpositionen und Behandlungsleistungen können den Tabellen im Detailbericht entnommen werden (siehe A4.2.2.3).

5.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie

KVT, TP und APT können gemäß der Richtlinie über die Durchführung einer Psychotherapie des G-BA – kurz: Psychotherapie-Richtlinie – zulasten der Krankenkassen abgerechnet werden und stellen folglich eine Richtlinien-therapie gemäß § 15 dar [13]. Die Kosten werden auf Basis einer Kurzzeittherapie (KZT) gemäß Kassenärztlicher Bundesvereinigung berechnet. Dementsprechend weisen alle 3 Therapieformen in den Kalkulationen die gleiche

Behandlungs- und die gleiche Kostenstruktur auf (Länge der Behandlung, Anzahl der Sitzungen, erforderliche Gesprächseinheiten, berechnungsfähiger Betrag etc.). Die Therapien unterscheiden sich ausschließlich hinsichtlich des angewendeten Therapieansatzes. Bei einer KVT werden kognitive Techniken und Elemente mit behavioralen Therapieansätzen kombiniert. Bei älteren Kindern und Jugendlichen mit leichter bis mittelgradiger depressiver Erkrankung ist die KVT – neben der interpersonellen Psychotherapie – die Behandlung 1. Wahl [6]. In schweren Fällen wird die KVT mit einer Pharmakotherapie kombiniert. Die Anwendung einer TP, die zu den psychodynamischen Psychotherapieformen zählt, empfiehlt sich laut S3-Leitlinie, wenn eine KVT nicht möglich oder nicht gewünscht sein sollte [6]. Neben der KVT ist die TP die am häufigsten erbrachte Leistung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung [54]. Die APT zählt wie die TP zu den psychodynamischen Psychotherapieformen und stellt das 3. in Deutschland anerkannte Verfahren dar. Entsprechend der S3-Leitlinie kann eine APT angewendet werden, sollte eine KVT nicht möglich oder nicht gewünscht sein [6].

Als individuelle Therapie über einen Zeitraum von 12 Wochen mit 12 Sitzungen à 50 Minuten oder 12 Sitzungen à 2 x 25 Minuten inklusive aller Teilleistungen reichen die Gesamtkosten für alle 3 Therapieformen von 1793,08 € bis 2104,68 €. Die Höhe ist maßgeblich abhängig von den individuell notwendigen probatorischen Sitzungen. Hierbei ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugsperson vorgesehen [13]. Die Gesamtkosten setzen sich aus den Aufwendungen für die einzelnen Sitzungseinheiten, die obligatorischen probatorischen Sitzungen (2-mal bis 6-mal) und die Feststellung der Leistungspflicht zusammen. Zudem findet über den Therapiezeitraum 11-mal eine Verlaufskontrolle à 20 Minuten statt. Zur Abklärung der weiteren Vorgehensweise erfolgt noch ein 10-minütiges Abschlussgespräch.

5.1.2 Interpersonelle Psychotherapie

Die S3-Leitlinie spricht auf Basis der darin berücksichtigten Evidenz in Bezug auf Kinder und Jugendliche eine starke Empfehlung für die IPT als Erstlinientherapie aus [6]. Im Leistungskatalog der GKV und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist sie bis dato nicht abgebildet und de jure nicht abrechnungsfähig. Allerdings wurde die IPT in Selektivverträge großer Krankenkassen aufgenommen und lässt sich darüber sowie über Privatversicherungen abrechnen und erstatten. In der täglichen (ambulanten) Praxis konnte laut Auskunft von Leistungserbringern das entsprechende Fachpersonal mit Kassenzulassung die IPT bisher als verhaltenstherapeutische Methode (vereinzelt auch als psychodynamisches Verfahren [55]) abrechnen. Gemäß der Auskunft der Deutschen Gesellschaft für Interpersonelle Psychotherapie (DG-IPT) liegt ein entsprechender Antrag auf Aufnahme in den Leistungskatalog beim G-BA vor.

Da die Therapie im ambulanten Alltag als Richtlinien-therapie mit der Gebührenordnungsposition (GOP) für eine KVT abgerechnet wird, sind in den Kosten auch mindestens 2 verpflichtende probatorische Sitzungen zu je 50 Minuten einzuplanen. Wie auch

bei den anderen 3 Psychotherapieformen, KVT, APT und TPT, hängt die Höhe der Kosten maßgeblich von den individuell nötigen probatorischen Sitzungen inklusive Einbeziehung der Bezugsperson ab. Die Gesamtkosten setzen sich zum einen aus den 12 Sitzungseinheiten, den obligatorischen probatorischen Sitzungen (2-mal bis 6-mal) und der Feststellung der Leistungspflicht zusammen. Zudem findet über den Therapiezeitraum 11-mal eine Verlaufskontrolle à 20 Minuten sowie abschließend zur Abklärung der weiteren Vorgehensweise ein 10-minütiges Gespräch statt. Unter der Annahme, dass die IPT im Einzelsetting über einen Zeitraum von 12 Wochen mit 12 Sitzungen à 50 Minuten oder 12 Sitzungen à 2 x 25 Minuten inklusive aller Teilleistungen als verhaltenstherapeutische Behandlung abgerechnet werden kann, reichen die Gesamtkosten der IPT für Kinder und Jugendliche von 1793,08 € bis 2104,68 €.

5.1.3 Pharmakotherapie

Fluoxetin ist derzeit als einziges Medikament in Deutschland für eine pharmakotherapeutische Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen ab 8 Jahren zugelassen. Laut der S3-Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist speziell bei leichter bis moderater Depression einer Psychotherapie Vorrang zu geben ist, da eine Antidepressiva-Behandlung zu einer höheren Suizidalität und weiteren unerwünschten Ereignissen führen könnte [6]. Eine alleinige Antidepressiva-Behandlung wird erst als Mittel 2. Wahl bei Depressionen von Jugendlichen genannt. Zusätzlich lässt sich bei einer schweren Depression eine Kombinationstherapie – meist mit einer KVT – als mögliche Behandlungsform in Erwägung ziehen. Bei beiden Behandlungsformen sollte allerdings das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen in den empfohlenen Verlaufskontrollsitzen kontrolliert werden. Neben dem Präparat selbst fließen noch Kosten für ein Erstgespräch, 4 Verlaufskontrollen und 2 vollständige Blutbilder in die Gesamtkosten ein. Zudem sollten nach 4 und 8 Wochen noch Responsekontrollen stattfinden, um Wirkung und Symptome zu dokumentieren. Nach dem letzten Gespräch kann über eine etwaige Weiterführung (≥ 6 Monate) oder einen Wechsel der Behandlungsstrategie (Switching) entschieden werden. Sollte eine Non-Response auf ein Antidepressivum vorliegen, ist als weitere Maßnahme die Bestimmung der Serumkonzentration (Plasmaspiegel) mit konsekutiver Dosisadaptation (Therapeutisches Drug Monitoring, TDM) möglich. Dies wird allerdings in der klinischen Praxis nur in Ausnahmefällen durchgeführt [56].

In Summe ergibt sich je nach Dosierungsbedarf (Untergrenze: 10 mg, Obergrenze: 20 mg) und Präparat ein Gesamtkostenintervall von 311,23 € bis 318,47 € für eine 8-wöchige Therapie.

5.1.4 Aktiv abwartende Maßnahmen / Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit

Eigenständige aktiv abwartende Maßnahmen werden nur bei einer leichten depressiven Erkrankung empfohlen. Sie umfassen gesundheitsfördernde Maßnahmen wie

Entspannungstherapien oder Bewegungstherapie sowie aufklärerische Interventionen wie Psychoedukation [6]. Einige dieser Therapien werden im klinischen Alltag zumeist mit anderen Therapieformen wie Psychotherapie oder Pharmakotherapie kombiniert.

Aktiv abwartende Maßnahme Psychoedukation

Im Zuge der Psychoedukation werden komplizierte medizinisch-wissenschaftliche Themen einfach und allgemein verständlich aufbereitet. Patientinnen und Patienten haben gemäß der Psychotherapie-Richtlinie einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Sprechstunde [6]. Diese Sprechstunde stellt einen zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dar.

Für 6 Einheiten Psychoedukation ohne zusätzliche Einzelsprechstunden für die Begleitperson ergeben sich Gesamtkosten von 304,56 €. Für 9 Einheiten inklusive 4 Einheiten psychotherapeutischer Sprechstunde für die Begleitperson ergeben sich Kosten in Höhe von 659,88 €.

Entspannungstherapie (Relaxationsbehandlung nach Jacobson)

Als nicht medikamentöse Behandlungsoption nennt die S3-Leitlinie eine Entspannungstherapie über einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen, die sich ebenso nur bei einer leichten depressiven Erkrankung empfiehlt [6]. Für die Kostenkalkulation werden demnach 8 bis 10 Einheiten à 60 Minuten über 6 bis 8 Wochen auf Basis der psychologischen Fachgruppe Entspannungsverfahren des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) kalkuliert [57].

In Summe ergibt sich für die Entspannungstherapie im empfohlenen Gruppensetting ein Gesamtkostenintervall von 349,36 € bis 411,32 €.

5.2 Systematische Übersicht über gesundheitsökonomische Evaluationen

Vorweg muss angemerkt werden, dass eine direkte Übertragbarkeit der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen SÜ auf den deutschen Versorgungskontext nicht möglich ist, da die Studien in das US-amerikanische und das britische Gesundheitssystem eingebettet sind. Dennoch werden die Ergebnisse nachfolgend dargestellt, um einen Überblick über die aktuelle Studienlage zu dieser Fragestellung zu geben.

5.2.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Um die Effizienz der verglichenen Therapieformen zu zeigen, sind für diesen Berichtsteil gemäß den vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien insgesamt 5 Studien [58-67] bedeutsam, die in 6 relevanten gesundheitsökonomischen Publikationen [65,68-72] (390 Treffer gesamt) veröffentlicht wurden. In den Literaturlisten der Studien ließen sich keine weiteren relevanten Studien identifizieren. Bei fehlenden Informationen in den

gesundheitsökonomischen Publikationen wurden die dazugehörigen klinischen Studien herangezogen.

5.2.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

Studiencharakteristika

Die 6 identifizierten und eingeschlossenen gesundheitsökonomischen Publikationen wurden allesamt als Zusatz zu einer klinischen Studie in Form einer sogenannten Huckepackanalyse (Piggy-Back-Analyse) gemacht. 2 Studien [65,68] wurden in Großbritannien (UK) und 3 in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) [69-72] zwischen 2007 [68] und 2018 [72] durchgeführt. Sie sind jeweils in einen ambulanten und stationären Versorgungskontext eingebettet. Alle Publikationen geben die Finanzierungsquellen an. Bei 4 von 6 Publikationen besteht ein potenzieller Interessenkonflikt aufgrund von industriebezogenen Aktivitäten [65,69-71].

Alle eingeschlossenen Studien richteten den Fokus auf eine KVT für Kinder und Jugendliche im Einzelsetting, entweder als reine KVT [65,70] oder in Kombination mit einer anderen Behandlungsform [68-72]. 3 Studien verglichen die Prüfintervention mit einer medikamentösen Vergleichsintervention (Fluoxetin oder Medikamentenwechsel [RX]) [68-71]. 2 Studien stellten der Prüfintervention nicht medikamentöse Verfahren gegenüber (Standardtherapie [69] oder kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie und psychosoziale Intervention [65]). 1 Publikation [70] führte als Vergleichstherapie zusätzlich eine Placebobehandlung an.

Die kleinste Studie [68] schloss insgesamt 208 Kinder und Jugendliche in 2 aktiven Armen ein, die größte Studie [70] 369 Kinder und Jugendliche in 3 aktiven Armen mit einem Placeboarm. Das mittlere Alter (MW-Alter) der Jugendlichen reichte von 14,6 [69] bis 15,9 [70] Jahren. Das Mindestalter lag bei 11 [68], und das Maximalalter bei 18 Jahren [70,72]. Von den in den jeweiligen Studien eingeschlossenen Kindern und Jugendlichen mit einer schweren Depression wiesen 47,8 % [71] bis 88,5 % [68] eine Begleiterkrankung auf.

4 Studien beziehungsweise 5 Publikationen [68-72] führten eine Kosten-Effektivitäts-Analyse mit klinischen Endpunkten durch und wendeten zusätzlich eine Kosten-Nutzwert-Analyse mit einem allgemeinen, die Lebensqualität betreffenden Maß an. 1 Studie [65] nahm ausschließlich eine Kosten-Nutzwert-Analyse vor. In allen Studien wurden inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Vergleiche beziehungsweise inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnisse (ICER/IKNV) berichtet.

Wie eingangs erwähnt, lagen den gesundheitsökonomischen Studien jeweils klinische Daten eines RCT zugrunde. Die älteste klinische Studie wurde 2004 [58], die aktuellste 2017 [64]

publiziert. Die Beobachtungszeiten (Follow-up-Zeiten) beliefen sich auf 12 Wochen [70] bis 24 Monate [54].

Alle gesundheitsökonomischen Studien machten Analysen hinsichtlich der Unsicherheit der Annahmen und Ergebnisse und führten univariate Sensitivitätsanalysen durch. Letztere am häufigsten zu verschiedenen Kostenparametern wie Vergütungssätzen (zum Beispiel Kosten für die Leistung der Therapeutin beziehungsweise des Therapeuten), Arzneimittelkosten, der ausschließlichen Berücksichtigung von ambulanten Kosten. Aber auch eine Variation der Depressionsgewichtung / Präferenzgewichtung für die QALY-Berechnung wurde vorgenommen.

Outcome-Parameter

In den Studien wurden insgesamt 3 verschiedene klinische Bewertungsinstrumente [65,73,74] und weitere 3 klinische Endpunkte [69,75] zur verlaufsdagnostischen Bewertung der Depression herangezogen. Zusätzlich zu den primären klinischen Endpunkten berechneten alle Studien Nutzwertparameter in Form von qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs). Entweder wurde eine Überleitung von EQ-5D-Utilities in QALYs [76-80] gemacht oder klinische Endpunkte wurden indirekt über depressionsfreie Tage in QALYs transformiert [65,69-72]. In 1 Studie [65] erfolgte die Anpassung der QALYs an die Länge der Beobachtungszeit (Diskontierung).

Kostenparameter und Mengen

In allen Studien wurden die Kosten und Mengen aus einer Gesellschaftsperspektive in den jeweiligen nationalen Währungen – Pfund Sterling [65,68] oder US-Dollar [69-72] – berechnet und wenn nötig auf ein Indexjahr angepasst. In den einzelnen Studien versuchte man in unterschiedlichem Ausmaß, direkte medizinische Kosten (Kosten für Personal, für die Therapieeinheit, für Medikamente, sonstige klinische Kosten aufgrund von Krankenhauskontakten und allgemeinmedizinischen Leistungen) und direkte nicht medizinische Kosten (Reisekosten der Eltern, Kosten für Personalunterbringung) miteinzubeziehen. Des Weiteren führte ein Teil der Studien indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten und entgangenen Einkommen durch die Reise- und Wartezeit der Begleitperson des Kindes oder Jugendlichen an. Die Kosten und Mengen wurden auf Basis von klinischen Aufzeichnungen, Buchungsunterlagen, Schätzungen durch das Fachpersonal, Einzelkosten aus Datenbanken wie dem British National Formulary (BNF) oder anderen gesundheitsökonomischen Studien berechnet.

5.2.3 Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen

Alle Studien berechneten inkrementelle Kosten-Effektivitäts- beziehungsweise -Nutzwert-Verhältnisse auf Basis der vorher genannten Inputdaten (Kosten und Outcomes). Explizite

Schwellenwerte zur Bewertung, ob eine Behandlung kosteneffektiv ist, kamen nur teils zur Anwendung.

Kognitive Verhaltenstherapie und Kombinationstherapie (KVT + FLX, KVT + ÜB, KVT + RX)

Gemessen an dem angegebenen Schwellenwert für öffentliche Zahlungsbereitschaft von 100 000 beziehungsweise 125 000 \$ pro QALY erwiesen sich die KVT verglichen mit Placebo und KVT + FLX verglichen mit FLX über einen 12-wöchigen Beobachtungszeitraum als nicht kosteneffektiv [70]. Im Vergleich zu einer kurzzeitigen psychotherapeutischen Intervention mit einem Gesamt-Follow-Up von 86 Wochen und bei angewendeten Werten für die öffentliche Zahlungsbereitschaft (Willingness-to-pay-Werte, WTP) von 20 000 beziehungsweise 30 000 £ war die KVT hingegen kosteneffektiv [65].

Laut 1 Studie [68] beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass nach 28 Wochen eine Kombinationstherapie aus KVT + FLX im Vergleich zu FLX alleine kosteneffektiv ist, bei Schwellenwerten von 50 000 beziehungsweise 150 000 £ weniger als 4 %. Eine weitere Studie berichtete in einer Publikation [70], dass bei einer Follow-up-Zeit von 12 Wochen die Kombinationstherapie im Vergleich zu einer Therapie mit FLX nicht kosteneffektiv sei. Die 2. Publikation zu dieser Studie mit einer Follow-up-Zeit von 36 Wochen [71] zeigte hingegen, dass eine Kombinationstherapie gegenüber der Therapie mit FLX alleine mit einer Wahrscheinlichkeit von über 90 % kosteneffektiv war. In der Studie mit dem Medikamentenwechsel und einer Beobachtungsdauer von 24 Wochen ist die Therapie mit KVT + RX im Vergleich zu RX allein bei einem Schwellenwert von 100 000 \$ mit mittlerer Wahrscheinlichkeit (61 %) kosteneffektiv [69]. Im Vergleich KVT + ÜB versus ÜB in 1 Studie über einen 24-monatigen Zeitraum war die Therapie KVT + ÜB bei allen Zahlungsbereitschaften kosteneffektiv [72].

1 Studie stellt dar, dass die Kombination von KVT und FLX im Vergleich zu Placebo nach einer Follow-Up-Zeit von 12 Wochen kosteneffektiv ist [70].

Kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie

Die kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie (STPP) wurde im Vergleich zur kurzen psychotherapeutischen Intervention (BPI) über einen Zeitraum von 86 Wochen als nicht kosteneffektiv für die angegebenen Schwellenwerte [81] berichtet [65].

5.2.4 Bewertung der Berichtsqualität, methodischen Qualität und Übertragbarkeit

In der kritischen Bewertung der zugrunde liegenden Studien wurde versucht, mittels der standardisierten CHEERS-Checkliste [29] Limitationen der in den Studien angewendeten Methoden, statistischen Verfahren, (klinischen) Nutzenparameter, des Ressourcenverbrauchs und der Kosten, der Ergebnisdarstellung und Diskussion aufzuzeigen. Die bewerteten Punkte umfassen beispielsweise die einbezogenen Interventionen, deren Vergleich, die Perspektive

der Kostenberechnung, die einbezogenen Kosten, klinische Messinstrumente, Schwellenwerte für die Beurteilung der Kosteneffektivität und weitere die Studien betreffende Punkte. In der Bewertung der Übertragbarkeit der Studien und deren Ergebnisse auf Deutschland orientierte man sich an den Kriterien des EUnetHTA HTA Adaptation Toolkit [30]. Hierbei wird beurteilt, ob die vorliegenden Studien auf das deutsche Gesundheitswesen anwendbar sind.

Die Studien weisen folgende zentrale Limitationen auf (für eine detaillierte Beschreibung siehe den Detailbericht A4.2.4):

- Optionale eigenständige psychotherapeutische Therapiemöglichkeiten oder optionale Add-on-Therapien wie etwa interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapieformen, systemische Therapie, Bewegungstherapie, Entspannungstrainings, Psychoedukation, künstlerische Therapien oder Ergotherapien werden nicht erwähnt.
- Nicht in allen gesundheitsökonomischen Studien wurden alle Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme berichtet.
- Der Großteil der Studien betrachtet meist nur einen Zeithorizont von wenigen Wochen, allerdings ist für das Krankheitsbild einer Depression eine längerfristige Perspektive relevant.
- Nicht alle Studien begründeten die Wahl der berichteten Schwellenwerte für die öffentliche Zahlungsbereitschaft. Teilweise wurden willkürliche Schwellenwerte für die Analyse eingesetzt.
- Die Studien zogen ausschließlich Erhebungsmethoden von Nutzwerten für Erwachsene heran. Teilweise wurden keine präferenzbasierten Ansätze für die Nutzwerte verwendet.
- Mortalitätsraten, die interpersonelle und soziale Funktionsfähigkeit sowie die Anzahl unerwünschter Ereignisse werden nicht explizit berichtet.
- Die meisten Studien verwendeten 4 bis 5 Jahre alte Kostendaten. Ob die Behandlungsstandards und Preisverhältnisse über einen so langen Zeitraum unverändert blieben, ist unklar. Langzeitkosten wurden ebenfalls nicht angeführt.
- Eine Diskussion der Übertragbarkeit erfolgte nur teilweise mit Hinblick auf eine nationale Übertragbarkeit.
- Aufgrund der strukturellen Unterschiede der Systeme ist unklar, ob die Gesundheitsleistungen in den Studien der Behandlungsrealität in Deutschland entsprechen.
- Die Kostenkategorien der US- und UK-Studien lassen sich zwar an sich grob auf den deutschen Kontext übertragen, allerdings gestaltet sich eine Übertragbarkeit von

spezifischen Preisen speziell aus dem US-amerikanischen Gesundheitssystem als schwierig.

5.2.5 Diskussion

Eine kritische Bewertung der methodischen Qualität und der Berichtsqualität ergibt, dass die Studien zwar keine erheblichen methodischen Limitationen aufweisen, aber eine direkte Übertragung der Studien auf den deutschen Versorgungskontext aufgrund zu großer Systemunterschiede und weiterer Faktoren nicht möglich ist. Die Verwendung der Studien als gesundheitsökonomische Entscheidungsgrundlage für Deutschland wird nicht beziehungsweise nur bedingt empfohlen.

6 Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

6.1 Ergebnisse zu ethischen Aspekten

Auf Grundlage der Checkliste des sokratischen Ansatzes von Hofmann [31] identifizierten wir ethisch relevante Aspekte in Bezug auf die Zielgruppe, die Krankheit, die Interessengruppen sowie die betreffende Intervention. Gegebenenfalls wurde zwischen Aspekten unterschieden, die sich auf Kinder (0–12) beziehungsweise auf Jugendliche (13–18) beziehen, da depressive Symptome in verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich ausgeprägt sein können. Die Aufarbeitung ethischer Aspekte beruhte auf 78 Publikationen.

6.1.1 Ethische Aspekte in Bezug auf die Zielpopulation

Der ethische Imperativ zur Behandlung von Depression beruht auf dem Prinzip der Benefizienz (Fürsorge). Demnach sind Personen in Gesundheitsberufen verpflichtet, nach dem besten Interesse der Patientin oder des Patienten zu handeln. Die Gefahr, dass die Depression bis ins Erwachsenenalter andauert, ist ein Grund für die Notwendigkeit einer Behandlung, mit dem Ziel, zukünftige Beeinträchtigungen zu verhindern. Eine Depression kann zu Veränderungen im Denken, in der Motivation, der Stimmung oder im Verhalten führen und unbehandelt auch ein Suizidrisiko darstellen [82]. Die frühesten Suizidversuche im Zusammenhang mit einer Depression werden bereits bei 4-jährigen Kindern vermutet [83].

Da sich eine Depression zudem negativ auf die gesunde Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen auswirkt, ist der Begriff der Vulnerabilität von besonderer ethischer Relevanz [82,84-86]. Depressionen vermindern die Lebensqualität und können in Kombination mit Schüchternheit und geringem Selbstwertgefühl die Einsamkeit verstärken [87,88]. Als weiteren Aspekt im Kontext der Vulnerabilität gilt es zu berücksichtigen, dass eine Depression zusätzlich zu dauerhaften klinischen Beschwerden und Erkrankungen auftreten kann [89]. Familiär verursachte Vulnerabilität stellt ein großes ethisches Problem dar [90]. Negative Faktoren, die zu Depressionen beitragen, sind körperlicher und sexueller Missbrauch, mangelnde Unterstützung bei gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung [91], Vernachlässigung, Bindungsversagen, elterliche depressive Erkrankungen [92,93], Familienkonflikte, Stress und Zusammenbruch, eine unsichere Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen [90] sowie Kindstraumata [94].

6.1.2 Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Krankheit

Die Diagnose einer Depression bei Kindern und Jugendlichen stellt eine Herausforderung für Gesundheitsfachkräfte dar. Erstens unterscheidet sich die Ausprägung von Symptomen bei Kindern und Jugendlichen von jener bei Erwachsenen. Zweitens handelt es sich bei der Diagnose der primären Depression um eine Ausschlussdiagnose, sie erfolgt demnach indirekt durch konsequentes Ausschließen anderer Krankheitsursachen wie beispielsweise bösartige Tumore, chronische Krankheiten oder Nebenwirkungen von Medikamenten [82]. Drittens

stehen Gesundheitsfachkräfte vor der Schwierigkeit, dass es zwischen pathologischem und normalem Verhalten oft keine deutlichen Abgrenzungen gibt.

Im Zusammenhang mit den genannten Herausforderungen steht der Begriff der Unterdiagnose. Da die Prävalenz von Depressionen von der späten Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter ansteigt [88], argumentieren viele damit, dass depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach wie vor zu wenig erkannt und behandelt würden [95]. Laut einer US-Studie würde nur ein Drittel der Kinder mit Depressionen professionelle Unterstützung erhalten, was auf die schlechte Erkennung depressiver Symptome, versicherungstechnische Schwierigkeiten, Stigmatisierung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Versorgungsmängel zurückzuführen sei [84]. Verzögerungen bei der Behandlung können ihre Ursache auch in der Einstellung von Jugendlichen haben, erst Hilfe zu suchen, wenn die Situation richtig ernst wird [96]. Darüber hinaus kann es vorkommen, dass Eltern sich weigern, eine Diagnosestellung und Behandlung für ihre depressiven Kinder zu initiieren [97].

Der Begriff der Unterdiagnose ist jedoch mit jenem der Medikalisierung in Kontrast zu setzen, um zu vermeiden, dass menschliche (Gemüts-)Zustände als medizinische Zustände definiert und behandelt werden. Laut Stimmen aus dem US-Kontext, die sich gegen die Medikalisierung von Kindern und Jugendlichen aussprechen, würden zahlreiche Untersuchungen auf einen dramatischen Anstieg der Verschreibungen von Psychopharmaka (insbesondere SSRI) an Kinder und Jugendliche hinweisen [98]. Demgegenüber ist die durchschnittliche Dauer der Psychotherapie deutlich gesunken [99]. Einige vertreten zudem die Ansicht, man müsse sich dem Behandlungsimperativ – zu behandeln, nur weil es möglich ist – widersetzen und die Behandlung menschlicher Gemütszustände einstellen [100]. Der Begriff der Medikalisierung ist auch im Kontext religiöser Ansichten über depressive Erkrankungen relevant. Sie können dazu führen, Depression als eine Form der spirituellen Übung zu sehen [101]. Darüber hinaus zeigt eine kanadische Studie einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an religiösen Veranstaltungen (Gottesdiensten etc.) und einem geringeren Grad an Depression bei depressiven Jugendlichen [102].

Eine Pathologisierung von Depression kann die Autonomie – das Recht oder die Fähigkeit zur Selbstbestimmung – beeinträchtigen, indem sie Konzentration, Enthusiasmus, Energie oder Hoffnung verringert [101,103]. Die Vorstellung von einem beständigen Selbst ist jedoch besonders bei jungen Menschen problematisch, da Kinder und Jugendliche „rasche Entwicklungsänderungen im physischen, kognitiven, affektiven, kommunikativen und zwischenmenschlichen Bereich“ [86] durchlaufen.

6.1.3 Ethische Aspekte bezüglich Intervention, Vergleichsinterventionen und Stakeholdern

Ein relevantes Ziel der Psychotherapie besteht darin, die Autonomie der Patientinnen und Patienten zu fördern [104], um deren Eigenständigkeit und Selbstwert zu verbessern [105]. Autonomie ist auch am Beginn einer Therapie eine Voraussetzung für eine klare Einverständniserklärung. Aus diesem Grund erscheint der Beginn einer (Psycho-)Therapie ohne einleitende Aufklärungsgespräche mit Blick auf die Autonomie etwas widersprüchlich, da die meisten Kinder und Jugendlichen eine Therapie nicht selbst suchen, sondern diese vielmehr von ihren Eltern / Erziehungsberechtigten in die Wege geleitet wird [106]. Alle nicht emanzipierten Jugendlichen sind durch ihr Einverständnis und die Zustimmung ihrer Eltern / Erziehungsberechtigten zur Teilnahme an der Behandlung verpflichtet [106]. Es ist hilfreich, die Einwilligung und die Zustimmung nach Aufklärung als ein Kontinuum zu betrachten. Je älter Kinder werden, umso selbstbestimmter erfolgt diese Entscheidung [107]. Auch aus Expertensicht ist es sehr wichtig, die Ziele und Vorgehensweise einer Psychotherapie vorab gut zu erklären, um das Einverständnis von Kindern und Jugendlichen zur Therapie zu erlangen. Das Angebot, in der Therapie über selbstgewählte Themen sprechen zu können, fördert die Autonomie der Betroffenen. Aufgrund ihres oft hohen Leidensdrucks würden sie einer Behandlung meist sehr offen gegenüberstehen (Interviews mit Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeuten).

Die Vertraulichkeit oder die Geheimhaltung von Informationen kann bei der Beurteilung des besten Interesses einen Konflikt darstellen und ist eine Herausforderung für Angehörige der Gesundheitsberufe. Wenn der Gesundheitsfachkraft Informationen über eine mutmaßliche Misshandlung (zum Beispiel Missbrauch oder Vernachlässigung), die Absicht der Selbstverletzung oder des Selbstmordes vorliegen, kann das Versprechen der Vertraulichkeit ausgesetzt werden, um im besten Interesse der oder des Betroffenen zu handeln. Die Verhinderung von akuter Selbst- und Fremdgefährdung kann über der Vertraulichkeit stehen [106], umgekehrt allerdings einen Vertrauensbruch darstellen und jungen Menschen als Grund für einen Therapieabbruch dienen [108]. Zusätzliche Spannungen können sich aus einer übermäßigen Beteiligung der Eltern / Erziehungsberechtigten ergeben.

In den oben skizzierten besonderen Situationen wie auch in der täglichen Arbeit mit depressiven Kindern und Jugendlichen sind Gesundheitsfachkräfte verpflichtet, bedachte klinische wie auch moralische Urteile zu fällen, wobei moralische Prinzipien gegeneinander abgewogen werden müssen (bestes Interesse versus Vertraulichkeit und Vertrauen [109], individuelle Autonomie der Kinder und Jugendlichen versus relationale Autonomie [110]). Sie müssen Kinder und Jugendliche über unrealistische Erwartungen aufklären (informierte Einwilligung) [109], gleichzeitig positive Wirkungen der Behandlung maximieren und Schaden minimieren (im Einklang mit dem hippokratischen Eid) [84]. Die Herausforderung für die Therapeutinnen und Therapeuten besteht dann darin, das durch die Therapie zu lösende

Schlüsselproblem zu erkennen und gleichzeitig zu berücksichtigen, dass die Interessen aller Beteiligten nicht deckungsgleich sein müssen [85].

Wie oben erwähnt, gibt es zwar Hinweise auf die Wirksamkeit der Psychotherapie für depressive Jugendliche, aber nur eine begrenzte Anzahl von Forschungsarbeiten zu Kindern unter 12 Jahren [41]. Aus diesem Grund wird argumentiert, Psychotherapie am einfachsten in Situationen anzuwenden, in denen die Depression milder ist oder sich die Stressoren beseitigen lassen [111]. Die ethisch widersprüchliche Behandlungsalternative zu Psychotherapie sind Antidepressiva. Einen deutlichen Schaden im Zusammenhang mit der Einnahme von Antidepressiva betonten qualitative Studien mit Jugendlichen, die die Medikation als eine Bedrohung ihrer Autonomie empfanden; sie hätten „ihr Selbstbild als unabhängig und frei von Fremdbestimmung“ gesehen. Zur Sprache kamen Schlüsselthemen wie „Angst vor Abhängigkeit“ und „der Wunsch nach Selbstbestimmung“ [112]. In den Experteninterviews wurde zudem betont, dass eine ergänzende Pharmakotherapie einer intensiven Aufklärung der Betroffenen bedürfe (Interviews mit Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeutin). Erwähnenswert ist weiters, dass die U.S. Food and Drug Administration (FDA) im Jahr 2004 eine Black-Box-Warnung für den Gebrauch aller Antidepressiva bei Kindern [92] veröffentlichte, da die Einnahme von Antidepressiva (insbesondere Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) das Selbstmordrisiko bei Kindern erhöhen kann [113].

6.2 Ergebnisse zu sozialen Aspekten

Die Aufbereitung der Informationen zu sozialen Aspekten orientierte sich an dem von Mozygemba et al. 2016 [63] vorgeschlagenen umfassenden konzeptionellen Rahmen. Die Aufarbeitung sozialer Aspekte beruhte auf 17 Publikationen (Studien, Webseiten von Interessenvertretungen).

6.2.1 Soziales Konstrukt / Verständnis von Depression bei Kindern und Jugendlichen

Depression bei Kindern und Jugendlichen ist eine anerkannte Erkrankung mit klar definierten diagnostischen Kriterien laut ICD-10. Kinder und Jugendliche nehmen sie oft als sehr belastend und aussichtslos wahr. Dennoch wird Depression in frühen Lebensjahren häufig nicht oder sehr spät erkannt, da oft andere Symptome (zum Beispiel Aggressivität, Hyperaktivität) und Komorbiditäten die Krankheit überlagern oder depressive Symptome als typisch jugendliches Verhalten missinterpretiert werden [80,114,115]. Jugendliche geben auch an, ihre depressiven Gefühle meist lange für sich zu behalten, aus Angst vor Stigmatisierung, Autonomieverlust, und um ihr soziales Umfeld nicht zu belasten [80].

6.2.2 Soziales Bild / Verständnis der Intervention

Jugendliche sehen in Psychotherapie eine Möglichkeit, ihre Erkrankung ursächlich zu behandeln, während Antidepressiva eher als Mittel zur Symptombekämpfung

wahrgenommen werden [112]. Von Psychotherapie erhoffen sich Kinder und Jugendliche Anleitung und Unterstützung, um den Alltag besser zu meistern, in der Schule, in der Familie und im Freundeskreis wieder integriert zu sein und schlussendlich gesund zu werden [110,116]. Sowohl bei Eltern als auch bei den Kindern und Jugendlichen selbst fehlt jedoch oft das Wissen über das vorhandene Hilfsangebot in Deutschland [117].

Psychotherapie ist weitgehend als Behandlungsoption akzeptiert [116,118]. Dennoch sucht rund ein Viertel der Eltern keine professionelle Hilfe für ihr Kind, aus Sorge darüber, was andere Menschen denken könnten [117]. Auch kulturelle Hintergründe können Einfluss auf die Akzeptanz von Psychotherapie haben [119]. Ob Jugendliche eine Psychotherapie akzeptieren, hängt zum einen davon ab, ob sie diese freiwillig durchführen. Wenn ihnen eine Therapie aufgezwungen wird, geht dies mit einer negativen Einstellung und geringer Akzeptanz einher, was einen Therapieabbruch fördern kann. Zum anderen ist eine gute, vertrauensvolle Therapeuten-Patient-Beziehung essenziell, um die Therapie zu akzeptieren und langfristig durchzuführen. Unzufriedenheit über die Beziehung, den Therapieansatz oder die erreichten Verbesserungen können zum Therapieabbruch führen [108].

Sowohl Eltern als auch Jugendliche verbinden Psychotherapie mit wenigen Risiken, während die Einnahme von Antidepressiva mit Risiken wie Abhängigkeit, Autonomieverlust und selbstverletzendem Verhalten assoziiert wird [112,120]. Einige Eltern befürchten, dass Psychotherapie Traumata aufleben lasse und sich der Gesundheitszustand des Kindes verschlechtern könne [121]. Laut Expertenauskunft haben Eltern auch Angst vor zu viel Autonomie des Kindes. Kinder und Jugendliche sorgen sich teilweise, dass sie durch die Teilnahme an einer Psychotherapie von ihrem sozialen Umfeld abgelehnt werden [122].

6.2.3 Soziokulturelle Aspekte der Anwendung der Intervention

Die Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten ist in Deutschland sozial ungleich verteilt. Kinder aus sozialökonomisch schwächeren Familien leiden häufiger unter psychischen Problemen (26 %) als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem (9,7 %) oder mittlerem (16,1 %) sozioökonomischen Status [123]. Mädchen sind in Deutschland etwas häufiger von Depression betroffen als Jungen (3,7 % versus 2,5 %). Regionale Unterschiede (Ost-/Westdeutschland) sind nicht zu beobachten [124]. Das Angebot an Psychotherapieplätzen ist in Deutschland jedoch regional unterschiedlich verteilt. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Depression ist in Städten besser als auf dem Land, das Behandlungsangebot im Westen umfangreicher als im Osten [125].

Die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachberufe ist notwendig, um Kinder und Jugendliche von Beginn an zielgerichtet durch das Versorgungssystem zu begleiten. Das bedeutet, dass primäre Anlaufstellen wie Hausärztinnen und Hausärzte, Pädagoginnen und Pädagogen oder Kinderärztinnen und Kinderärzte bei Verdacht auf Depression Kinder und

Jugendliche an spezialisierte Gesundheitsberufe weiterleiten sollen. Ebenso gilt es zu beachten, dass Fachärztinnen / -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie auch Medikamente verschreiben dürfen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen / -therapeuten aber nur Psychotherapie anbieten dürfen. Sollte eine Kombinationstherapie erforderlich sein, müssen nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten mit Medizinerinnen und Medizинern zusammenarbeiten. Aus den Experteninterviews geht hervor, dass insbesondere niedrigschwellige Angebote in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen erforderlich wären, wie beispielsweise Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter.

6.3 Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten

Die Aufbereitung der Informationen zu rechtlichen Aspekten orientiert sich an dem von Brönneke et al. 2016 [35] entwickelten Leitfaden zur Identifikation von rechtlichen Aspekten und stützte sich auf 13 Referenzen.

6.3.1 Patientenautonomie I – informierte Zustimmung (informed consent)

Gemäß § 630d Absatz (Abs.) 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ist vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, die oder der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung der Patientin oder des Patienten einzuholen.

Dadurch wird das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und des Patienten hervorgehoben, die bzw. der als eigenverantwortliches Subjekt über die Durchführung der Behandlung entscheiden können soll. Dies wiederum setzt voraus, dass die Patientin oder der Patient zuvor in verständlicher Weise ordnungsgemäß aufgeklärt und ausdrücklich sowie unmissverständlich gefragt wird, ob sie oder er in die Maßnahme einwilligt [126].

Nach § 630e Abs. 1 BGB und ständiger Rechtsprechung ist es Pflicht der behandelnden Ärztin beziehungsweise des behandelnden Arztes, die Patientin oder den Patienten über die in ihrem oder seinem Fall bestehenden Behandlungsmöglichkeiten mit wesentlich unterschiedlichen Risiken oder wesentlich unterschiedlichen Erfolgsaussichten in Kenntnis zu setzen. Ihr beziehungsweise ihm ist als Subjekt der Behandlung die Wahl zwischen den gleichermaßen medizinisch indizierten Behandlungsmethoden zu überlassen (Bundesgerichtshof [BGH] 15.03.2005, VI ZR 313/03, Seite 6 mit weiteren Nachweisen) [127].

Auch aus den jeweiligen Berufsordnungen beziehungsweise der Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (MBO) [128] ergibt sich, dass jede Behandlung die Einwilligung der Patientin oder des Patienten nach erfolgter Aufklärung voraussetzt (§ 7 MBO) [128].

6.3.2 Patientenautonomie II – Einwilligung Kinder / Jugendliche

Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist die Einwilligungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten [129]. Diese setzt die natürliche Willensfähigkeit der betreffenden Person voraus, deren Einsichts- und Urteilsvermögen ausreichend sein muss, um den Nutzen der Behandlung gegen deren Risiken abzuwägen und dann eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen (Laufs / Kern, Handbuch des Arztrechts, § 137 Rz 7) [130]. Die Einwilligung einer Minderjährigen oder eines Minderjährigen zu einem Eingriff in ihre oder seine körperliche Unversehrtheit ist rechtswirksam, wenn die Person nach geistiger und sittlicher Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag (BGH 05.12.1958, VI ZR 266/57 = NJW 1959,811) [131]. Auch die MBO [128] weist auf die erforderliche behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit hin (vgl. etwa § 12 Abs. 2 MBO).

Diese Einwilligungsfähigkeit ist bei Kindern und Jugendlichen nicht immer gegeben. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch § 630d Abs. 1 Satz 2 BGB [132] ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wenn die Patientin oder der Patient einwilligungsunfähig ist. Ob einwilligungsfähige Minderjährige ohne Einbindung ihrer gesetzlichen Vertretung einwilligen können, wird uneinheitlich beantwortet. Soweit überblickbar, können nach herrschender Meinung einwilligungsfähige Minderjährige selbst entscheiden (Spickhoff A. in Spickhoff, Medizinrecht §§ 630d Rz 8) [129]. Der Bundesgerichtshof geht, soweit überblickbar, von einem Vetorecht Minderjähriger aus (BGH 10.10.2006, AZ VI ZR 74/05) [133]. Liegt die Einwilligungsfähigkeit nicht vor, ist die Einwilligung von hierzu Berechtigten einzuholen, die bei Ausübung des Sorgerechts die Fähigkeiten und Bedürfnisse der oder des Minderjährigen zu berücksichtigen haben. Dies ist auch in der MBO festgelegt (gemäß § 12 Abs. 2 MBO) [128].

Minderjährige unter 14 Jahren werden nicht einwilligungsfähig sein, bei Minderjährigen zwischen 14 und 17 Jahren kann die Einwilligungsfähigkeit gegeben sein, wobei diese im jeweiligen Einzelfall zu prüfen ist.

6.3.3 Datenschutz

Im Zusammenhang mit Datensicherheit normiert § 10 MBO, Psychotherapeutinnen und -therapeuten müssten sicherstellen, dass erhobene Daten und persönliche Aufzeichnungen sicher verwahrt und gegenüber Zugriffen unbefugter Dritter umfassend geschützt werden.

Gesundheitsdaten sind besonders schützenswert und unterliegen einem noch strengeren Verwendungsregime. Gesundheitsdaten sind als „sensible Daten“ zu qualifizieren (Art 9 DSGVO) [134] und stellen demnach eine besondere Kategorie personenbezogener Daten dar. Als Gesundheitsdaten werden personenbezogene Daten angesehen, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung

von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen (Artikel 4 Ziffer 15 Datenschutz-Grundverordnung) [134]. Diese dürfen nur zu den aufgezählten Zwecken beziehungsweise im Rahmen der taxativen Rechtfertigungstatbestände verarbeitet werden, zum Beispiel zur Verteidigung von Rechtsansprüchen (Artikel 9 Absatz 2 litera f) [134]. Neben der ausdrücklichen und jederzeit widerruflichen Einwilligung der oder des Betroffenen sieht Artikel 9 Absatz 2 DSGVO vor, dass die Verarbeitung beispielsweise zulässig ist, wenn Zwecke der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung oder aufgrund eines Vertrags mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs dies erforderlich machen (Artikel 9 Absatz 2 litera h) [134].

6.3.4 Verschwiegenheitspflicht

Eine umfassende Schweigepflicht ergibt sich aus der einschlägigen MBO, die mitunter zu einem Spannungsverhältnis zwischen Verschwiegenheitspflicht und Informations- / Aufklärungspflichten gegenüber Sorgeberechtigten führen kann. So ergibt sich etwa aus § 8 Abs. 1 MBO, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse und über das verpflichtet sind, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patientinnen und Patienten sowie Dritte anvertraut und bekannt wurde.

Gemäß § 12 Abs. 6 MBO sind Psychotherapeutinnen und -therapeuten gegenüber einsichtsfähigen Patientinnen und Patienten ebenso wie gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen schweigepflichtig. Soweit Minderjährige über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen, bedarf eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte in die sie betreffende Patientenakte der Einwilligung der Minderjährigen. Sofern noch keine ausreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Kindes gegeben ist, besteht aufgrund des Erziehungsrechts der Eltern (§ 1626 f BGB) eine Offenbarungspflicht gegenüber den Eltern (siehe auch § 8 Abs. 2 MBO) [128]. Gefährdet jedoch eine Patientin oder ein Patient sich selbst oder andere oder wird er gefährdet, so haben Behandelnde zwischen Schweigepflicht, Schutz der Patientin oder des Patienten, Schutz eines Dritten beziehungsweise dem Allgemeinwohl abzuwägen. Sie müssen gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz der Patientin oder des Patienten oder Dritter ergreifen (§ 8 Abs. 4 MBO) [128].

6.3.5 Zulassung / Berufsausübung

Die gesetzliche Grundlage und Voraussetzungen der Berufsausübung ergeben sich aus dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Neben der fachlichen Qualifikation zur Approbation werden dort unter anderem Eignung, Ausbildung und staatliche Prüfung normiert.

6.3.6 Kostenerstattung im Gesundheitswesen

Unter bestimmten Voraussetzungen wie Störung mit Krankheitswert, Eignung der Psychotherapie zur Linderung oder Heilung der Krankheit werden die Kosten der Psychotherapie seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen (siehe dazu § 92 Abs. 6a SGB V) [135]. Dies gilt jedoch nur für Behandlungen, die entsprechend der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [13] durchgeführt werden. Die Psychotherapie-Richtlinie enthält nähere Vorgaben zu den zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ambulant erbringbaren psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen und deren Anwendungsbereichen, zum Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren und zum Leistungsumfang. Überdies sind darin Vorgaben zur psychosomatischen Grundversorgung enthalten. Darüber hinaus sind der Psychotherapie-Richtlinie (§§ 34, 35) und der Psychotherapie-Vereinbarung (§ 12) Regelungen zum sogenannten Gutachterverfahren zu entnehmen (zu den Sitzungszahlen siehe [16]). Im Rahmen eines Gutachterverfahrens wird zusammen mit dem Antrag auf Psychotherapie der Patientin und des Patienten der Bericht der Therapeutin und des Therapeuten eingereicht über den in weiterer Folge Gutachter, die seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband bestellt werden, befinden [136]. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedoch auch die Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThGAusbRefG) und deren Auswirkungen auf das Gutachterverfahren, wonach – soweit überblickbar – neue Formen der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie erarbeitet werden sollen (siehe dazu [137] und Berichte zu dem Vorhaben u. a. der Bundes Psychotherapeuten Kammer [138]).

Außerhalb des GKV-Systems ist die Kostenübernahme von der jeweiligen Privatversicherung abhängig, wobei insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Privatversicherung zu beachten sind.

6.4 Ergebnisse zu organisatorischen Aspekten

In der Informationsaufbereitung zu organisatorischen Aspekten orientierte man sich an dem von Perleth et al. 2014 [34] vorgeschlagenen Raster zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Behandlungsmethoden. Die Aufbereitung organisatorischer Aspekte stützte sich auf 11 Publikationen (Studien, Leitlinie, Webseite von Interessensvertretung).

6.4.1 Einfluss auf Voraussetzungen der Leistungserbringung

Erste Anlaufstelle bei Verdacht auf eine Depression können Hausärztin oder Hausarzt, Kinderärztin oder -arzt, psychosoziale Beratungsstellen und Sozialpsychiatrische Dienste sein. Bei Kindern und Jugendlichen wird jedoch empfohlen, dass nur dafür ausgebildetes Fachpersonal die Diagnose einer Depression stellt, wobei jenen Fachberufen Vorrang gegeben werden soll, die über spezielle Kenntnisse der entwicklungspsychologisch

und -psychopathologisch begründeten Vielfalt klinischer Erscheinungsformen von depressiven Syndromen im Kindes- und Jugendalter verfügen [6].

Die generelle Behandlungsquote von Depression liegt in Deutschland bei 50 % [20]. Bei Kindern und Jugendlichen ist diese ähnlich [23]. Hauptgründe für fehlende Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen sind Unsicherheit, ob das Gesundheitsproblem ernst genug ist, Sorge über mögliche Stigmatisierung und fehlendes Wissen über Anlaufstellen und Versorgungsangebote [117].

In Deutschland attestierte das Robert Koch-Institut 2008 auch ein Ost-West-Gefälle bezüglich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem 4-fach verminderten Anteil an Fachpersonal in den neuen Bundesländern. Auch ein Stadt-Land-Unterschied mit geringerer Versorgungsdichte in ländlichen Bereichen war zu beobachten. Die zusätzlichen langen Wartezeiten auf psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind zudem ein Indiz für Unterversorgung, die auch in Regionen mit relativ hohem Versorgungsgrad vorzuliegen scheint. Laut einer Studie aus 2008 warten Kinder und Jugendliche im Schnitt 2 Monate bis zum diagnostischen Erstgespräch und 4,5 Monate auf einen Therapieplatz [125]. In den vergangenen Jahren wurde das Versorgungsangebot in Deutschland jedoch ausgebaut. Kassenärztliche Stellen von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurden verdoppelt [123]. Zudem können 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 [125]. Die Übernahme der Kosten sei essenziell, da dadurch die Unabhängigkeit der Jugendlichen von den Eltern forciert wird (Interviews mit Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeutin). Trotz Ausbaus von Therapieplätzen in den vergangenen Jahren liegt laut der BELLA-Studie (Erhebungszeitraum 2009–2012) in Deutschland eine Unterversorgung mit Therapieplätzen für Kinder und Jugendliche vor [117].

6.4.2 Einfluss auf Prozesse

Kindern und Jugendlichen mit Depression wird bei leichten Formen alternativ zu einer Psychotherapie aktives Abwarten empfohlen. Bei schweren Formen oder Nichtansprechen der Psychotherapie wird eine Behandlung mit dem Antidepressivum Fluoxetin empfohlen (alleine oder in Kombination mit Psychotherapie). Die Kosten für alle Behandlungsformen übernehmen die Krankenkassen [6]. Psychotherapie können die gleichen Fachleute durchführen, die für aktives Abwarten und Antidepressiva-Therapie zuständig sind, zusätzlich aber auch Nicht-Medizinerinnen und Nicht-Mediziner mit psychotherapeutischer Ausbildung. Insofern ist hier keine Verlagerung von Leistungen zu erwarten. Allerdings ist die Durchführung einer Psychotherapie ressourcenintensiver als eine medikamentöse Therapie

oder aktives Abwarten. Da in Deutschland viele Berufsgruppen für Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen zuständig sein können, erfordert es eine gute Kommunikation und Kooperation dieser Berufsgruppen für Diagnostik und adäquate Versorgung.

7 Zusammenführung der Ergebnisse

Die übergeordnete Frage, ob bei Depression von Kindern und Jugendlichen Psychotherapie verglichen mit anderen Therapien zu besseren Ergebnissen führt, lässt sich teilweise beantworten. Evidenz wurde für Vergleiche von Psychotherapie mit inaktiven Vergleichsinterventionen oder einer Behandlung mit Antidepressiva gefunden, nicht jedoch zu nicht medikamentösen Vergleichsinterventionen wie Entspannungs- oder Sportübungen oder zu aktivem Abwarten (Psychoedukation).

Sowohl für KVT als auch für IPT konnten Hinweise auf einen Nutzen gegenüber inaktiven Kontrollen abgeleitet werden. KVT reduzierte depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen stärker als inaktive Kontrollen [38]. Dies konnte für KVT im Allgemeinen, aber auch für die Unterformen „achtsamkeitsbasierte KVT“ und „computerbasierte KVT“ gezeigt werden, nicht jedoch für die Unterform „problemlösungsorientierte Therapie“ [36,42,47,48]. KVT erwies sich auch bei gesonderter Betrachtung von Kindern und Jugendlichen als jeweils wirksamer als die Kontrollbedingung [38]. Subgruppenanalysen zeigten, dass KVT bei Kindern ohne Komorbiditäten depressive Symptome reduzierte, bei Kindern mit Komorbiditäten hingegen nicht. Ebenso war laut einer Subgruppenanalyse KVT ohne Elternbeteiligung wirksamer als mit einer solchen [46]. Betreffend die Subgruppenanalysen, die keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigten, ist jedoch anzumerken, dass die Anzahl an Studien je Subgruppe teilweise sehr gering war, weshalb das Fehlen eines statistisch signifikanten Effektes auch auf eine fehlende statistische Power zurückzuführen sein könnte. IPT hatte ebenfalls eine stärkere Reduktion depressiver Symptome sowie erhöhte Funktionsfähigkeit zur Folge als keine aktive Behandlung [42,44,47,48]. Eine Subgruppenanalyse zeigte, dass interpersonelle Psychotherapie als Einzel- wie auch als Gruppentherapie wirksamer als keine aktive Therapie war [44]. Aussagen zum Suizidrisiko sind sowohl für KVT als auch für IPT und DYN nicht aus der Evidenz ableitbar, da die Konfidenzintervalle zu breit waren.

Der direkte Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten ergab keinen Hinweis darauf, dass eine der 3 Psychotherapieformen einen höheren oder geringeren Nutzen als eine Behandlung mit einem SSRI (in der Regel Fluoxetin) hat. KVT, IPT und DYN führten zu ähnlichen Reduktionen depressiver Symptome wie Antidepressiva-Behandlung [37,47]. Es gab auch keinen Anhaltspunkt, dass Kinder und Jugendliche unter KVT ein geringeres Suizidrisiko aufwiesen als jene, die Antidepressiva einnahmen [37].

Es fanden sich keine Anhaltspunkte, dass KVT als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung häufiger zu einer Remission oder zu einer Verbesserung depressiver Symptome als alleinige Antidepressiva-Einnahme führte [37]. Langfristig führte KVT als Add-on zu besserer Funktionsfähigkeit, kurz- und mittelfristig zeigte sich dieser Effekt jedoch nicht. In Bezug auf Suizidrisiko und Response hatte eine zusätzlich zur Antidepressiva-Einnahme durchgeführte

KVT keine besseren Ergebnisse zur Folge als alleinige Antidepressiva-Einnahme [37,40,47]. IPT und DYN wurden in den identifizierten SÜs nicht als Add-on untersucht.

Keine der eingeschlossenen SÜs berichtete über die Auswirkungen der Psychotherapie auf die Mortalität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und unerwünschte Ereignisse.

Die Berechnung von Interventionskosten für den deutschen Versorgungskontext ergab, dass Psychotherapie mehr direkte Kosten verursacht als Behandlungsalternativen. KVT und DYN (tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie) können in Deutschland zulasten der Krankenkassen abgerechnet werden [13]. Als Therapie im Einzelsetting als KZT über einen Zeitraum von 12 Wochen mit 12 Sitzungen à 50 Minuten oder 12 Sitzungen à 2 x 25 Minuten inklusive aller Teilleistungen reichen die Gesamtkosten für alle KVTs und DYNs von 1793,08 € bis 2104,68 €. Die Abrechnung der Kosten einer IPT unterliegen keiner klaren gesetzlichen Regelung, da IPT nicht als Richtlinien-therapie definiert ist. Die Kosten können in der klinischen Praxis häufig aber trotzdem durch Vertragsärztinnen und -ärzte über die GKV abgerechnet werden [55]. Die kalkulierten Kosten belaufen sich für eine Therapie im Einzelsetting für einen Zeitraum von 12 Wochen mit 12 Sitzungen à 50 Minuten oder 12 Sitzungen à 2 x 25 Minuten inklusive aller Teilleistungen auf 1793,08 € bis 2104,68 €. Fluoxetin ist als einziges Medikament derzeit in Deutschland für eine pharmakotherapeutische Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen ab 8 Jahren zugelassen. Neben den Kosten für das Präparat selbst fallen noch solche für 1 Erstgespräch, 4 Verlaufskontrollen und 2 vollständige Blutbilder an. Zudem sollten nach 4 und 8 Wochen Responsekontrollen stattfinden, um Wirkung und Symptome zu dokumentieren. In Summe ergibt sich je nach Dosierungsbedarf (Untergrenze: 10 mg, Obergrenze: 20 mg) und Präparat ein Gesamtkostenintervall von 311,23 € bis 318,47 € für eine 8-wöchige Therapie. Die Kosten können zulasten der Krankenkassen abgerechnet werden. Als aktiv abwartende Intervention wurde Psychoedukation näher beleuchtet. Für 9 Einheiten inklusive 4 Einheiten psychotherapeutischer Sprechstunde für die Begleitperson ergibt sich ein Betrag von 659,88 €. Zudem wurden die Kosten für Entspannungstherapie als weitere nicht medikamentöse Behandlung eruiert. Für 8 bis 10 Einheiten Entspannungstherapie zu jeweils 60 Minuten über 6 bis 8 Wochen ergibt sich ein Gesamtkostenintervall von 349,36 € bis 411,32 €. Auch die Kosten für Psychoedukation und Entspannungsübungen werden von den Krankenkassen übernommen. Die hier abgebildeten Beträge berücksichtigen allerdings nicht die diversen (langfristigen) Folgekosten einer Depression (zum Beispiel geringeres Einkommen im Erwachsenenalter).

Zur Kosteneffektivität fanden sich 5 Studien, alle betreffen KVT. Dabei zeigte sich, dass diese im Vergleich zu keiner aktiven Behandlung oder zu alleiniger Antidepressiva-Behandlung nicht kosteneffektiv war [70]. Gleiches gilt für eine Kombination aus KVT und Antidepressiva im Vergleich zu alleiniger Antidepressiva-Behandlung – allerdings nur kurzfristig; langfristig war

sie hingegen schon kosteneffektiv [70,71]. Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen der Nutzenbewertung, die ebenfalls keinen höheren Nutzen von KVT gegenüber Antidepressiva-Behandlung ableiten konnte und nur langfristig einen Nutzen der KVT als Add-on für den Endpunkt Funktionsfähigkeit ergab, kurz- und mittelfristig jedoch nicht. Obwohl die Studien keine erheblichen methodischen Limitationen aufweisen, ist eine direkte Übertragung der Ergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext aufgrund zu großer Systemunterschiede nicht möglich.

Eine soziale, ethische und organisatorische Herausforderung ist die Diagnosestellung von Depression. Obwohl diese bei Kindern und Jugendlichen als anerkannte Erkrankung gilt, die zu erhöhter Vulnerabilität führen und bis ins Erwachsenenalter andauern kann, wird sie häufig nicht oder sehr spät erkannt, da oft andere Symptome und Komorbiditäten die Krankheit überlagern oder depressive Symptome als typisch jugendliches Verhalten missinterpretiert werden [80,114,115]. Primäre Anlaufstellen wie Hausärztinnen und Hausärzte, Pädagoginnen und Pädagogen, Kinderärztinnen und Kinderärzte sollen daher bei Verdacht auf Depression Kinder und Jugendliche an spezialisierte Gesundheitsberufe weiterleiten.

Gründe für fehlende Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen sind außerdem Unsicherheit, ob das Gesundheitsproblem ernst genug ist, Sorge über mögliche Stigmatisierung, fehlendes Wissen über Anlaufstellen und Versorgungsangebote sowie fehlende Versorgungsangebote [117]. In Deutschland ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Depression in Städten besser als auf dem Land, das Angebot im Westen dichter als im Osten [125]. Zusätzliches Personal sowie Aufklärung der Bevölkerung über die verfügbaren Versorgungsangebote könnten dazu beitragen, die Behandlungsquote zu erhöhen.

Psychotherapie wird von vielen als Behandlungsoption akzeptiert [116,118]. Jugendliche sehen darin eine Möglichkeit, ihre Erkrankung ursächlich zu behandeln, während Antidepressiva eher als Mittel zur Symptombekämpfung wahrgenommen werden [112]. Sowohl Eltern als auch Jugendliche verbinden Psychotherapie mit wenigen Risiken, während die Einnahme von Antidepressiva mit Risiken wie Abhängigkeit, Autonomieverlust und selbstverletzendem Verhalten assoziiert wird [112,120]. Psychotherapie könnte, so wird befürchtet, als Nebenwirkung Traumata aufleben lassen und den Gesundheitszustand des Kindes verschlechtern [121]. Laut Expertenauskunft haben Eltern auch Angst vor zu viel Autonomie des Kindes. Kinder und Jugendliche sorgen sich teilweise, dass es zu einer Stigmatisierung kommen könnte [122].

Psychotherapie verfolgt das Ziel, die Autonomie und den Selbstwert des Kindes oder der jugendlichen Person zu stärken [104,105]. Daher ist es ethisch und rechtlich notwendig, schon zu Beginn, sofern die nötige geistige Reife vorhanden ist, die Einwilligung des Kindes einzuholen. Um die Therapie zu akzeptieren und langfristig zu machen, braucht es eine

freiwillige Teilnahme und eine gute, vertrauensvolle Therapeuten-Patient-Beziehung. Auch wenn eine Subgruppenanalyse zeigt, dass Psychotherapie ohne Beteiligung der Erziehungsberechtigten wirksamer war, so ist die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten in der Praxis vor allem bei jüngeren Kindern in gewissem Ausmaß notwendig. Hier gilt es jedoch zu beachten, dass das Interesse des Kindes beziehungsweise der oder des Jugendlichen an erster Stelle steht und sich nicht immer mit den Bedürfnissen der Erziehungsberechtigten decken muss [85]. Die Schweigepflicht der Gesundheitsberufe kann aus ethischer gleichwie aus rechtlicher Sicht zu einem Spannungsverhältnis zwischen Verschwiegenheitspflicht und Informations- oder Aufklärungspflichten gegenüber Sorgeberechtigten führen.

8 Diskussion

Die Nutzenbewertung ergab Hinweise, dass im Vergleich zu inaktiven Kontrollen KVT und IPT depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen reduzieren können. Dennoch übernehmen die Krankenkassen in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen mit Depression zwar die Kosten für KVT und DYN, nicht aber für IPT, da diese nicht der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA entspricht [13]. In Behandlungsleitlinien wird IPT zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen jedoch empfohlen [139]. Bei einer zukünftigen Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie sollte es zu einer Neubewertung von IPT für Kinder und Jugendliche kommen. Betreffend DYN ließ sich kein Anhaltspunkt für eine Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Depression ableiten. Die Ergebnisse hierzu stammen jedoch nur aus einer Studie einer Netzwerk-Metaanalyse und liegen nur zu den Endpunkten Suizidrisiko und Veränderung depressiver Symptome vor. Weitere Forschung zu dieser Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen wäre in Zukunft wünschenswert.

Die identifizierte Evidenz lässt keine Aussagen über eine unterschiedliche Wirksamkeit von Psychotherapie in Abhängigkeit vom Ausmaß der Depression zu, da schwere, moderate, und leichte Formen der Depression in den Studien häufig gemeinsam betrachtet wurden. Auch zur vergleichenden Wirksamkeit mit verschiedenen inaktiven Kontrollinterventionen sind keine validen Aussagen möglich, da die Metaanalysen verschiedene Vergleichsgruppen wie „keine Intervention“, „psychologisches Placebo“ oder „übliche Behandlung“ als inaktive Kontrollintervention zusammenfassten. Zudem wurden die Begriffe „übliche Behandlung“ und „psychologisches Placebo“ in den SÜs nicht näher definiert, was die Unschärfen in der Interpretation vergrößert.

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen SÜs können nicht auf Deutschland übertragen werden. Dennoch sind sie für diesen HTA-Bericht relevant, da sie Input zu Kostenstrukturen und Modellparametern liefern, die Gesundheitsplanerinnen und -planern in Deutschland Einblick in klinischen Alltag ermöglichen und für gesundheitsökonomische Analysen des deutschen Versorgungskontextes genutzt werden können. Interventionskosten ließen sich speziell für Deutschland berechnen. Grundsätzlich greifen diese aber zu kurz, weil der Kosten-Nutzen-Aspekt fehlt und die ökonomische Krankheitslast (Economic Burden of Disease), die durch eine Depression im Kindes- und Jugendalter langfristig verursacht werden kann, nicht berücksichtigt wird.

Für Kinder unter 8 Jahren ließ sich keine Evidenz finden. Aussagen zur Wirksamkeit und Sicherheit einer Psychotherapie müssen für diese Patientengruppe also von Studien mit älteren Kindern abgeleitet werden. Psychotherapie kann sich aber bei jungen Kindern in der Umsetzung unterscheiden, 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 helfen, gezielt Therapieempfehlungen für

diese Altersgruppe abzuleiten. Ethisch und rechtlich stellen solche Studien aber eine große Herausforderung dar, gelten doch junge Kinder mit Depression als besonders schutzbedürftige Gruppe.

Die Beteiligung der Erziehungsberechtigten kann zu Spannungen bei der Umsetzung von Psychotherapie führen. So decken sich die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen nicht immer mit den Vorstellungen der Erziehungsberechtigten. Psychotherapie hat jedoch stets im besten Interesse des Kindes beziehungsweise der oder des Jugendlichen zu erfolgen. Autonomie beispielsweise stellt ein wichtiges Ziel der Psychotherapie dar. Gestärkte Autonomie des Kindes beziehungsweise der oder des Jugendlichen kann aber von Erziehungsberechtigten als Auflehnen und somit als negativ empfunden werden. Ein weiteres Spannungsfeld im Zusammenhang mit Eltern erschließt sich aus der Tatsache, dass Therapeutinnen und Therapeuten zur Schweigepflicht gegenüber ihren Patientinnen und Patienten verpflichtet sind. Gleichzeitig halten es die Erziehungsberechtigten aber oft schwer aus, nicht zu erfahren, was in der Therapie besprochen wird. Trotz dieser potenziellen Spannungen ist es in der Praxis häufig notwendig, die Eltern in die Psychotherapie einzubinden, da depressive Symptome in einem psychosozialen Kontext gesehen werden müssen und das Familienumfeld meist eine wichtige Rolle spielt. Das Ausmaß der Elternbegleitung kann mit höherem Alter der Kinder beziehungsweise Jugendlichen abnehmen.

1 SÜ untersuchte, welche Endpunkte in RCTs mit depressiven Kindern und Jugendlichen erhoben werden; dabei wurde festgestellt, dass Veränderungen in der depressiven Symptomatik sowie in der Funktionsfähigkeit die am häufigsten gemessenen Endpunkte darstellen [140]. Das war auch in der vorliegenden Nutzenbewertung der Fall. Zu wichtigen Endpunkten wie Nebenwirkungen, gesundheitsbezogene Lebensqualität und (suizidale) Mortalität lieferten die eingeschlossenen SÜs hingegen keine Daten. Ein Standardset an Endpunkten und Methoden zur Messung des Therapieerfolgs und der Sicherheit einer Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen wäre für zukünftige Studien wichtig.

8.1 HTA-Bericht im Vergleich zu anderen Publikationen

Ein Umbrella Review (SÜ von SÜs) wurde 2020 auf Norwegisch publiziert; er widmet sich unter anderem der Wirksamkeit und Sicherheit von Psychotherapie zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen [141,142]. Die Ergebnisse dieser Arbeit decken sich mit jenen der Nutzenbewertung in diesem HTA-Bericht. Der Umbrella Review zeigte, dass KVT und IPT wirksam depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen reduzieren können. Der Vergleich KVT mit Antidepressiva-Behandlung zeigte kaum bis keine Unterschiede in Bezug auf Remission und depressive Symptome, jedoch ein geringeres Selbstmordrisiko unter KVT als unter Antidepressiva-Behandlung. Die Autorinnen und Autoren kamen zu dem Schluss,

dass eine Kombination von KVT mit Antidepressiva zu einem besseren Behandlungserfolg führt als alleinige Antidepressiva-Behandlung [141,142].

Ein weiterer 2020 publizierter Umbrella Review beschäftigte sich mit der Wirksamkeit und Sicherheit von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Placebo [143]. Wenngleich nicht im Rahmen der Nutzenbewertung behandelt, ist es doch relevant zu wissen, wie Antidepressiva gegenüber keiner Behandlung abschneiden, um die Vergleiche von Psychotherapie versus Antidepressiva in Kontext zu setzen. Der Umbrella Review zeigte, dass Fluoxetin verglichen mit Placebo wirksam depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen reduzieren kann. Ob Fluoxetin mit einem erhöhten Risiko für unerwünschte Ereignisse und für Selbstmord verbunden ist, ließ sich nicht sagen. Mit einem erhöhten Selbstmordrisiko war einzig das Antidepressivum Venlafaxine assoziiert, das aber in Deutschland für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen ist [143].

Nach Durchführung der Literatursuche für die Nutzenbewertung publizierte die Agency for Healthcare Research and Quality eine SÜ zu Behandlungsmöglichkeiten von Depression bei Kindern und Jugendlichen [144]. Diese Arbeit konnte daher in die Nutzenbewertung dieses HTA-Berichtes noch nicht einfließen. Ihre Ergebnisse stehen aber im Einklang mit jenen dieses HTA-Berichtes. So zeigte sich in der SÜ, dass KVT und IPT bei Kindern und Jugendlichen zur Verbesserung depressiver Symptome führt. Wie auch im vorliegenden HTA-Bericht ließen sich keine Daten zu unerwünschten Ereignissen von Psychotherapie finden. Diese SÜ untersuchte auch SSRI im Vergleich zu Placebo, was ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Ereignisse durch SSRI ergab [144]. Im Rahmen der Nutzenbewertung konnte keine SÜ identifiziert werden, die Psychotherapie mit anderen nicht medikamentösen Therapien wie Sportübungen verglich. 2 rezente SÜs, welche die Wirksamkeit von Sport [145,146] im Vergleich zu Scheinbehandlungen oder keinen Behandlungen untersuchten, zeigten einen moderaten, aber statistisch signifikanten positiven Effekt sportlicher Betätigung auf depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen. Dieser Effekt war größer, je intensiver die sportlichen Aktivitäten waren. Verglichen mit aktiven Kontrollinterventionen wie dem Spielen von Brettspielen war der Effekt kleiner als gegenüber keiner Intervention. Zukünftige Forschung sollte sportliche Betätigung auch im Vergleich zu Psychotherapie und Antidepressiva-Behandlung untersuchen [145].

8.2 HTA-Bericht im Vergleich zu Leitlinien

Die aktuellste Leitlinie stellt „Depression in children and young people: identification and management“ des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [147] dar. Umfassend behandelt sie die Aspekte Diagnostik, Zugang zur Behandlung und Behandlung selbst. Die Leitlinie empfiehlt, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige gut aufzuklären und die Prinzipien der informierten Entscheidung und des Einverständnisses zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern zu berücksichtigen. Diese Aspekte

würden die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung mit dem betreuenden Personal darstellen. Die Ergebnisse der NICE-Leitlinie [147] sind schwer mit jenen der Nutzenbewertung zu vergleichen, da die Leitlinie durchgehend explizit zwischen milden Formen (inkludiert auch Dysthymie) und mittleren bis schweren Formen der Depression unterscheidet.

Der dieser Leitlinie zugrundeliegende Evidenzbericht identifizierte Evidenz für die Altersgruppe der 5- bis 11-Jährigen mit **leichter Depression** ausschließlich für den Vergleich von KVT im Gruppensetting mit Warteliste beziehungsweise keiner Behandlung: Eine Behandlung mit KVT im Gruppensetting reduzierte depressive Symptome kurzfristig, ein langfristiger Effekt war aber nicht nachzuweisen. Bei 12- bis 18-Jährigen mit leichter Depression verringerten sich durch CKVT, KVT, IPT im Gruppensetting sowie KVT als Einzeltherapie wirksam depressive Symptome, und die Funktionsfähigkeit der Jugendlichen verbesserte sich sowohl unmittelbar als auch bis zu 6 Monate nach Ende der Therapie verglichen mit Warteliste oder keiner Behandlung. Was Kinder (5 bis 11 Jahre) mit **mittleren bis schweren Formen der Depression** betraf, zeigte die Evidenz: KVT im Gruppensetting reduzierte depressive Symptome im Vergleich mit der inaktiven Kontrollgruppe (Warteliste, keine Behandlung) unmittelbar nach der Behandlung. Bei 12- bis 18-Jährigen mit mittlerer bis schwerer Depression verringerte die KVT im Einzelsetting depressive Symptome und verbesserte Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und suizidale Gedanken verglichen mit Warteliste, keiner Behandlung oder üblicher Behandlung. Auch IPT minderte depressive Symptome und erhöhte die Funktionsfähigkeit am Ende der Behandlung verglichen mit Warteliste, keiner oder üblicher Behandlung. Psychodynamische Therapie war gemessen an den Endpunkten Reduktion depressiver Symptome, Remission und Lebensqualität, jeweils gemessen am Ende der Therapie, nicht wirksamer als eine kurze psychosoziale Intervention.

Ausgehend von dieser Evidenzlage empfiehlt die Leitlinie Folgendes: Patientinnen und Patienten mit einer leichten Depression sollen, unabhängig von der Altersgruppe, zunächst aktiv abwartende Begleitung erhalten. Bestehen die Symptome auch noch nach 2 Wochen, wird CKVT oder KVT, IPT oder nicht direktive unterstützende Psychotherapie im Gruppensetting beziehungsweise, falls dies nicht den Bedürfnissen der Person entspricht, auch KVT im Einzelsetting angeraten. Auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern soll Rücksicht genommen werden. Bei Kindern (5 bis 11 Jahre), die von mittlerer bis schwerer Depression betroffen sind, stellt familienbasierte IPT oder Familientherapie, psychodynamische Psychotherapie, KVT als Einzeltherapie oder die Behandlung mit Fluoxetin (entweder in Kombination oder alleine) die Methode der Wahl dar. Bei Jugendlichen (12 bis 18 Jahre) wird KVT im Einzelsetting oder Fluoxetin (entweder in Kombination oder alleine) empfohlen. Falls Jugendliche diese Therapie nicht akzeptieren, kann auch IPT für Jugendliche, Familientherapie, psychodynamische Therapie oder kurze psychosoziale Interventionen (auch in Kombination mit Fluoxetin) zur Anwendung kommen.

Die S3-Leitlinie [6] aus Deutschland wurde 2013 veröffentlicht und befindet sich derzeit in Überarbeitung, daher wurde hier der Fokus auf die aktuellere NICE-Leitlinie gelegt.

8.3 Kritische Reflexion des Vorgehens

Für die Nutzenbewertung dieses HTA-Berichtes wurde die Methode eines Umbrella Reviews gewählt – ein bevorzugtes Vorgehen, um ein breites Thema umfassend aufzuarbeiten und Entscheidungsträgerinnen wie -trägern einen Überblick über die beste verfügbare Evidenz zu geben [148]. Durch die Wahl dieser Methode ließ sich im Rahmen der vorhandenen Ressourcen eine umfassende Fragestellung mit vielen möglichen Therapievergleichen behandeln. Als Schwäche der Methode ist allerdings zu nennen, dass weniger Granularität in der Ergebnisdarstellung möglich ist und daraus lediglich allgemeine Aussagen abgeleitet werden können [149]. Im Fall der vorliegenden Nutzenbewertung lassen sich Aussagen zur Wirksamkeit von KVT, IPT und DYN treffen, nicht jedoch zur Wirksamkeit spezieller Unterformen dieser Therapieschulen, zu Dauer und Anzahl der Therapieeinheiten oder zum Umfang der Elternbeteiligung. Um solche Aussagen ableiten zu können, braucht es detailliertere Daten, die bei einem auf Daten aus SÜs aufbauenden Umbrella Review meist nicht vorliegen. Valide Aussagen, beispielsweise zur Wirksamkeit einzelner Formen der KVT, ließen sich nur treffen, wenn eine eigene SÜ von Primärstudien zu dieser Fragestellung durchgeführt würde.

Teilweise flossen Ergebnisse aus Metaanalysen ein, obwohl nicht alle Studien die Einschlusskriterien zu mehr als 80 % erfüllten. Dieses inklusive Vorgehen wurde bei NMAs gewählt, da ansonsten wichtige Informationen aus den indirekten Vergleichen verloren gegangen wären. Ebenso wurden Ergebnisse von Metaanalysen extrahiert, wenn zu einem geringen Teil Studien mit Patientinnen und Patienten darin vorkamen, die Komorbiditäten aufwiesen, oder wenn die Depression mit über Fragebogen festgelegte Cut-offs identifiziert wurde. Auch wenn sich so eine gewisse Unschärfe ergibt, sind die Ergebnisse für die gestellte Fragestellung doch relevant, da Komorbiditäten wie Angststörungen oft auch Teil einer Depression darstellen. In den Studien, die der gesundheitsökonomischen Analyse zugrunde liegen, waren Kinder und Jugendliche häufig auch von Komorbiditäten betroffen.

Die ursprünglich geplanten Gespräche mit Betroffenen erhielten von der Ethikkommission kein positives Votum. Hauptgrund dafür war, dass Kinder mit Depression eine besonders vulnerable Gruppe darstellen. Das unterstreicht, dass Depression bei Kindern ein ethisch und rechtlich komplexer Bereich ist. Als alternative Vorgehensweise wurden Gespräche mit einem Kinder- und Jugendpsychiater sowie einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin gewählt, die auch eine Selbsthilfegruppe leitete. Das gewährt zumindest indirekt Einblick in die Situation der Betroffenen.

9 Schlussfolgerung

Zur Wirksamkeit und Sicherheit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression konnten 13 systematische Übersichten mit Daten aus 150 Primärstudien in den vorliegenden Bericht eingeschlossen werden. 6 systematische Übersichten untersuchten kognitive Verhaltenstherapie, 2 legten den Fokus auf interpersonelle Psychotherapie, 3 untersuchten beide Psychotherapieformen und 2 stellten zusätzlich zu kognitiver Verhaltenstherapie und interpersoneller Psychotherapie auch psychodynamische Psychotherapie (kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie und fokussierte psychodynamische Psychotherapie) in den Mittelpunkt. Systematische Übersichten zur systemischen Therapie wurden in diesem HTA-Bericht nicht berücksichtigt, da diese in einem anderen IQWiG-Projekt behandelt wird, das vor Beauftragung steht. 9 systematische Übersichten betrachteten die Evidenz für Kinder und Jugendliche gemeinsam. Jeweils 2 systematische Übersichten fokussierten nur auf Kinder (7–13 Jahre) oder nur auf Jugendliche (13–18 Jahre). Die Dauer der Psychotherapien variierte in den systematischen Übersichten zwischen 4 und 54 Wochen, die Häufigkeit der Therapiesitzungen zwischen 4 und 36 Einheiten. Die Psychotherapieformen wurden im Vergleich zu inaktiven Kontrollen, zu Antidepressiva oder als Add-on zu Antidepressiva auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Als inaktive Kontrolle galt ein Vorgehen ohne standardisierte Behandlung (z. B. Warteliste oder „übliche Behandlung“, bei der der Kontrollgruppe aus ethischen Gründen freisteht, Leistungen aus der Routineversorgung in Anspruch zu nehmen) oder die Anwendung einer Scheintherapie (psychologisches Placebo). Es wurden keine laufenden systematischen Übersichten identifiziert. Zu den Endpunkten Gesamt- oder Suizidmortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität und unerwünschte Ereignisse wurden keine Daten gefunden. Zu einem Vergleich mit anderen nicht medikamentösen Therapien (z. B. Sport, Entspannungsübungen) oder aktivem Abwarten (z. B. Psychoedukation) wurde keine Evidenz gefunden.

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den berichteten Endpunkten je Vergleich zusammengefasst. Falls in den systematischen Übersichten berichtet wird, angegeben, wann die Endpunkte erhoben wurden. Hierbei wurde zwischen einem Follow-up von 12 bis 16 Wochen (kurzfristig), zirka 6 Monaten (mittelfristig) und 12 Monaten oder mehr (langfristig) unterschieden.

Kognitive Verhaltenstherapie vs. inaktive Kontrollen: Es gibt einen Hinweis, dass kognitive Verhaltenstherapie depressive Symptome stärker reduziert als inaktive Kontrollen. Der Vergleich gibt keinen Anhaltspunkt für ein erhöhtes oder verringertes Suizidrisiko durch kognitive Verhaltenstherapie. Ob es sich hierbei um kurz-, mittel-, oder langfristige Effekte handelt, war aus den systematischen Übersichten nicht zu entnehmen. Zu den Endpunkten Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Kognitive Verhaltenstherapie vs. Antidepressiva: Im Vergleich zu einer Behandlung mit Antidepressiva gibt es keinen Anhaltspunkt, dass kognitive Verhaltenstherapie das Suizidrisiko reduziert. Der Vergleich liefert auch keinen Anhaltspunkt dafür, dass kognitive Verhaltenstherapie oder eine Behandlung mit Antidepressiva häufiger zu kurz- oder mittelfristiger Remission, Reduktion depressiver Symptome oder besserer Funktionsfähigkeit führt. Zum Endpunkt Response liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva: Für die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit der Einnahme von Antidepressiva gibt es keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen in Bezug auf kurz- oder mittelfristiges Ansprechen der Therapie (Response) verglichen mit alleiniger Antidepressiva-Einnahme. Ebenso gibt es keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen in Bezug auf kurz-, mittel-, oder langfristige Remission oder Veränderung depressiver Symptome, sowie auf das kurz- und langfristige Suizidrisiko. In Bezug auf die Funktionsfähigkeit zeigte sich kurz- und mittelfristig kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der kognitiven Verhaltenstherapie als Add-on, langfristig jedoch schon.

Interpersonelle Psychotherapie vs. inaktive Kontrollen: Im Vergleich zu inaktiven Kontrollen gibt es einen Hinweis auf einen kurz-, mittel- und langfristigen Nutzen in Bezug auf Reduktion depressiver Symptome. Kurzfristig gab es auch einen Hinweis auf einen Nutzen in Bezug auf die Funktionsfähigkeit. Es gibt allerdings keinen Anhaltspunkt, dass interpersonelle Psychotherapie das Suizidrisiko kurzfristig erhöht oder reduziert. Die Daten für Ansprechen auf die Therapie (Response) wurden nicht für die Ableitung einer Nutzensaussage verwendet, da alle Studien auch im Studienpool zu „Veränderung depressiver Symptome“ enthalten waren und Response mit den selben Skalen erhoben wurde. Zum Endpunkt Remission liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Interpersonelle Psychotherapie vs. Antidepressiva: Verglichen mit einer Antidepressiva-Behandlung lässt sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen in Bezug auf Veränderung depressiver Symptome ableiten. Zum Zeithorizont der Endpunktmessung lagen keine Daten vor. Zu den Endpunkten Suizidrisiko, Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Interpersonelle Psychotherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva: Zu einer Kombination von interpersoneller Psychotherapie mit Antidepressiva im Vergleich zu alleiniger Antidepressiva-Behandlung liegen keine Daten vor.

Psychodynamische Psychotherapie vs. inaktive Kontrollen: Im Vergleich zu inaktiven Kontrollen gibt es keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen oder Schaden in Bezug auf die Reduktion von depressiven Symptomen. Es gibt auch keinen Anhaltspunkt, dass psychodynamische Psychotherapie das Suizidrisiko im Vergleich zu inaktiven Kontrollen erhöht oder reduziert. Zum Zeithorizont der Endpunktmessung lagen keine Daten vor. Zu den

Endpunkten Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Psychodynamische Psychotherapie vs. Antidepressiva: Im Vergleich zu einer Antidepressiva-Behandlung gibt es keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen oder Schaden in Bezug auf die Reduktion von depressiven Symptomen. Zum Zeithorizont der Endpunktmessung lagen keine Daten vor. Zu den Endpunkten Suizidrisiko, Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Psychodynamische Psychotherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva: Zum Vergleich psychodynamische Psychotherapie in Kombination mit Antidepressiva mit alleiniger Antidepressiva-Behandlung liegen keine Daten vor.

Psychotherapie generell vs. inaktive Kontrollen: Eine systematische Übersicht betrachtete verschiedene Arten der Psychotherapie gemeinsam und verglich sie mit inaktiven Kontrollen. Dabei ließ sich ein Hinweis für einen kurzfristigen Nutzen von Psychotherapie generell im Hinblick auf den Endpunkt Veränderung depressiver Symptome ableiten, jedoch nicht mittel- oder langfristig. Zu den Endpunkten Suizidrisiko, Response, Remission und Funktionsfähigkeit liegen für diesen Vergleich keine Daten vor.

Die Berechnung von Interventionskosten für den deutschen Versorgungskontext ergab, dass Psychotherapie mehr direkte Kosten verursacht als Behandlungsalternativen. Eine Psychotherapie im Einzelsetting als Kurzzeittherapie kostet über einen Zeitraum von 12 Wochen zwischen 1793 € und 2105 €. Während die Kosten für die kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie (kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie und fokussierte psychodynamische Psychotherapie) von den Krankenkassen übernommen werden, unterliegen jene der interpersonellen Therapie keiner klaren gesetzlichen Regelung. Allerdings konnte laut Auskunft von Leistungserbringern das entsprechende Fachpersonal mit Kassenzulassung die interpersonelle Psychotherapie bisher in der Praxis als verhaltenstherapeutische Methode (vereinzelt auch als psychodynamisches Verfahren) abrechnen. Zudem ist interpersonelle Psychotherapie in einigen Selektivverträgen großer Krankenkassen aufgenommen. Für eine Behandlung mit dem Antidepressivum Fluoxetin – dem einzigen in Deutschland für Kinder ab 8 Jahren zugelassenem Antidepressivum – fallen für eine 8-wöchige Therapie Kosten zwischen 311 € und 319 € an. Psychoedukation – eine Form des aktiven Abwartens – kostet 305 bis 660 €. Für Entspannungstherapie fallen in einem Zeitraum von 6 bis 8 Wochen Kosten zwischen 349 € und 411 € an. Die hier abgebildeten Beträge berücksichtigen allerdings nicht die diversen (langfristigen) Folgekosten einer unbehandelten Depression (zum Beispiel geringeres Einkommen im Erwachsenenalter).

Zur Kosteneffektivität fanden sich 5 Studien aus den USA und Großbritannien, die sich alle mit kognitiver Verhaltenstherapie beschäftigten. Aufgrund zu großer Systemunterschiede ist eine direkte Übertragung der Ergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext nicht möglich.

Eine soziale, ethische und organisatorische Herausforderung ist die Diagnosestellung von Depression bei Kindern und Jugendlichen, da oft andere Symptome und Komorbiditäten die Krankheit überlagern und depressive Symptome als typisch jugendliches Verhalten missinterpretiert werden. Gründe für fehlende Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen sind außerdem Unsicherheit, ob das Gesundheitsproblem ernst genug ist, Sorge über mögliche Stigmatisierung, fehlendes Wissen über Anlaufstellen und Behandlungsmöglichkeiten sowie fehlende Versorgungsangebote. In Deutschland ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Depression in Städten besser als auf dem Land, das Angebot im Westen dichter als im Osten.

Psychotherapie wird von vielen Kindern, Jugendlichen und Eltern als Behandlungsoption akzeptiert und im Vergleich zu einer Behandlung mit Antidepressiva als nebenwirkungsärmer wahrgenommen. Ziel einer Psychotherapie ist die Stärkung der Autonomie und des Selbstwertes des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen. Daher ist es ethisch und rechtlich notwendig, die Einwilligung des Kindes schon zu Beginn der Therapie einzuholen. Eine freiwillige Teilnahme und eine gute, vertrauensvolle Therapeuten-Patient-Beziehung sind für eine langfristige Therapie wichtig. Die Schweigepflicht der Gesundheitsberufe kann aus ethischer sowie aus rechtlicher Sicht zu einem Spannungsverhältnis zwischen Verschwiegenheitspflicht und Informations- oder Aufklärungspflichten gegenüber Sorgeberechtigten führen.

Domänenübergreifendes Gesamtfazit

Die übergeordnete Frage, ob bei Depression von Kindern und Jugendlichen Psychotherapie verglichen mit anderen Therapien zu besseren Ergebnissen führt, lässt sich teilweise beantworten. Sowohl für kognitive Verhaltenstherapie als auch für interpersonelle Psychotherapie gibt es Hinweise auf einen Nutzen gegenüber keiner aktiven Behandlung. Was psychodynamische Psychotherapie betrifft, lässt sich aus der vorhandenen Evidenz kein Anhaltspunkt für einen Nutzen gegenüber keiner aktiven Behandlung ableiten. Die Ergebnisse hierzu stammen jedoch nur aus einzelnen Studien aus Netzwerk-Metaanalysen und liegen nur zu den Endpunkten Suizidrisiko und Veränderung depressiver Symptome vor. Weitere Forschung zu dieser Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen wäre in Zukunft wünschenswert. Im Vergleich zu einer Behandlung mit Antidepressiva waren alle Formen der Psychotherapie ähnlich wirksam. Als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung wurde nur kognitive Verhaltenstherapie untersucht – diese führte langfristig zwar zu besserer Funktionsfähigkeit, aber ansonsten zu keinem zusätzlichen Nutzen. 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. Da in den systematischen Übersichten nicht zwischen leichten, moderaten und schweren Formen von Depression unterschieden wurde, können keine gesonderten Schlussfolgerungen für die Behandlung je nach Schwere der Depression gezogen werden.

Die Berechnung von Interventionskosten für den deutschen Versorgungskontext ergab, dass Psychotherapie mehr direkte Kosten verursacht als Behandlungsalternativen. Aus Betroffenenperspektive ist dies jedoch weniger relevant, da diese Kosten – zumindest für Richtlinienverfahren – von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Insbesondere bei Kindern bis zum Alter von 8 Jahren liegt keine und bis zum Alter von 12 Jahren liegt unzureichende Evidenz über die Wirksamkeit von kognitiver, interpersoneller sowie psychodynamischer Psychotherapie vor. Für diese Altersgruppe sind weitere Studien mit einer genügend großen Stichprobe wünschenswert, die die Wirksamkeit der unterschiedlichen Psychotherapieformen verglichen mit einer Wartelistekontrollgruppe untersuchen. Bei Jugendlichen als auch bei Kindern wäre es wünschenswert, in Studien auch vermehrt die Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und unerwünschte Ereignisse in den Blick zu rücken.

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. Betroffene und ihre Familien sollten von anderen Anlaufstellen im Gesundheits- bzw. Bildungswesen (z. B. Lehrpersonal, Hausärztinnen und Hausärzte) bei der Kontaktaufnahme mit Fachpersonal unterstützt werden, da in der Bevölkerung oft noch wenig Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten vorherrscht.

Um Versorgungslücken beispielsweise im ländlichen Raum zu schließen, könnte neben dem Ausbau von psychotherapeutischem Angebot auch der verstärkte Einsatz von computerbasierten Therapieverfahren Abhilfe schaffen. Zusätzlich wäre es wichtig, das Image von psychischen Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Therapiemöglichkeiten zu verbessern, beispielsweise durch Imagekampagnen in (sozialen) Medien.

HTA-Details

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

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.

Die Erstellung des HTA-Berichtes gliedert sich in die folgenden Schritte:

Das IQWiG beauftragt externe Sachverständige mit der Erarbeitung eines HTA-Berichtes zur Fragestellung. Dafür erstellen diese zunächst ein HTA-Berichtsprotokoll. Das HTA-Berichtsprotokoll in der Version 1.0 vom 08.04.2020 wurde am 09.04.2020 auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Auf Basis des HTA-Berichtsprotokolls wurde der vorliegende vorläufige HTA-Bericht durch externe Sachverständige unter Anwendung der Methodik des IQWiG erstellt. Während der Erstellung des vorläufigen HTA-Berichts wurden von den externen Sachverständigen klinische Experten zur Diskussion patientenrelevanter Aspekte konsultiert. Vor der Veröffentlichung wurde ein Review des vorläufigen HTA-Berichts durch eine nicht projektbeteiligte Person durchgeführt. Der vorläufige HTA-Bericht wird zur Anhörung gestellt.

Im Anschluss an diese Anhörung erstellen die externen Sachverständigen den HTA-Bericht.

Der HTA-Bericht der externen Sachverständigen wird vom IQWiG durch einen Herausgeberkommentar ergänzt.

Der abschließende HTA-Bericht mit dem Herausgeberkommentar sowie eine allgemein verständliche Version (HTA kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt) werden an den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt und 2 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht. An gleicher Stelle wird auch die Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht veröffentlicht.

Dieser HTA-Bericht ist unter der Registrierungsnummer CRD42020180649 bei PROSPERO, einem prospektiven Register für systematische Übersichtsarbeiten, registriert.

A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf

Vorläufiger HTA-Bericht im Vergleich zum HTA-Berichtsprotokoll

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen oder Änderungen im vorläufigen HTA-Bericht:

Änderung 1: Gespräche mit Betroffenen (3.5)

Aufgrund eines negativen Votums der Ethikkommission der Donau-Universität Krems führten wir statt der geplanten 8 Interviews mit betroffenen Kindern, Jugendlichen und Eltern 2 leitfadenbasierte Experteninterviews mit medizinischem und psychotherapeutischem Personal, um indirekt Auskunft über die Lage der Betroffenen zu erlangen. Die Tonmitschnitte der Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend protokolliert.

Spezifizierung 1: Nutzenbewertung und Population (3.1)

Zum Einschluss von SÜs genügte es, dass die Autorinnen und Autoren die Kinder und Jugendlichen als depressiv klassifizierten, selbst wenn die Feststellung der depressiven Störung mittels Fragebögen und Cut-offs erfolgte. SÜs zu Studien von jugendlichen Mädchen mit perinataler oder postnataler Depression wurden ausgeschlossen, da diese eine spezielle Form der Depression darstellt, die nur einen kleinen Teil der Zielgruppe dieses HTA-Berichtes betrifft.

Spezifizierung 2: Nutzenbewertung und Prüfintervention (3.1)

Zusätzlich zu persönlicher KVT wurde auch Evidenz zu computerbasierter KVT in diesen HTA-Bericht eingeschlossen – das jedoch nur, wenn dabei Kontakt zu geschultem Fachpersonal bestand. Der Vergleich persönliche KVT versus computerbasierte KVT stand nicht im Fokus dieses HTA-Berichts und war insofern nicht relevant. SÜs zu RCTs, die ein Screening auf Depression und gegebenenfalls Therapie der Depression in den Fokus nahmen, wurden nicht im HTA-Bericht berücksichtigt, da die Fragestellung nicht auf die Wirksamkeit von Screeningmaßnahmen abzielt.

Spezifizierung 3: Nutzenbewertung und patientenrelevante Endpunkte (3.1)

Die Endpunkte wurden im weiteren Projektverlauf nicht mehr geändert, da keine Gespräche mit Betroffenen vorgenommen wurden und somit keine Änderungsvorschläge von Betroffenen einfließen konnten. Verwendete eine SÜ mehrere Depressionsskalen, um Ergebnisse zum gleichen Endpunkt darzustellen, wurden die Daten jener Skala extrahiert, die über alle SÜs hinweg am häufigsten Anwendung fanden.

Der Endpunkt „Schweregrad der Depression“ wurde in „Veränderung depressiver Symptome“ umbenannt, da die Summenscores der Skalen verwendet wurden und keine Einteilung in Schweregraden nach Cut-offs erfolgte.

Spezifizierung 4: Nutzenbewertung und Einschluss von systematischen Übersichten, deren eingeschlossene RCTs die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen (3.1)

Gepoolte Effektschätzer von Metaanalysen wurden übernommen, wenn 80 % der darin eingeschlossenen Patientinnen und Patienten den vorgenannten Einschlusskriterien entsprachen. Ansonsten wurden die Ergebnisse der passenden Einzelstudien narrativ extrahiert. Ausnahmen bildeten jedoch NMAs und große Metaanalysen. Aus ihnen wurden gepoolte Effektschätzer auch dann extrahiert, wenn weniger als 80 % der berücksichtigten Patientinnen und Patienten den Einschlusskriterien entsprachen, da sonst wesentliche Informationen verloren gegangen wären. Auf diese Ergebnisse wurde im Rahmen der Ableitung der Beleglage jedoch nur zurückgegriffen, wenn keine direkten Vergleiche aus Einzelstudien oder gepaarten Metaanalysen vorlagen. Grundsätzlich bestand eine Ähnlichkeitsannahme der in den NMAs eingeschlossenen Studien und die Abweichungen wurden aus klinischer Sicht als nicht gravierend eingestuft.

Spezifizierung 5: Nutzenbewertung und Subgruppen und Effektmodifikatoren (3.1)

Wenn berichtet, wurden Ergebnisse für Kinder und Jugendliche, für Psychotherapie mit und ohne Einbeziehung der Eltern sowie für die Dauer des Follow-ups separat dargestellt. Hierbei wurde ein Follow-up von 12 bis 16 Wochen (kurzfristig), zirka 6 Monaten (mittelfristig) und 12 Monaten oder mehr (langfristig) unterschieden. Die gesonderte Betrachtung von primär geplanten Subgruppen nach Alter, Geschlecht, Schweregrad der Depression und psychosozialen Aspekten war aufgrund der Datenlage nicht möglich.

Spezifizierung 6: Nutzenbewertung und Verzerrungspotenzial der Einzelstudien (3.1)

Zur Einstufung des Verzerrungspotenzials wurden die Qualitätsbewertungen aus den SÜs herangezogen. Machten die Review-Autorinnen und -Autoren keine Gesamteinschätzung, sondern nur eine Einschätzung für verschiedene Risk of Bias Domänen, erfolgte die Gesamteinschätzung durch die Autorinnen dieses HTA-Berichts, basierend auf den Domänen-Einschätzungen in den SÜs. Lagen Einschätzungen zum Verzerrungspotenzial aus mehreren SÜs vor, wurde die kritischste Bewertung für diesen HTA-Bericht gewählt.

Spezifizierung 7: Nutzenbewertung und Ableitung der Beleglage (3.1)

Berichteten mehrere SÜs zum gleichen Endpunkt und Vergleich, erfolgte zunächst eine Prüfung, ob die Ergebnisse gleichgerichtet sind. War dies der Fall, erfolgte eine narrative Zusammenfassung. Wenn nicht, wurde jenen Ergebnissen Vorrang gegeben, die aus SÜs mit besserer Qualitätsbewertung stammten. Waren die Bewertungen gleich gut, kamen jene Ergebnisse zum Zug, die auf den meisten RCTs beruhten, direkte Vergleiche oder Ergebnisse aus gepaarten Metaanalysen berichteten und ein aktuelles Suchdatum hatten. Da das Verzerrungspotenzial der Einzelstudien in allen SÜs überwiegend hoch war, konnte anhand dessen keine Priorisierung vorgenommen werden.

Spezifizierung 8: Ethische Bewertung und Literatursuche (0)

Zusätzlich wurden die Datenbanken Belit, PsycINFO und Scopus durchsucht.

A2 Details der Methoden – Methodik gemäß HTA-Berichtsprotokoll

Die folgenden Abschnitte geben den Wortlaut der Berichtsmethodik aus dem HTA-Berichtsprotokoll wieder. Über diese Methodik hinausgehende Spezifizierungen oder Änderungen der Methoden im Projektverlauf werden im Abschnitt A1.2 erläutert. Im folgenden Text wird an den entsprechenden Stellen auf diesen Abschnitt verwiesen.

A2.1 Nutzenbewertung

A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien

Population

In den HTA-Bericht werden systematische Übersichten über randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) aufgenommen, die Kinder und Jugendliche (≤ 18 Jahre) mit einer Depression gemäß ICD-10 (F32 und F33) untersuchen. Für den Einschluss einer systematischen Übersicht ist es ausreichend, wenn die Autorinnen und Autoren der systematischen Übersicht angeben, dass die eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen an einer Depression litten und wie diese definiert wurde – auch wenn die eingeschlossenen RCTs nicht die Klassifikation nach ICD-10, sondern unter anderem nach dem Diagnostic Statistical Manual (DSM) verwendeten.

Ausgeschlossen werden systematische Übersichten über RCTs, die an Dysthymie, anderen affektiven Störungen (zum Beispiel bipolare Störung) oder psychischen Erkrankungen leidende Kinder und Jugendliche untersuchen, beziehungsweise solche, die auf Kinder und Jugendliche mit einer behandlungsresistenten Depression oder auf Fälle fokussieren, in denen die Depression eine Komorbidität einer anderen Grunderkrankung darstellt. Nicht integriert werden zudem systematische Übersichten, die ausschließlich Studien zu Erwachsenen mit Depression beinhalten. Umfasst eine SÜ sowohl Studien zu Erwachsenen als auch solche zu Kindern und Jugendlichen, wird sie unter der Voraussetzung eingeschlossen, dass über die Ergebnisse zu Kindern und Jugendlichen (≤ 18 Jahre) gesondert berichtet wird.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

Prüf- und Vergleichsintervention

Die zu prüfende Intervention stellt die Behandlung mit Psychotherapie dar. Basierend auf den gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland liegt der Fokus auf folgenden Psychotherapieformen: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie. Die systemische Therapie soll nicht untersucht werden, da ein gesonderter IQWiG-Bericht vor der Beauftragung steht, der absehbar RCTs zu dieser Therapieform einschließen wird.

Inkludiert werden auch systematische Übersichten, die Psychotherapie als „Add-on“ untersuchen: zum Beispiel Antidepressiva mit Psychotherapie im Vergleich zu alleiniger

Antidepressiva-Therapie. Psychotherapieformen, die ausschließlich auf die Eltern beziehungsweise auf Betreuungspersonen abzielen, finden in diesem HTA-Bericht keine Aufnahme. Sehr wohl schließt er aber Therapien ein, die Kinder und Jugendliche gemeinsam mit Eltern oder Bezugspersonen durchführen. Berücksichtigt werden generell sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien.

Als Vergleichsintervention gelten aktiv abwartende Begleitung, eine Behandlung mit Antidepressiva oder durch andere nicht medikamentöse Interventionen (zum Beispiel Entspannungsübungen) sowie ein Vorgehen ohne Behandlung (zum Beispiel Warteliste). Ausgeschlossen werden systematische Übersichten über Studien, in denen unterschiedliche Psychotherapieformen miteinander verglichen werden.

Um als Vergleichsintervention herangezogen werden zu können, müssen nicht medikamentöse Interventionen wie Sportprogramme oder Entspannungsübungen in der systematischen Übersicht klar definiert sein (zum Beispiel Dauer, Umfang der Intervention).

Im Zuge des Berichtes wird geprüft, ob die in den Studien eingesetzten medikamentösen Vergleichsinterventionen im Rahmen des für Deutschland gültigen Zulassungsstatus erfolgen.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

Patientenrelevante Endpunkte

Für die Untersuchung werden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet, die aufgrund der Erkenntnisse aus den Gesprächen mit Betroffenen noch modifiziert oder ergänzt werden können (zu diesem Vorgehen gab es eine Änderung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2):

- Mortalität
 - Gesamtmortalität
 - Suizidmortalität
- Morbidität
 - Suizidgedanken und -verhalten
 - Ansprechen auf die Therapie (Response)
 - Remission
 - Veränderung des Schweregrades der Depression
 - Funktionsfähigkeit (sozial, kognitiv, psychisch, körperlich)
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität

- Unerwünschte Ereignisse
 - Art und Anzahl unerwünschter Ereignisse

Bei den Endpunkten ist, sofern die Informationen der systematischen Übersichten das zulassen, eine Unterteilung in kurz-, mittel- und langfristig vorgesehen.

Subjektive Endpunkte wie gesundheitsbezogene Lebensqualität, Funktionsfähigkeit oder depressive Symptome finden nur dann Berücksichtigung, wenn sie mit validen Messinstrumenten erfasst wurden, zum Beispiel validierten Skalen.

Zusätzlich zu den oben angeführten patientenrelevanten Endpunkten soll die Patientenzufriedenheit (Akzeptanz) betrachtet werden. Ein (höherer) Nutzen kann sich allein auf Basis dieses Endpunktes jedoch nicht ergeben.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

Studientypen

Als Basis für Aussagen zu den Vor- und Nachteilen von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression werden systematische Übersichten von RCTs herangezogen, sofern diese Publikationen methodisch adäquat (siehe Abschnitt 0) und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt wurden. Eingeschlossen werden systematische Übersichten, die als Vollpublikation verfügbar sind. Sofern unter bestimmten Umständen (zum Beispiel Suche in der systematischen Übersicht ist nicht mehr aktuell) eine fokussierte oder orientierende Suche nach RCTs erfolgt, werden diese ebenso ergänzend für die Nutzenbewertung herangezogen.

Interventionsdauer

Eingeschlossen werden systematische Übersichten unabhängig von der Interventionsdauer in den eingeschlossenen Studien.

Aktualität der systematischen Übersichten

Vor 2010 veröffentlichte systematische Übersichten werden nicht für diesen HTA-Bericht herangezogen, da sich ihre Ergebnisse nicht mehr als aktuell ansehen lassen.

Publikationssprache

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein.

Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Einschluss von systematischen Übersichten

Die folgende Tabelle 3 listet die Kriterien auf, die systematische Übersichten erfüllen müssen, um in die Nutzenbewertung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 3: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von systematischen Übersichten in die Nutzenbewertung

Einschlusskriterien	
EN1	Kinder und Jugendliche (≤ 18 Jahre) mit Depression (siehe auch Abschnitt A2.1.1)
EN2	Prüfintervention (siehe auch Abschnitt 0): Behandlung mit Psychotherapie Behandlung mit Psychotherapie als „Add-on“
EN3	Vergleichsintervention (siehe auch Abschnitt 0): aktiv abwartende Begleitung Behandlung mit Antidepressiva Behandlung mit anderer nicht medikamentöser Therapie keine Behandlung (zum Beispiel Warteliste)
EN4	patientenrelevante Endpunkte wie in Abschnitt 0 formuliert
EN5	systematische Übersichten von RCTs (siehe auch Abschnitt 0)
EN6	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
EN7	Vollpublikation der systematischen Übersicht verfügbar
EN8	Publikationszeitpunkt: 2010 oder später
Ausschlusskriterien	
AN1	Psychotherapie zielt nur auf Erwachsene (Eltern, Betreuungspersonen) ab
AN2	systemische Therapie
AN3	Oxman-Guyatt-Score < 5
Abkürzungen: RCT: randomisierte kontrollierte Studie	

Einschluss von systematischen Übersichten, deren eingeschlossene RCTs die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen

Systematische Übersichten werden eingeschlossen, wenn mindestens ein RCT die Einschlusskriterien EN1 (Population), EN2 (Prüfintervention, bezogen auf die Interventionsgruppe der Studie) und EN3 (Vergleichsintervention, bezogen auf die Vergleichsgruppe der Studie) erfüllt. Dabei reicht es aus, wenn die Kriterien bei mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten erfüllt sind. Liegen für solche Studien Subgruppenanalysen für Patientinnen und Patienten vor, die die Einschlusskriterien erfüllen, wird auf diese Analysen zurückgegriffen. Gepoolte Effektschätzer von Metaanalysen werden übernommen, wenn 80 % der darin eingeschlossenen Patientinnen und Patienten den vorgenannten Einschlusskriterien entsprechen. Ansonsten werden die Ergebnisse der passenden Einzelstudien narrativ extrahiert.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

A2.1.2 Fokussierte Informationsbeschaffung

Informationsquellen

Für die fokussierte Informationsbeschaffung wird eine systematische Recherche nach relevanten systematischen Übersichten durchgeführt. Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

Primäre Informationsquellen

- Bibliografische Datenbanken
 - MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews)
 - Embase
 - HTA Database

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken
 - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten und identifizierter Overviews of Reviews
 - Suche in PROSPERO (International prospective register of systematic reviews) nach unveröffentlichten systematischen Übersichten
 - Suche auf den Webseiten von NICE und AHRQ
- Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht
- Anfragen von Autorinnen und Autoren von relevanten systematischen Übersichten, die auf PROSPERO registriert, aber nicht veröffentlicht sind

Selektion relevanter systematischer Übersichten

Selektion relevanter systematischer Übersichten beziehungsweise Dokumente aus den Ergebnissen der bibliografischen Recherche

Die in bibliografischen Datenbanken identifizierten Treffer werden in einem 1. Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, ihres Abstracts auf ihre potenzielle Relevanz betreffend die spezifischen Einschlusskriterien (siehe Tabelle 3) bewertet. In einem 2. Schritt werden für potenziell relevant erachtete Dokumente anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgen durch 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen werden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Selektion relevanter systematischer Übersichten beziehungsweise Dokumente aus weiteren Informationsquellen

Unabhängig voneinander bewerten 2 Personen Rechercheergebnisse aus der folgenden Informationsquelle in Bezug auf ihre Relevanz:

- PROSPERO

Rechercheergebnisse aus den darüber hinaus berücksichtigten Informationsquellen (zum Beispiel Referenzlisten von Overviews of Reviews) sichtet 1 Person auf systematische Übersichten, um diese dann auf ihre Relevanz zu bewerten. Eine 2. Person überprüft anschließend den gesamten Prozess. Sofern bei einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftreten, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst.

A2.1.3 Informationsbewertung und Synthese**Informationsbewertung**

Die im Volltext-Screening als potenziell relevant eingestuften systematischen Übersichten bewerten 2 Reviewerinnen unabhängig voneinander mittels des Oxman-Guyatt-Index auf ihre Qualität. Sollten sich dabei Diskrepanzen ergeben, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst. Die Ergebnisse der Qualitätsbewertung nach Oxman-Guyatt werden im Bericht dargestellt. Nur systematische Übersichten mit einem Oxman-Guyatt-Index von ≥ 5 fließen in die Nutzenbewertung ein.

Eine eigene Qualitätsbewertung der in die systematischen Übersichten eingeschlossenen Primärstudien erfolgt nicht. Es werden die Qualitätsbewertungen der Autorinnen und Autoren der jeweiligen systematischen Übersicht übernommen.

Für die Beschreibung der Vor- und Nachteile je Interventionsvergleich werden in der Regel die für den Endpunkt verfügbaren systematischen Übersichten mit der besten Qualität herangezogen. Weitere Kriterien sind Aktualität der Suche und Adressierung von eventuell vorhandenem Verzerrungspotenzial.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

Informationssynthese

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt strukturiert nach Endpunkten und innerhalb derselben nach Interventionsvergleichen. Je Endpunkt und Interventionsvergleich werden die Ergebnisse aus den systematischen Übersichten (siehe Abschnitt 0) in standardisierte Tabellen extrahiert und zusätzlich narrativ zusammengefasst. Wenn vorhanden, werden auch die Ergebnisse von Metaanalysen berichtet (gepoolte Effektschätzer mit zugehörigem Streuungsparameter). Andernfalls werden die Ergebnisse der in der systematischen Übersicht

eingeschlossenen Studien narrativ dargestellt. Falls mehrere systematische Übersichten zum gleichen Interventionsvergleich in der gleichen Population zum gleichen Endpunkt berichten, werden die Ergebnisse dahingehend analysiert, ob sie ähnlich oder widersprüchlich sind, und mögliche Gründe für etwaige widersprüchliche Ergebnisse erörtert. Angegeben wird auch, wie groß die Überlappung von RCTs zwischen vergleichbaren systematischen Übersichten ist. Darüber hinaus können, falls inhaltlich und methodisch sinnvoll, eigene Metaanalysen durchgeführt werden (siehe Abschnitt 0).

Ergebnisse der RCTs aus systematischen Übersichten fließen in der Regel nicht in die Nutzenbewertung ein, wenn diese auf weniger als 70 % der in die Auswertung einzuschließenden Patientinnen und Patienten basieren, das heißt, wenn der Anteil der Patientinnen und Patienten, die nicht in der Auswertung berücksichtigt werden, größer als 30 % ist.

Die Ergebnisse der RCTs werden auch dann nicht in die Nutzenbewertung einbezogen, wenn sich die Anteile nicht berücksichtigter Patientinnen und Patienten in der Interventions- und der Vergleichsgruppe um mehr als 15 Prozentpunkte unterscheiden.

Metaanalysen

Die Durchführung von Metaanalysen setzt zunächst voraus, dass die Studien hinsichtlich der Fragestellung und der relevanten Charakteristika vergleichbar sind. Die geschätzten Effekte und Konfidenzintervalle aus den Einzelstudien werden mittels Forest Plots zusammenfassend dargestellt. Dabei ist darauf zu achten, dass Studien, die in mehreren systematischen Übersichten eingeschlossen wurden, nur einmal in die Metaanalyse einfließen. Anschließend wird die Heterogenität des Studienpools anhand des statistischen Tests auf Vorliegen von Heterogenität [150] untersucht. Ergibt der Heterogenitätstest ein statistisch nicht signifikantes Ergebnis ($p \geq 0,05$), wird davon ausgegangen, dass die Schätzung eines gemeinsamen (gepoolten) Effektes sinnvoll ist. Im Fall von mindestens 5 Studien erfolgt die Metaanalyse mithilfe des Modells mit zufälligen Effekten nach der Methode von Knapp und Hartung unter Verwendung des Heterogenitätsschätzers nach Paule und Mandel [151]. Als Ergebnis wird der gemeinsame Effekt inklusive Konfidenzintervall dargestellt. Weil die Heterogenität im Fall weniger Studien nicht verlässlich geschätzt werden kann, werden bei 4 oder weniger Studien gegebenenfalls Modelle mit festem Effekt verwendet. Dazu müssen die Studien ausreichend ähnlich sein, und es darf keine Gründe geben, die gegen die Anwendung eines Modells mit festem Effekt sprechen. Ist ein Modell mit festem Effekt nicht vertretbar, kann eine qualitative Zusammenfassung erfolgen.

Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Die Ergebnisse werden hinsichtlich potenzieller Effektmodifikatoren untersucht, das heißt klinischer Faktoren, die die Effekte beeinflussen. Ziel ist es, mögliche Effektunterschiede

zwischen Patientengruppen und Behandlungsspezifika aufzudecken. Voraussetzung für einen Nachweis unterschiedlicher Effekte ist die auf einem Homogenitäts- beziehungsweise Interaktionstest basierende statistische Signifikanz. In die Untersuchung fließen die vorliegenden Ergebnisse aus Regressionsanalysen, die Interaktionsterme beinhalten, und aus Subgruppenanalysen ein. Daten aus Subgruppenanalysen werden nur extrahiert, wenn jede Subgruppe mindestens 10 Personen umfasst und bei binären Daten mindestens 10 Ereignisse in einer der Subgruppen aufgetreten sind. Es ist vorgesehen, folgende Faktoren bezüglich einer möglichen Effektmodifikation in die Analysen einzubeziehen:

- Alter
- Geschlecht
- Art der Psychotherapie
- Psychotherapie mit Kindern / Jugendlichen alleine oder unter Einbindung der Eltern
- Schweregrad der Depression zu Behandlungsbeginn
- psychosoziale Aspekte

Sollten sich aus den verfügbaren Informationen weitere mögliche Effektmodifikatoren ergeben, lassen sich diese ebenfalls begründet einbeziehen.

Bei Identifizierung möglicher Effektmodifikatoren erfolgt gegebenenfalls eine Präzisierung der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen. Beispielsweise kann der Beleg eines (höheren) Nutzens auf eine spezielle Subgruppe von Patientinnen und Patienten eingeschränkt werden.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

Aussagen zur Beleglage

Für jeden Endpunkt wird eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens und (höheren) Schadens in – bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit – 4 Abstufungen getroffen: Entweder liegt ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder nichts davon vor. Der letzte Fall tritt ein, wenn keine Daten gegeben sind oder die vorhandenen Daten keine der 3 übrigen Aussagen zulassen. In diesem Fall wird vermerkt, dass kein Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder (höheren) Schaden vorliegt.

Die regelhaft abzuleitende Aussagesicherheit ist von den in Tabelle 4 dargestellten Kriterien abhängig, die qualitative Ergebnissicherheit vom Design der Studie. Ergebnisse randomisierter Studien mit niedrigem Verzerrungspotenzial haben eine hohe, Ergebnisse randomisierter

Studien mit hohem Verzerrungspotenzial eine mäßige und Ergebnisse nicht randomisierter vergleichender Studien eine geringe qualitative Ergebnissicherheit.

Tabelle 4: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit

		Anzahl Studien				
		1 (mit statistisch signifikantem Effekt)	≥ 2			
			homogen	heterogen		
			Metaanalyse statistisch signifikant	gleichgerichtete Effekte ^a		
				deutlich	mäßig	nein
Qualitative Ergebnis- sicherheit	hoch	Hinweis	Beleg	Beleg	Hinweis	–
	mäßig	Anhaltspunkt	Hinweis	Hinweis	Anhaltspunkt	–
	gering	–	Anhaltspunkt	Anhaltspunkt	–	–
a: Gleichgerichtete Effekte liegen vor, wenn trotz Heterogenität eine deutliche oder mäßige Richtung der Effekte erkennbar ist.						

A2.2 Ökonomische Bewertung

A2.2.1 Interventionskosten

Zur Bestimmung der Interventionskosten werden die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche bestimmt, die jeweils direkt bei Anwendung der Prüf- und Vergleichsintervention erforderlich sind. Hierbei finden neben der Prüf- und Vergleichsintervention auch die unmittelbar mit der Anwendung einhergehenden Leistungen Berücksichtigung. Für die anfallenden Leistungen werden soweit möglich die jeweils relevanten regulierten oder verhandelten Preise – zum Beispiel aus der Datenbank der Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA), dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, dem Diagnosis-Related-Groups-Katalog (DRG-Katalog) – oder ähnlich geeignete Aufstellungen aus der Rentenversicherung oder des Statistischen Bundesamtes angesetzt. Im Falle von Leistungen, die keiner klaren Regulierung oder Preisverhandlung unterliegen und die sich nicht mittels Recherchen in Datenbanken eruieren lassen, erfolgen Anfragen bei Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern. Bei Unklarheiten im Behandlungsplan und -ablauf wird die klinische Expertin konsultiert, die an diesem HTA mitarbeitet. Falls eine Therapie länger als 1 Jahr dauert, werden die durchschnittlich pro Patientin beziehungsweise Patient und Jahr anfallenden Kosten angegeben. Erstattungsfähige und nicht erstattungsfähige Kosten werden getrennt ausgewiesen. Betreffen erhobene Preise und Kosten nicht das Betrachtungsjahr (2020), werden sie mittels Harmonisierten Verbraucherpreisindex des deutschen Statistischen Bundesamtes inflationsangepasst [152].

A2.2.2 Gesundheitsökonomische Aspekte

A2.2.2.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht

Studientypen

In die systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Studien werden vergleichende Studien mit einer Aussage zur Kosteneffektivität einbezogen [27], das heißt Kosten-Effektivitäts- / -Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen (im engeren Sinne).

Publikationssprache

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein.

Gesundheitssystem beziehungsweise geografischer Bezug

Für die systematische Übersicht über gesundheitsökonomische Studien erfolgt eine Einschränkung auf Studien aus folgenden Ländern:

- Deutschland
- (i) Länder mit hohem Einkommen (high-income economies) nach der Definition der Weltbank (Bruttonationaleinkommen pro Kopf über 12 376 US-Dollar beziehungsweise zirka 11 255 €) [28] als auch (ii) Länder mit einem dem deutschen ähnlichen Gesundheitssystem (jedenfalls unter anderem Belgien, Frankreich, Österreich, Schweiz), wenn eine ausreichend große Anzahl (≥ 5) an gesundheitsökonomischen Studien zu erwarten ist. Gesundheitsökonomische Studienergebnisse aus diesen Ländern lassen eine größere Übertragbarkeit auf Deutschland vermuten. Sollte keine ausreichend große Anzahl an gesundheitsökonomischen Studien zu identifizieren sein, entfällt Einschränkung (ii). Unabhängig davon erfolgt für alle eingeschlossenen gesundheitsökonomischen Studien eine Bewertung der Übertragbarkeit.

Tabellarische Darstellung der Kriterien

Die folgende Tabelle listet die Kriterien auf, die die Studien zusätzlich zu den in Tabelle 3 beschriebenen Einschlusskriterien EN1 bis EN3 für die ökonomische Bewertung erfüllen müssen.

Tabelle 5: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung

Einschlusskriterien	
EÖ1	Studientyp: vergleichende gesundheitsökonomische Evaluation
EÖ2	Vollpublikation verfügbar
EÖ3	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
EÖ4	Gesundheitssysteme, die für darauf bezogene gesundheitsökonomische Studienergebnisse eine teilweise Übertragbarkeit auf Deutschland vermuten lassen
Abkürzungen: EÖ: Einschlusskriterien Ökonomie	

A2.2.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung

Informationsquellen

Für die Bewertung gesundheitsökonomischer Aspekte wird eine systematische Recherche in Form einer fokussierten Informationsbeschaffung durchgeführt. Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken finden dabei Berücksichtigung:

Primäre Informationsquellen

- bibliografische Datenbanken
 - MEDLINE
 - Embase
 - HTA Database

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken
 - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten
- Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht
- Autorinnen- und Autorenanfragen

Selektion relevanter Publikationen

Die mittels Suche identifizierten Zitate werden durch 1 Person anhand der Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) selektiert. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

A2.2.2.3 Informationsbewertung

Datenextraktion

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Publikationen in standardisierte Tabellen extrahiert. 1 Person extrahiert die Daten, eine 2. Person überprüft sie.

Bewertung der Berichtsqualität und der methodischen Studienqualität

Die Bewertung der Berichtsqualität und der methodischen Studienqualität der berücksichtigten gesundheitsökonomischen Studien orientiert sich an den Kriterien des CHEERS-Statement [29]. Die Bewertung der methodischen Qualität von gesundheitsökonomischen Studien, die auf entscheidungsanalytischen Modellen basieren, richtet sich nach der Checkliste „Assessing the Evidence for Health Care Decision Makers“ der International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) [153].

Bewertung der Übertragbarkeit

Die Bewertung der Übertragbarkeit der Ergebnisse orientiert sich an den Kriterien des EUnetHTA HTA Adaptation Toolkit [30].

A2.2.2.4 Informationsanalyse und -synthese

Die ökonomische Bewertung betrachtet zum einen die Kosten, die mit der Technologie und der Vergleichsintervention verbunden sind (Interventionskosten). Zum anderen werden gesundheitsökonomische Studien betrachtet, die Aussagen zur Kosteneffektivität der Technologie gegenüber der Vergleichsintervention machen.

Die Ergebnisse zu der in den Studien berichteten Kosteneffektivität beziehungsweise der in den Studien berichteten Kosten und die Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren werden im HTA-Bericht vergleichend beschrieben. Dabei sollen insbesondere auch Aspekte der Qualität der dargestellten Studien und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem diskutiert werden. Zu diskutieren ist ebenfalls, welche Auswirkungen sich aus der Verwendung von Endpunkten ergeben, die von der Nutzenbewertung abweichen. Im Falle einer Übertragbarkeit werden die Informationen zu den Kosten inflationsangepasst und kaufkraftbereinigt in Euro umgerechnet.

A2.3 Ethische Aspekte

A2.3.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung ethischer Implikationen

Ethische Argumente und Aspekte finden sich in Publikationen, in Monografien, in Projektberichten, beispielsweise aber auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den

Websites von Interessengruppen. Sie sind unabhängig von Publikationstyp, -status und Studientyp.

Im HTA-Bericht werden Aussagen zu ethischen Aspekten und Argumenten der zu untersuchenden Technologie berücksichtigt.

A2.3.2 Informationsbeschaffung

Orientierende Recherche

Für die Informationsbeschaffung erfolgt in einem 1. Schritt eine Orientierung hinsichtlich möglicher ethisch relevanter Argumente und Aspekte durch eine Ausarbeitung des Hofmanschen Fragenkataloges [31]. Anschließend wird eine orientierende Recherche in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- EthxWeb
- ETHICSWEB
- MEDLINE
- CINAHL
- nationale oder regionale Register
- Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien
- interessenabhängige Informationsquellen, zum Beispiel Websites von Interessenvertretern

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von 1 Person auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2.

Weitere Informationsquellen

- Die folgenden Dokumente werden auf mögliche ethische Argumente geprüft:
- in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studien
- in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien
- Protokoll zur Dokumentation der Diskussion mit den befragten Betroffenen (zu diesem Vorgehen gab es eine Änderung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

Die Prüfung der Dokumente auf Aussagen zu ethischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie erfolgt durch 1 Person. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Sollten sich in den vorgenannten Informationsquellen nur unzureichende Informationen finden, können ergänzend auch weitere Stakeholderinnen und Stakeholder befragt werden.

Zusätzlich lässt sich die Methode „reflective thoughts“ – also das reflektierte, auf das Wissen der Berichtsautorinnen und -autoren bezogene Nachdenken über mögliche ethische Argumente und Aspekte – als Informationsquelle nutzen [32].

A2.3.3 Informationsaufbereitung

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte werden in Tabellen extrahiert.

Die Informationsaufbereitung zu ethischen Aspekten orientiert sich an den übergeordneten Fragestellungen des vereinfachten Fragenkataloges von Hofmann [31]. Die Ergebnisse werden tabellarisch dargestellt.

In der Informationsaufbereitung zu ethischen Aspekten erfolgt eine Auseinandersetzung mit sozialen und moralischen Normen und Werten, die in Beziehung zur Technologie des HTA-Berichtes stehen.

A2.4 Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

A2.4.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen

Soziale, rechtliche und organisatorische Argumente und Aspekte finden sich in Publikationen, in Monografien, in Projektberichten, beispielsweise aber auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den Websites von Interessengruppen. Sie sind unabhängig von Publikationstyp, -status und Studientyp.

Im HTA-Bericht werden Argumente beziehungsweise Aspekte berücksichtigt, die Aussagen zu sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten der zu untersuchenden Technologie beinhalten.

A2.4.2 Informationsbeschaffung

Orientierende Recherche

Für die Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte werden orientierende Recherchen in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- MEDLINE
- Leitliniendatenbanken
- nationale und regionale Register

- Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien
- interessenabhängige Informationsquellen, zum Beispiel Websites von Interessenvertretern

Gegebenenfalls werden Expertinnen und Experten hinzugezogen, sollten die orientierenden Recherchen nur unzureichende Informationen ergeben.

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von 1 Person auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und organisatorischen Argumenten sowie zu Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Weitere Informationsquellen

Die folgenden Dokumente werden auf mögliche soziale, rechtliche und organisatorische Argumente sowie Aspekte geprüft:

- in die Nutzenbewertung eingeschlossene systematische Übersichten
- in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien
- Protokoll zur Dokumentation der Diskussion mit den befragten Betroffenen (zu diesem Vorgehen gab es eine Änderung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

Die Prüfung der Dokumente auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und organisatorischen Argumenten sowie Aspekten der zu untersuchenden Technologie erfolgt durch 1 Person. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Sollten sich in den vorgenannten Informationsquellen nur unzureichende Informationen finden, können ergänzend auch weitere Stakeholderinnen und Stakeholder befragt werden.

Zusätzlich lässt sich die Methode „reflective thoughts“ – also das reflektierte, auf das Wissen der Berichtsautorinnen und -autoren bezogene Nachdenken über mögliche soziale, rechtliche oder organisatorische Argumente und Aspekte – als Informationsquelle nutzen [32].

A2.4.3 Informationsaufbereitung

Datenextraktion

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte werden in Tabellen extrahiert.

Soziale Aspekte

Soziale und soziokulturelle Aspekte im HTA greifen die wechselseitigen Interaktionen zwischen Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und sozialer Umwelt auf

(zum Beispiel Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, Zugang zu Technologien, Präferenzen von Patientinnen und Patienten, gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen).

Die Informationsaufbereitung zu sozialen Aspekten orientiert sich an dem von Mozygemba 2016 [33] vorgeschlagenen umfassenden konzeptionellen Rahmen.

Rechtliche Aspekte

Rechtliche Aspekte im HTA beziehen sich zum einen auf den rechtlichen Rahmen, in den die Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und deren Bewertung eingebettet ist (zum Beispiel Marktzulassung, Erstattungsstatus), und zum anderen auf die mit der Implementierung und Nutzung der Gesundheitstechnologie verbundenen rechtlichen Aspekte (zum Beispiel Patientenautonomie). Unterschieden wird zwischen technologie- und patientenbezogenen rechtlichen Aspekten.

Die Informationsaufbereitung zu rechtlichen Aspekten orientiert sich an dem von Brönneke 2016 [35] entwickelten Leitfaden zur Identifikation rechtlicher Aspekte.

Organisatorische Aspekte

Organisatorische Aspekte umfassen die Wechselwirkungen, die durch eine Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode auf die Organisation der Versorgung entstehen.

Die Informationsaufbereitung zu organisatorischen Aspekten orientiert sich an dem von Perleth 2014 [34] vorgeschlagenen Raster zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethoden.

A2.5 Domänenübergreifende Zusammenführung

Die relevanten Argumentationsstränge und Ergebnisse aller Domänen (Nutzenbewertung, Gesundheitsökonomie, Ethik, Soziales, Recht und Organisation) werden abschließend qualitativ zusammengeführt. Dieser Schritt wird durch eine Diskussionsrunde mit allen Berichterstellerinnen und Berichterstellern unterstützt, die für die Domänen verantwortlich zeichnen.

A3 Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung

A3.1 Umfassende Informationsbeschaffung

A3.1.1 Primäre Informationsquellen

Bibliografische Datenbanken

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken sind Abschnitt A9.1.1 zu entnehmen. Die letzte Suche fand am 08.04.2020 statt.

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt A8.1.1. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Auswahl der SÜs. Teilweise bezogen sich mehrere Publikationen auf ein und dieselbe SÜ (PROSPERO-Eintrag und Publikation in einem Journal), daher wurde in der Abbildung zwischen relevanter Publikation und relevanter SÜ unterschieden.

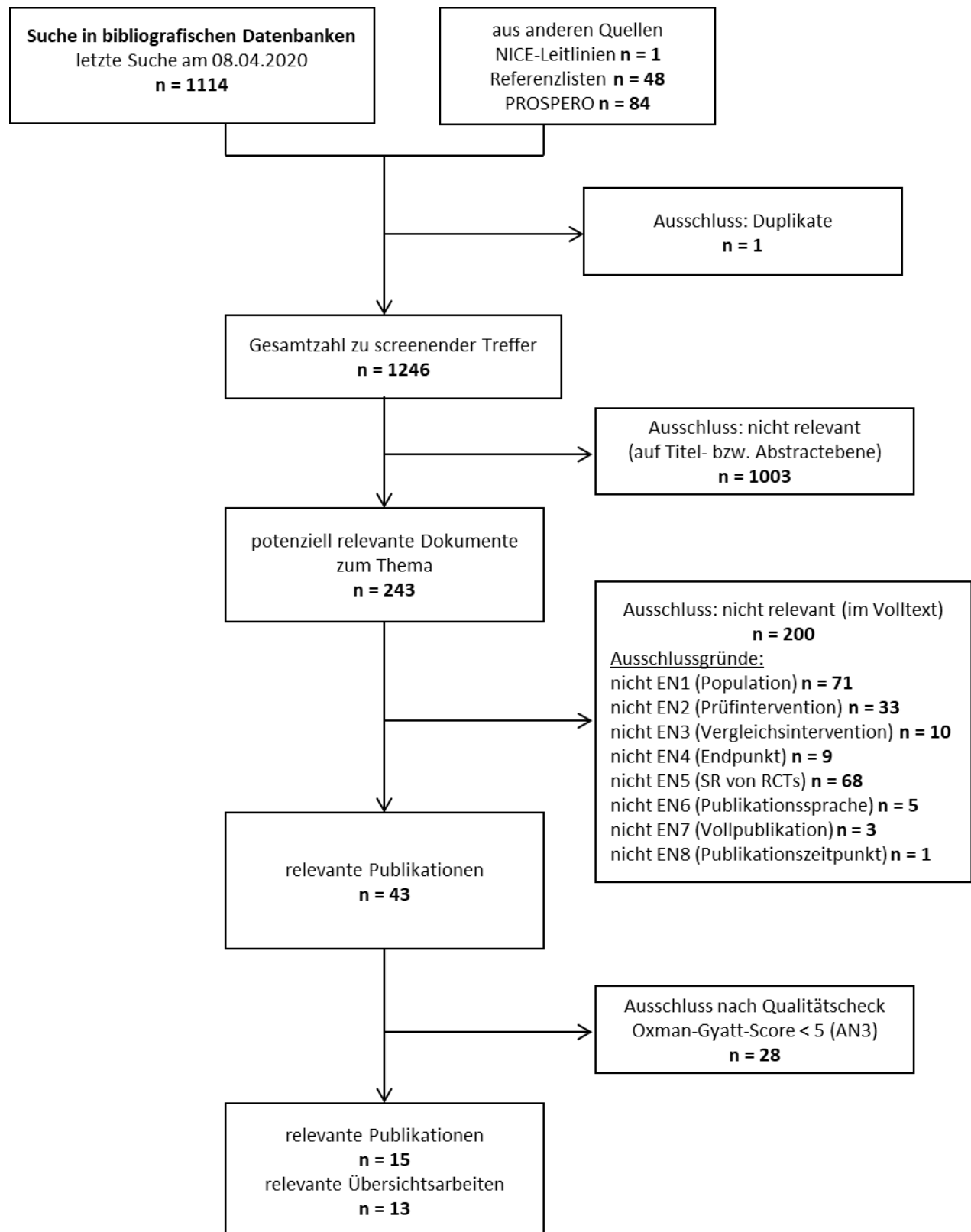


Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion

Register

Durch eine orientierende Suche am 20.01.2020 im Register PROSPERO wurden 2 abgeschlossene SÜs ohne berichtete Ergebnisse identifiziert (siehe A3.1.4).

A3.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

Über weitere Informationsquellen und Suchtechniken identifizierte relevante SÜs und Dokumente werden nachfolgend nur dargestellt, wenn sie nicht bereits über die primären Informationsquellen gefunden wurden.

Anwendung weiterer Suchtechniken

Zusätzlich zur Suche in Datenbanken wurden die Referenzlisten von relevanten Umbrella Reviews (SÜs von SÜs) und SÜs nach weiteren SÜs durchsucht (Referenzlistensuche).

Zudem wurden relevante SÜs und Dokumente identifiziert, die nicht über andere Rechenschritte gefunden werden konnten.

Tabelle 6: Durch Anwendung weiterer Suchtechniken identifizierte relevante SÜs und Dokumente

Studie	Verfügbare Dokumente
Chi 2018	Vollpublikation in Fachzeitschrift [36]
Zhou 2020	Vollpublikation in Fachzeitschrift [47]

A3.1.3 Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechenschritte konnten insgesamt 13 relevante SÜs identifiziert werden (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Studienpool der Nutzenbewertung

Systematische Übersicht	Vollpublikation (in Fachzeitschriften)	Registereintrag / Ergebnisbericht aus Studienregistern
Chi 2018	ja [36]	nein
Cox 2014	ja [37]	nein
Cuijpers 2020	ja [38]	nein
Davaasambuu 2020	ja [39]	nein
Dubicka 2010	ja [40]	nein
Forti-Burrati 2016	ja [41]	nein
Liang 2020	ja [42]	nein
O'Connor 2013	ja [43]	nein
Pu 2017	ja [44]	nein
Tindall 2017	ja [45]	nein
Yang 2017	ja [46]	nein
Zhou 2020	ja [47]	Ja, CRD42015020841 [154]
Zhou 2015	ja [48]	Ja, CRD42014010014 [155]

Systematische Übersichten, die grundsätzlich den Einschlusskriterien entsprachen, jedoch aufgrund der Qualitätsbewertung ausgeschlossen wurden, sind in Tabelle 8 zusammengefasst. Auch der konsentrierte Oxman-Guyatt-Score ist jeweils angegeben.

Tabelle 8: Ausschlüsse aufgrund der Qualitätsbewertung nach Oxman-Guyatt-Score

Autorin / Autor, Jahr	Konsentierter Oxman-Guyatt-Score
Arnberg, 2014 [156]	4
Babowitch, 2016 [157]	3
Briggs, 2019 [158]	4
Bunge, 2016 [159]	2
Calati, 2011 [160]	2
Cossu, 2015 [122]	2
Dardas, 2018 [161]	2
Devenish, 2016 [162]	4
Duffy, 2019 [163]	4
Ebert, 2015 [164]	4
Eckshtain, 2020 [165]	4
Forman-Hoffman, 2016 [166]	4
Francis, 2012 [167]	2
Garber, 2016 [168]	3
Garrido, 2019 [169]	3
Keles, 2018 [170]	4
Ma, 2014 [171]	4
Mychailyszyn, 2018 [172]	2
Nocon, 2017 [173]	3
Rice, 2014 [174]	3
Spinhoven, 2018 [175]	4
Stiles-Shields, 2016 [176]	3
Sun, 2019 [177]	4
Tuerk, 2018 [178]	4
Weersing, 2017 [179]	3
Weisz, 2013 [180]	3
Weisz, 2017 [181]	4
NICE Leitlinie [139]	4

A3.1.4 Reviews ohne berichtete Ergebnisse

In Tabelle 9 sind alle durch die Informationsbeschaffung identifizierten SÜs ohne bisher berichtete Ergebnisse dargestellt. Für alle Einträge wurden Autorenanfragen gestellt.

Tabelle 9: In der Informationsbeschaffung identifizierte SÜs ohne berichtete Ergebnisse

Studie (Autorin / Autor, Titel)	Dokumentart, gegebenenfalls Studienregister ID, Zitat	Studientyp	Status
Tang [49], A systematic review of combination antidepressant medication and psychotherapy in children and adolescents with unipolar depression	CRD42017060191	SÜ	Laut Erstautorin bereits abgeschlossen, aber noch nicht publiziert (Nov. 2020)
Hall [50], Behavioural interventions for depression in children and adolescents: protocol for a systematic review and meta-analysis	CRD42018090624	SÜ	Laut Erstautorin abgeschlossen, aber noch nicht publiziert (Nov. 2020)

A3.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen systematischen Übersichten

A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulationen

Insgesamt wurden 13 SÜs in den HTA-Bericht eingeschlossen. Die SÜs von Pu 2017 [44] und Yang 2017 [46] fanden gesamt Aufnahme. Bei den anderen SÜs wurden nur die Informationen zu den relevanten RCTs extrahiert. Ausnahmen bilden die NMAs von Liang 2020 [42], Zhou 2020 [47] und Zhou 2015 [48]: Hier beziehen sich die extrahierten Daten jeweils auf die gesamte NMA; auch wenn nicht alle inkludierten Studien den a priori definierten Einschlusskriterien entsprachen, wurden sie doch im Netzwerk verwendet.

6 SÜs untersuchten kognitive Verhaltenstherapie (alleine oder teilweise in Kombination mit Antidepressiva), 2 SÜs richteten den Fokus auf alleinige interpersonelle Psychotherapie, 3 SÜs auf kognitive Verhaltenstherapie und interpersonelle Psychotherapie, 2 SÜs stellten alle 3 für diesen HTA-Bericht relevanten Psychotherapieformen in den Mittelpunkt: kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapie.

Forti-Buratti 2016 [41] und Yang 2017 [46] fokussierten auf Kinder (7–13 Jahre), Chi 2018 [36] und Dubicka 2010 [40] auf Jugendliche (13–18 Jahre). Alle anderen SÜs schlossen Studien zu Kindern und zu Jugendlichen ein und betrachteten diese in den Analysen gemeinsam.

Tabelle 10: Charakterisierung der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (Daten nur aus relevanten RCTs)

Autorin / Autor, Jahr	Anzahl relevanter RCTs (insgesamt in der SÜ inkludierte Studien), Personen	Datum letzte Literatursuche, OG Bewertung	Relevante Psychotherapie(n)	Vergleichsintervention(en)	Alter (Spanne), relevante Subgruppen	Format, Dauer, Häufigkeit der Intervention	Berichtsrelevante Endpunkte (Erhebungsinstrumente)
Chi 2018 [36]	2 RCTs (18), 222 Personen	April 2018, 6	kognitive Verhaltenstherapie der 3. Welle: (adaptierte) Achtsamkeitsbasierte Intervention	übliche Behandlung	13–18 Jahre, keine Subgruppen	Gruppentherapie, 8 Wo, k. A.	▪ Veränderung depr. Symptome (SCL90, HAMD)
Cox 2014 [37]	5 RCTs (11), 832 Personen	Juni 2014, 7	kognitive Verhaltenstherapie, kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva	Antidepressiva	11–18 Jahre, keine Subgruppen	Einzeltherapie, 6–12 Wo, 8–15 Einheiten	▪ Suizidgedanken (SIQ-JR), ▪ Remission (CES-D, K-SADS), ▪ Veränderung depressiver Symptome (BDI, CDRS-R, MFQ, RADS) ▪ Funktionsfähigkeit (C-GAS, GAF, CGI-I),
Cuijpers 2020 [38]	37 RCTs (366), Personen: k. A.	Januar 2019, 7	Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, andere)	Warteliste, übliche Behandlung, andere Kontrolle (z. B. Broschüre)	4–16 Jahre Alter, Art der Psychotherapie	Gruppen-, und Einzeltherapie, geleitete Selbsthilfe, k. A., 4–36 Einheiten	▪ Veränderung depr. Symptome (Post-treatment-Differenz von 2 Gruppen)

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Charakterisierung der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (Daten nur aus relevanten RCTs) (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Anzahl relevanter RCTs (insgesamt in der SÜ inkludierte Studien), Personen	Datum letzte Literatur- suche, OG Bewertung	Relevante Psychotherapie(n)	Vergleichs- intervention(en)	Alter (Spanne), relevante Subgruppen	Format, Dauer, Häufigkeit der Intervention	Berichtsrelevante Endpunkte (Erhebungsinstrumente)
Davaa- sambuu 2020 [39]	9 RCTs (28), 1376 Personen	Dezember 2018, 6	kognitive Verhaltenstherapie; interpersonelle Psychotherapie	Warteliste, übliche Behandlung, andere Therapie	10–19 Jahre	k. A., k. A., k. A.	Veränderung depr. Symptome (Post-treatment-Differenz von 2 Gruppen)
Dubicka 2010 [40]	3 RCTs (5), 576 Personen	März 2009, 6	kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva	Antidepressiva	14–15 Jahre, keine Subgruppen	individuell, nur Eltern- und Eltern-Kind- Sitzungen, 20–36 Wo, 5–33 Einheiten	- Suizidgedanken (SIQ-Jr, Kiddie-SADS-PL) / Suizidverhalten, Funktionsfähigkeit (CGAS) - Response - Veränderung depr. Symptome
Forti- Buratti 2016 [41]	3 RCTs (7), 107 Personen	Oktober 2014, 5	kognitive Verhaltenstherapie	übliche Behandlung, andere Intervention („Developmental Education and Parenting Intervention“), Psychologisches- Placebo ^a	7–12 Jahre ^a , keine Subgruppen	Gruppen-, Einzeltherapie, 5–12 Wo, 8–12 Einheiten	Veränderung depr. Symptome (CDI, CDRS, RADS)

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Charakterisierung der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (Daten nur aus relevanten RCTs) (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Anzahl relevanter RCTs (insgesamt in der SÜ inkludierte Studien), Personen	Datum letzte Literatursuche, OG Bewertung	Relevante Psychotherapie(n)	Vergleichsintervention(en)	Alter (Spanne), relevante Subgruppen	Format, Dauer, Häufigkeit der Intervention	Berichtsrelevante Endpunkte (Erhebungsinstrumente)
Liang 2020 [42]	NMA: 32 RCTs, 2677 Personen (direkt zu relevanten Therapien: 16 RCTs, 1259 Personen)	Oktober 2018, 6	kognitive Verhaltenstherapie (klassisch, computerbasiert, achtsamkeitsbasierte Intervention, Problemlösungstherapie), interpersonelle Psychotherapie	Warteliste, übliche Behandlung	7–18 Jahre Art der Psychotherapie	k. A., 6–54 Wo, k. A.	Veränderung depr. Symptome (CDI, MFQ, CDRS- R, BDI, BDI-II, CES-D, MFQ-C, NIMH DISC-IV)
O'Connor 2013 [43]	1 RCT (56), 73 Personen	Juli 2012, 7	interpersonelle Psychotherapie	Einmalige Beratung, individueller unregelmäßiger Support durch Lehrkräfte	12–18 Jahre, keine Subgruppen	Einzeltherapie, 1,5 Mo, 18 Einheiten	- Suizidgedanken (BSI) - Veränderung depr. Symptome (BDI)^b
Pu 2017 [44]	7 RCTs (7), 538 Personen	Mai 2016, 7	interpersonelle Psychotherapie	Warteliste, psychologisches Placebo oder übliche Behandlung	11–18 Jahre, Format der Psychotherapie	Gruppen- oder Einzeltherapie oder Gruppen- und Einzeltherapie, 6–16 Wo, 10–16 Einheiten	- Suizidrisiko - Response - Veränderung depr. Symptome (APAI, HAM-D-24, CDI-27, BDI-21, CES-D) - Funktionsfähigkeit (SASCA, CGAS)

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Charakterisierung der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (Daten nur aus relevanten RCTs) (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Anzahl relevanter RCTs (insgesamt in der SÜ inkludierte Studien), Personen	Datum letzte Literatursuche, OG Bewertung	Relevante Psychotherapie(n)	Vergleichsintervention(en)	Alter (Spanne), relevante Subgruppen	Format, Dauer, Häufigkeit der Intervention	Berichtsrelevante Endpunkte (Erhebungsinstrumente)
Tindall 2017 [45]	2 RCTs (10), 88 Personen	August 2015, 7	kognitive Verhaltenstherapie (Verhaltensaktivierung)	andere nicht pharmakologische Behandlung, Warteliste	9–18 Jahre, keine Subgruppen	k. A., 5 Wo, 12–14 Einheiten	▪ Veränderung depr. Symptome (K-SADS, SMFQ, MASC, RCMAS, CDI, CDS, CDRS-R)
Yang 2017 ^c [46]	9 RCTs (9), 306 Personen	September 2015, 7	kognitive Verhaltenstherapie	keine Behandlung, psychologisches Placebo, Warteliste	7–13 Jahre, keine Subgruppen	Gruppentherapie, 4–16 Wo, 8–16 Einheiten	▪ Veränderung depr. Symptome (CDI-26 und CDI- 27)
Zhou 2020 [47]	NMA: 71 RCTs, 9510 Personen (direkt zu relevanten Therapien 34 RCTs, 3266 Personen)	Januar 2019, 7	kognitive Verhaltenstherapie, KVT-Subform Problemlösungstherapie, interpersonelle Therapie, psychodynamische Psychotherapie (kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie und kurzfristige psychodynamische Psychotherapie)	übliche Behandlung, Warteliste, psychologisches Placebo, Fluoxetin	3–20 Jahre, Art der Psychotherapie	k. A., 6–39 Wo, 6–28 Einheiten	▪ Suizidgedanken und suizidales Verhalten ▪ Veränderung depr. Symptome (BDI-21, CDI, CDRS, CDRS-R, HAMD-14, HAMD-17, HAMD-24, HAMD- 27, MFQ, QIDS-A-Pat, RADS, SMFQ)

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Charakterisierung der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (Daten nur aus relevanten RCTs) (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Anzahl relevanter RCTs (insgesamt in der SÜ inkludierte Studien), Personen	Datum letzte Literatur- suche, OG Bewertung	Relevante Psychotherapie(n)	Vergleichs- intervention(en)	Alter (Spanne), relevante Subgruppen	Format, Dauer, Häufigkeit der Intervention	Berichtsrelevante Endpunkte (Erhebungsinstrumente)
Zhou 2015 [48]	NMA: 52 RCTs, 3805 Personen	Juli 2014, 7	kognitive Verhaltenstherapie, KVT: Problemlösungs- therapie, interpersonelle Therapie, kurzfristige psychodynamische Psychotherapie	übliche Behandlung, Warteliste, psychologisches Placebo, keine Behandlung	7–18 Jahre, Art der Psychotherapie	k. A., 4–18 Wo, 5–36 Einheiten	▪ Veränderung depr. Symptome zu Post- Treatment und Follow-up (APAI, BDI, CES-D, CDI, CDRS-R, HAMD- 17, HAMD- 21, HRSD, K[iddie]-SADS, MFQ, Self-report depression inventory)
a Daten beziehen sich auf alle inkludierten Studien der Übersichtsarbeit, da konkrete Daten für die relevanten Studien nicht verfügbar sind. b relevanter RCT (Tang, 2009) in anderen SÜs inkludiert, daher Ergebnisse bei Endpunkten nicht gesondert extrahiert c alle RCTs in SÜ von Zhou et al., 2015 [48] inkludiert Abkürzungen: APAI: Acholi Psychosocial Assessment Instrument depression symptom scale; BDI: Beck Depression Inventory; BSI: Beck Suicide Ideation Scale; CDI: Children's Depression Inventory; CDS: Children's Depression Scale; CDRS / CDRS-R: Children's Depression Rating Scale (Revised), CES-D: Center for Epidemiologic Study Depression Scale; CGAS: Children's Global Assessment Scale; der.: depressive; HAMD: Hamilton Rating Scale for Depression; k. A.: keine Angaben; K-SADS: Kiddie Schedule for Affective Disorders; MASC: Multi-Dimensional Anxiety Scale for Children, MFQ: Mood and Feeling Questionnaire; Mo: Monat; NMA: Netzwerk-Metaanalyse; QIDS-A-Pat: Quick Inventory of Depressive Symptomatology; RADS: Reynolds Adolescent Depression Scale; RCMAS: Revised Children's Manifest Anxiety Scale; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SASCA: Social Adjustment Scale for Children and Adolescents; SMFQ: Short Mood and Feelings Questionnaire; Wo: Woche							

Tabelle 11: Kriterien der systematischen Übersichtsarbeiten für den Ein- / Ausschluss von Studien

Autorin / Autor, Jahr	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Chi 2018 [36]	Kinder und Jugendliche (12–25 Jahre) mit diagnostizierter Depression (ICD- 10, DSM-5) oder subklinischer Depression, behandelt mit (adaptierten) achtsamkeitsbasierten Interventionen. RCTs mussten in Englisch oder Chinesisch publiziert sein.	k. A.
Cox 2014 [37]	Kinder (6–12 Jahre) und Jugendliche (13–18 Jahre) mit diagnostizierter Depression (DSM oder ICD), somatischen oder psychischen Komorbiditäten, psychotherapeutische Behandlungen mit oder ohne Kombination mit medikamentöser Behandlung im Vergleich zu Behandlung mit Antidepressiva, Placebo oder üblicher Behandlung	Erwachsene; Kinder / Jugendliche mit subklinischer Depression oder nicht klinisch diagnostizierter Depression
Cuijpers 2020 [38]	Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene mit Depression (Diagnose oder depressive Symptome anhand einer validierten Skala; inkl. behandlungsresistenter und chronischer Depression), Behandlung mit Psychotherapie	Kinder und Jugendliche mit psychotischer oder bipolarer Depression, Selbsthilfensätze ohne therapeutische Unterstützung, Erhaltungstherapiestudien
Davaasambuu 2020 [39]	Kinder und Jugendliche (10–19 Jahre) mit Depression oder depressiven Symptomen, die psychotherapeutische, therapeutische oder Bildungsinterventionen in Anspruch nahmen, Durchführung der Studien in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen	Psychopharmaka-Interventionen, Studien, die in Ländern mit hohem Einkommen durchgeführt wurden
Dubicka 2010 [40]	Jugendliche (11–18 Jahre) mit Depression, definiert nach DSM–IV, Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie kombiniert mit Antidepressiva, verglichen mit Behandlung mit Antidepressiva	k. A.
Forti-Buratti 2016 [41]	Kinder bis 12 Jahre mit diagnostizierter Depression oder Dysthymie; psychotherapeutische Behandlungen wie Familieninterventionen, kognitive Verhaltenstherapie (face to face oder computerbasiert), Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie oder psychodynamische Psychotherapie	k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 11: Kriterien der systematischen Übersichtsarbeiten für den Ein- / Ausschluss von Studien (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Liang 2020 [42]	Kinder und Jugendliche (6–18 Jahre) mit Depression (Diagnose oder depressive Symptome anhand einer validierten Skala), Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie, interpersoneller Psychotherapie, familienbasierter Therapie, computerisierter kognitiver Verhaltenstherapie, Problemlösetherapie, achtsamkeitsbasierter Therapie oder unterstützungsbasierter Therapie, verglichen mit einer anderen Form von Psychotherapie oder Kontrollbedingung (Warteliste, übliche Behandlung oder anders bezeichnete Kontrollgruppe)	Kinder und Jugendliche, die bereits Psychotherapie erhielten oder die Medikamente ablehnten; Kombinationsinterventionen oder sehr vage definierte Interventionen, jede Psychotherapieintervention, die mit Medikamenten kombiniert oder verglichen wird; Studien, die als Vergleich ein Placebo wählen oder eine Kontrollgruppe in Kombination mit Intervention wählen
O'Connor 2013 [43]	Personen mit einem hohen Risiko, Selbstmord zu begehen, und / oder suizidalem Verhalten in der Vergangenheit und / oder mit ausgewählten psychischen Erkrankungen (Depression [uni- und bipolar], Substanzmissbrauch, PTSD, Borderline-Persönlichkeitsstörung), Studien, die psychotherapeutische, pharmakologische, Beratungsinterventionen darstellen, deren primäres Ziel die Suizidprävention darstellt und die mit einer Kontrollintervention verglichen werden	Studien, die ausschließlich auf Personen mit psychischen Erkrankungen fokussiert sind, Studien, die 2 aktive Interventionen vergleichen
Tindall 2017 [45]	Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (mindesten 90 % unter 18 Jahren) mit Depression (Diagnose oder depressive Symptome anhand einer validierten Skala), Behandlung mit Verhaltensaktivierung, RCT und Studien ohne Kontrollgruppe	kognitive Verhaltenstherapie der „dritten Welle“
Pu 2017 [44]	Kinder und Jugendliche (6–18 Jahre) mit Depression (Diagnose oder depressive Symptome anhand einer validierten Skala), Behandlung mit interpersoneller Psychotherapie verglichen mit Warteliste, psychologischem Placebo oder üblicher Behandlung	Kinder und Jugendliche mit psychotischer oder behandlungsresistenter Depression oder primärer Fokus der Behandlung auf anderen Erkrankungen oder Rückfallprävention, interpersonelle Beratung für subsyndromale Depression, Kombinationsinterventionen

(Fortsetzung)

Tabelle 11: Kriterien der systematischen Übersichtsarbeiten für den Ein- / Ausschluss von Studien (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Yang 2017 [46]	Kinder (bis einschließlich 13 Jahre) mit diagnostizierter Depression (MDD, leichte Depression, intermittierende Depression, Dysthymie oder Überschreitung eines festgelegten Cut-off-Wertes für depressive Symptome gemessen anhand einer validierten Skala); Komorbiditäten mit 2. medizinischer oder psychischer Erkrankung; Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie verglichen mit Kontrolle (keine Behandlung, Warteliste, psychologisches Placebo)	behandlungsresistente Depression; Diagnose anderer psychischer Erkrankungen wie Schizophrenie und bipolarer Störungen
Zhou 2020 [47]	Kinder und Jugendliche (≤ 18 Jahre) diagnostiziert mit Depression (MDD, Dysthymie, und andere Formen der Depression), Behandlung mit Antidepressiva, Psychotherapie, Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie; Kontrollbedingungen für Psychotherapie: Warteliste, übliche Behandlung, psychologisches Placebo	quasirandomisierte Studien, Behandlungsdauer < 4 Wochen, Stichprobengröße < 10 Personen, bipolare Depression, psychotische Depression, behandlungsresistente Depression, depressive Symptome, die keinen diagnostischen Kriterien entsprechen
Zhou 2015 [48]	Kinder und Jugendliche (6–18 Jahren) diagnostiziert mit Depression (MDD, minore Depression, intermittierende Depression, Dysthymie) oder Überschreitung eines festgelegten Cut-off-Wertes für depressive Symptome, gemessen anhand einer validierten Skala; Behandlung mit Psychotherapie unabhängig von Dauer und Anzahl der Einheiten, verglichen mit Kontrolle (andere Art der Psychotherapie, Warteliste, übliche Behandlung, psychologisches Placebo, keine Behandlung)	behandlungsresistente oder psychotische Depression oder Studien, die Kombinationstherapien untersuchten, Depression nicht in den Fokus rückten oder speziell Rückfallprophylaxe oder Maintenance untersuchten
Abkürzungen: DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases; ICD: International Classification of Diseases; k. A.: keine Angaben; MDD: Major Depression (Major Depressive Disorder); PTSD: posttraumatische Belastungsstörung; RCT: randomisierte kontrollierte Studie		

Tabelle 12: Charakterisierung der Studienpopulationen, deren Ergebnisse extrahiert wurden

Autorin / Autor, Jahr Intervention – Vergleich	Anzahl relevanter RCTs	N-randomisiert	Altersspanne [Jahre]	Geschlecht [w](%)	Studienabbrecherinnen / - abbrecher n (%)
Chi 2018 [36]			13–18	k. A.	k. A.
KVT (MBSR)	2	110			
ÜB ^c		112			
Cox 2014 [37]	5	832	11–18	59 %	k. A.
KVT		133	12–18	57 %	42 (31 %)
KVT + Antidepressiva ^b		349	11–18	78 %	52 (15 %)
Antidepressiva		350	11–18	60 %	63 (18 %)
Cuijpers 2020 [38]	37	k. A.	4-16	32–100 %	k. A.
Davaasambuu 2020 [39]	9	1376	10–19	k. A.	k. A.
KVT		166			
IPT		533			
Kontrolle (ÜB ^c , WL, andere Therapie in 1 Studie)		677			
Dubicka 2010 ^a [40]	3		14–15 (Durchschnittsalter)	54–79 %	k. A. (8–20 %)
KVT		287			
KVT + Antidepressiva		289			
Forti-Buratti 2016 [41]	3	97	7–12	k. A.	k. A.
KVT		51			
Kontrolle (PP, WL)		46			
Liang 2020 [42]	32 (NMA)		7–18	65 %	k. A.
KVT		1384			
Kontrolle (PP, WL)		1293			

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Charakterisierung der Studienpopulationen, deren Ergebnisse extrahiert wurden (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr Intervention – Vergleich	Anzahl relevanter RCTs	N-randomisiert	Altersspanne [Jahre]	Geschlecht [w](%)	Studienabbrecherinnen / - abbrecher n (%)
O'Connor 2013 [43] ^d	1	73	12–18	66 %	k. A.
Pu 2017 [44]	7		11–18	57–74 %	
IPT		284			19 (7 %)
Kontrolle (PP, WL, ÜB ^c)		254			39 (16 %)
Tindall 2017 [45]	2		9–18	58 %	k. A.
KVT		45			
Kontrolle (WL, Anleitung zur Selbstkontrolle)		43			
Yang 2017 [46]	9	306	7–13	37 %	5 (5 %)
KVT		141			
Kontrolle:		165			
PP		51			
WL		32			
KB		82			
Zhou 2020 [47]	71 (NMA)		3–20	57 %	k. A.
Intervention Psychotherapie		1575			
Intervention Antidepressiva		4081			
Intervention Kombinationstherapie		553			
Medikamentenplacebo oder psychologisches Placebo		3301			

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Charakterisierung der Studienpopulationen, deren Ergebnisse extrahiert wurden (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr Intervention – Vergleich	Anzahl relevanter RCTs	N-randomisiert	Altersspanne [Jahre]	Geschlecht [w](%)	Studienabbrecherinnen / - abbrecher n (%)
Zhou 2015 [48]	52 (NMA)	3805	7–18	60 %	k. A.
Psychotherapien im Detail ^e :					
KVT		1149			
IPT		344			
KVT-PLT		44			
DYN		35			
Kontrolle					
PP		309			
WL		419			
KB		284			
ÜB ^c		432			
a enthält auch Studien mit Population ohne diagnostizierte Depression und mit Komorbiditäten b enthält als Antidepressiva-Intervention: Bupropion und Sertralin c nicht genauer beschrieben d aus dieser SÜ wurden keine Ergebnisse extrahiert, da die einzige relevante Studie auch in anderen SÜs berichtet wurde e die restlichen Interventionen, wie beispielsweise Spieltherapie oder Unterstützungstherapie, waren für diesen HTA-Bericht nicht relevant. Die Anzahl an Personen in diesen Gruppen (n= 789) wurde daher nicht gesondert angeführt Abkürzungen: DYN: psychodynamische Psychotherapie; IPT: interpersonelle Therapie; k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KT: kognitive Therapie; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MBSR: Mindfulness-based Stress Reduction (achtsamkeitsbasierte Stressreduktion); N: Anzahl Personen; NMA: Netzwerk-Metaanalyse; PP: psychologisches Placebo; PLT: Problemlösungstherapie; SPT: Spieltherapie; ÜB: übliche Behandlung; VT: Verhaltenstherapie; w: weiblich; WL: Warteliste					

A3.2.2 Beurteilung der Qualität der systematischen Übersichten und des Verzerrungspotenzials der Studien

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Ebene der systematischen Übersichten nach Oxman-Guyatt-Kriterien ist in der folgenden Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Qualität der systematischen Übersichten gemäß Oxman-Guyatt-Kriterien

Systematische Übersicht	Suchmethoden berichtet	Umfangreiche Suche	Auswahlkriterien berichtet	Bias bei Studien selektion vermieden	Kriterien zur Qualitätsbewertung beschrieben	Validität der Studien angemessen beurteilt	Synthesemethoden berichtet	Synthese angemessen	Schlussfolgerungen durch Ergebnisse unterstützt	Gesamtbeurteilung (maximal 7 Punkte möglich)
Chi 2018 [36]	teilweise ^a	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	6
Cox 2014 [37]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
Cuijpers 2020 [38]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
Davaasambuu 2020 [39]	teilweise ^b	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	6
Dubicka 2010 [40]	ja	ja	ja	ja	teilweise ^c	ja	ja	ja	ja	6
Forti-Burrati 2016 [41]	ja	nicht zu sagen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	5
Liang 2020 [42]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
O'Connor 2013 [43]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
Pu 2017 [44]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
Tindall 2017 [45]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
Yang 2017 [46]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
Zhou 2020 [47]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
Zhou 2015 [48]	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	7
a Suchmethoden nicht umfassend berichtet b Suche wurde von einem Scoping Review desselben Autorenteam wiederverwendet. c Die Autorinnen und Autoren nutzten selbstentwickelte Kriterien zur Validitätsbewertung der Studien, kein validiertes Tool. d nur 2 Suchquellen durchsucht										

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über das Verzerrungspotenzial der Primärstudien und bildet etwaige Überschneidungen im Studienpool ab. Finden sich in der Zeile zu einer Studie mehrere Beurteilungen des Verzerrungspotenzials, bedeutet dies, dass diese Studie in mehreren SÜs enthalten war.

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambuu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Ackerson 1998			hoch									hoch ^d		hoch
ADAPT 2007		hoch ^d			hoch ^d									hoch
ADAPT 2008													unklar	unklar
Alavi 2013				unklar ^d										unklar
Almeida-Montes 2005													unklar	unklar
Asarnow 2002			hoch								hoch	hoch ^d		hoch
Atkinson 2014													gering	gering
Atkinson 2018													gering	gering
Attari 2006													unklar	unklar
Barron 2016				hoch ^d										hoch
Becker-Weidman 2010							hoch							hoch

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Berard 2006													unklar	unklar
Bernstein 2000													unklar	unklar
Biegel 2009	hoch ^d						un- klar							hoch
Bolton 2007				hoch ^d					un- klar ^d			hoch ^d		hoch
Braconnier 2003													gering	gering
Brent 1997												hoch ^d	hoch	hoch
Bristol-Myers Squibb 2002													unklar	unklar
Butler 1980											hoch ^d	unklar ^d		hoch
Carter 2015							ge- ring							gering
Charkandeh 2016			hoch										hoch	hoch
Charkhandeh 2016													hoch	hoch
Chen 2014				hoch ^d										hoch
Chu 2016							un- klar							unklar
Clarke 1995			hoch									hoch ^d		hoch

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Clarke 1999			hoch									hoch ^d	unklar	hoch
Clarke 2001			unklar									unklar ^d		unklar
Clarke 2002			hoch									hoch ^d	hoch	hoch
Clarke 2005		hoch ^d												hoch
Cornelius 2009													unklar	unklar
Curtis 1992												hoch ^d	hoch	hoch
Dabidy Roshan 2011							hoch							hoch
Dana 1998											hoch ^d	unklar ^d		hoch
Deas 2000													unklar	unklar
DeCuyper 2004			hoch								unklar ^d	unklar ^d		hoch
Diamond 2002			hoch									hoch ^d	hoch	hoch
Diamond 2010												unklar ^d		unklar
Dietz 2015													hoch	hoch
Durgam 2018													gering	gering
Eli Lilly 1986													unklar	unklar
Emslie 1997													unklar	unklar

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Emslie 2002a													hoch	hoch
Emslie 2002b													unklar	unklar
Emslie 2006													unklar	unklar
Emslie 2007													hoch	hoch
Emslie 2009													unklar	unklar
Emslie 2014													gering	gering
Eskin 2008												hoch ^d	hoch	hoch
Ettelson 2003												k. A.		k. A.
Findling 2009													unklar	unklar
Fine 1991							hoch					hoch ^d	hoch	hoch
Fischer 1995												k. A.		k. A.
Fleming 2012												hoch ^d		hoch
Fristad 2019							un- klar							unklar
Geller 1990													unklar	unklar
Geller 1992													unklar	unklar
Gillham 2006			hoch											hoch

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambuu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
GlaxoSmithKline 2009													unklar	unklar
Goodyear 2017													hoch	hoch
Gunlicks-Stoessl 2011							hoch						hoch ^d	hoch
Hayes 2011							un- klar							unklar
Hickman 1994												k. A.		k. A-
Hoek 2012							un- klar					hoch ^d		hoch
Hongfen 2009													unklar	unklar
Huang 2015	un- klar ^d													unklar
Hughes 2013							un- klar							unklar
Iftene 2015													unklar	unklar
Israel 2013			gering				un- klar					unklar ^d	unklar	unklar
Jeong 2005			hoch				hoch					gering ^d		hoch

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Kahn 1990- KVT			hoch									hoch ^d		hoch
Kahn 1990- andere			hoch											hoch
Kerfoot 2004							hoch					hoch ^d		hoch
Kim 2012		hoch ^d												hoch
Klein 1998													unklar	unklar
Kobak 2015													hoch	hoch
Kutcher 1994													unklar	unklar
Kye 1996													unklar	unklar
Lewinsohn 1990			hoch									hoch ^d	hoch	hoch
Liddle 1990			hoch			hoch					hoch ^d	hoch ^d		hoch
Listug-Lunde 2004												unklar ^d		unklar
Listug-Lunde 2013			hoch											hoch
Luby 2012			unklar										hoch	hoch
Manassis 2010							hoch							hoch
Mandoki 1997													hoch	hoch

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
March 2004													hoch	hoch
Marcotte & Baron 1993												k. A.		k. A.
McCarty 2013			gering									gering ^d		gering
McCauley 2015										gering				gering
McMullen 2013				hoch ^d										hoch
Melvin 2006		hoch ^d			hoch ^d								hoch	hoch
Merry 2012							ge- ring					hoch ^d		hoch
Mohammadi MJAJob 2011							hoch							hoch
Moldenhauer 2004												unklar ^d		unklar
Mufson 1999			unklar						un- klar ^d			hoch ^d	unklar	hoch
Mufson 2004			unklar				un- klar		un- klar ^d			hoch ^d	unklar	hoch
Muller 2015							un- klar							unklar
Noury 2015													gering	gering

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
O'Callaghan 2013				unklar ^d										unklar
Organon 2002a													hoch	hoch
Organon 2002b													unklar	unklar
Phillips 2004												unklar ^d	hoch	hoch
Poole 2018													hoch	hoch
Porter 2017							un- klar							unklar
Puig-Antich 1987													unklar	unklar
Reed 1994												k. A.	hoch	hoch
Reivich 1996											unklar ^d	unklar ^d		unklar
Reynolds 1986			hoch									unklar ^d		hoch
Riggs 2007													unklar	unklar
Roberts 2003											unklar ^d	unklar ^d		unklar
Rohde 2004			unklar									hoch ^d	unklar	hoch
Rosello 1999			hoch						un- klar ^d				hoch	hoch
Rosello 1999							hoch					hoch ^d		hoch

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Rossello 2008												hoch ^d		hoch
Sanford 2006			unklar											unklar
Santomauro 2016			unklar											unklar
Shirk 2014													hoch	hoch
Smith 2015							un- klar							unklar
Spence et al 2003												hoch ^d		hoch
Stallard 2012			gering											gering
Stark 1985										unklar				unklar
Stark 1987			hoch			unklar	hoch				unklar ^d	unklar ^d		hoch
Stasiak 2014							un- klar							unklar
Stice 2008- CBT + supp expe			gering											gering
Stice 2010												unklar ^d		unklar
Szigethy 2007			hoch											hoch
TADS 2004		hoch ^d	gering		hoch ^d	gering								hoch

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Tang 2009							ge- ring	gering	hoch ^d			unklar ^d	hoch	hoch
Thurman 2017				hoch ^d										hoch
Thurman 2017- Mädchen				unklar ^d										unklar
Tompson 2017							ge- ring						hoch	hoch
Topooco 2018							hoch							hoch
Trowell 2007												unklar ^d	hoch	hoch
Von Knorring 2006													hoch	hoch
Vostanis 1996												unklar ^d	hoch	hoch
Vostanis 1996a			hoch											hoch
Wagner 2003a													hoch	hoch
Wagner 2003b													hoch	hoch
Wagner 2004													hoch	hoch

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambuu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Wagner 2006													unklar	unklar
Weih's 2018													gering	gering
Weisz 1997			hoch								hoch ^d	hoch ^d		hoch
Weisz 2009			hoch				un-klar						hoch	hoch
Wood 1996												unklar ^d	unklar	unklar
Yang 2016				unklar ^d										unklar
Young 2006			unklar				un-klar		Un- klar ^d			unklar ^d		unklar
Young 2006 (B)							un-klar							unklar
Young 2010			unklar				un-klar		Un- klar ^d			unklar ^d		unklar
Young 2016							un-klar							unklar
Yu 2002			hoch											hoch
Anzahl relevante RCTs	2	5	37	9	3	3	32 (ges. NMA)	1	7	2	9	52 (ges. NMA)	71 (ges. NMA)	
Studienpool für HTA (Anzahl RCTs ohne Überlappungen zwischen SÜs): n=150														

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Biasrisiko in den Primärstudien (Fortsetzung)

	Chi, 2018 [36]	Cox 2014 [37]	Cuijpers 2020 ^a [38]	Davaa- sambuu 2020 [39]	Dubicka 2010 [40]	Forti- Buratti 2016 ^b [41]	Liang 2020 [42]	O' Connor 2013 [43]	Pu 2017 ^c [44]	Tindall 2017 [45]	Yang 2017 [46]	Zhou 2015 [48]	Zhou 2020 [47]	Bewer- tung für HTA
Sofern für die Bewertung des Verzerrungspotenzials nicht das Cochrane RoB tool verwendet wurde, ist dies mit einer Fußnote kenntlich gemacht. a: Adaption des Cochrane RoB tools b: Jadad score c: Adaption der USPSTF Kriterien d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials erfolgte durch die Autorinnen und Autoren des HTA-Berichtes, basierend auf den Bewertungen der einzelnen Bias-Domänen durch die Review-Autorinnen und -Autoren. Abkürzungen: ges.: gesamt, KVT: kognitive Verhaltenstherapie, NMA: Netzwerk-Metaanalyse, RCT: randomisierte kontrollierte Studie														

A3.3 Patientenrelevante Endpunkte

A3.3.1 Mortalität

Keine der relevanten SÜs berichtete Daten zur Mortalität.

A3.3.2 Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidverhalten)

Nachfolgende Tabelle stellt alle relevanten Daten zum Suizidrisiko von Kindern und Jugendlichen dar. Es liegen Ergebnisse zu kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu inaktiven Kontrollinterventionen (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden), im Vergleich zu Antidepressiva (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) und als Add-on zu Antidepressiva-Behandlung (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) vor [37,40,47,171]. Ebenso wurden Ergebnisse zu interpersoneller Psychotherapie (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) [44,47] und psychodynamischer Psychotherapie (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) [47] im Vergleich zu psychologischem Placebo oder üblicher Behandlung identifiziert. Diese beiden Therapieformen wurden nicht mit Antidepressiva-Behandlung verglichen oder als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung untersucht.

Tabelle 15: Ergebnisse zu Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidverhalten)

Autorin / Autor, Jahr, Population	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl, Name berücksichtig- ter RCTs	Messzeit- punkt (nach Inter- ven- tions- beginn)	Intervention			Vergleich			Intervention vs. Vergleich			
					N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert	
						n	%		n	%				
Kognitive Verhaltenstherapie vs. psychologisches Placebo oder übliche Behandlung														
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Suizidge- danken und suizidales Verhalten (gepaarte Meta- Analyse)	KVT vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	OR: 11,31	0,01; 46,11	n. s.	
		KVT vs. ÜB ^b	NMA	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	OR: 276,90	0,02; 1163	n. s.	
		KVT vs. PP	1 (k. A.)	k. A.	G: 313						OR: 1,02	0,06; 16,45	n. s.	
Kognitive Verhaltenstherapie vs. Antidepressiva														
Cox 2014 ^a [37], Kinder und Jugendliche	Suizid- gedanken	KVT vs. Antidepressiva	1 (TADS 2004)	12 Wo	91	5	6	97	18	19	OR: 0,26	0,09; 0,72	s. s.	
		KVT vs. Antidepressiva	1 (TADS 2004)	Follow-up (18 Wo)	76	3	4	73	10	14	OR: 0,26	0,07; 0,98	s. s.	

(Fortsetzung)

Tabelle 15: Ergebnisse zu Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidverhalten) (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr, Population	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl, Name berücksichtig- ter RCTs	Messzeit- punkt (nach Inter- ven- tions- beginn)	Intervention			Vergleich			Intervention vs. Vergleich		
					N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert
						n	%		n	%			
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Suizidge- danken und suizidales Verhalten	KVT vs. Antidepressiva	NMA	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	OR: 0,72	0,20; 1,73	n. s.
	(gepaarte Meta- Analyse)	KVT vs. Antidepressiva	1 (k. A.)	k. A.	G: 220						OR: 0,52	0,17; 1,62	n. s.
Kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva													
Cox 2014 ^a [37], Kinder und Jugendliche	Suizid- gedanken	KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	2 (ADAPT 2007, TADS 2004)	12 Wo	191	24	13	197	31	16	OR: 0,75	0,26; 2,16	p = 0,59
		KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	2 (ADAPT 2007, TADS 2004)	Follow-up (40–50 Wo)	177	15	8	167	19	11	OR: 0,53	0,06; 4,58	p = 0,57
Dubicka 2010 [40], Jugendliche	Suizid- gedanken (kontinuier- lich)	KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	3 (TADS 2004, ADAPT 2007, Melvin 2006)	12 Wo	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	SMD: 0,00	- 0,15; - 0,14	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 15: Ergebnisse zu Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidverhalten) (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr, Population	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl, Name berücksichtig- ter RCTs	Messzeit- punkt (nach Inter- ven- tions- beginn)	Intervention			Vergleich			Intervention vs. Vergleich		
					N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert
						n	%		n	%			
suizidales Verhalten		KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	3 (TADS 2004, ADAPT 2007, Melvin 2006)	Follow-up (26-36 Wo)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	SMD: - 0,05*	-0,28; 0,18*	n. s.
		KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	1 (TADS 2004)	12 Wo	82	6	7	75	10	13	OR: 0,51**	k. A.	n. s.
		KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	1 (TADS 2004)	36 Wo	82	k. A.	k. A.	75	k. A.	k. A.	mehr Ereignisse in Fluoxetin- Gruppe als in Kombi- nations- gruppe	k. A.	p < 0,05

(Fortsetzung)

Tabelle 15: Ergebnisse zu Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidverhalten) (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr, Population	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl, Name berücksichtig- ter RCTs	Messzeit- punkt (nach Interven- tions- beginn)	Intervention		Vergleich		Intervention vs. Vergleich				
					N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert
						n	%		n	%			
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Suizid- gedanken und suizidales Verhalten	KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	NMA	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	OR: 0,78*	0,38; 2,00*	n. s.
	(gepaarte Meta- Analyse)	KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	2 (k. A.)	k. A.	G: 424						OR: 0,75*	0,35; 1,59*	n. s.
Interpersonelle Psychotherapie vs. psychologisches Placebo oder übliche Behandlung													
Pu 2017 [44], Kinder und Jugendliche	Suizidrisiko	IPT vs. PP / ÜB ^b	2 (Mufson 2004, 1999)	12–16 Wo	58	3	5	54	4	7	RR: 0,70	0,17; 2,93	p = 0,63
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Suizid- gedanken und suizidales Verhalten	IPT vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	OR: 0,64	0,04; 2,59	n. s.
		IPT vs. ÜB ^b	NMA	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	OR: 8,58	0,14; 54,07	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 15: Ergebnisse zu Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidverhalten) (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr, Population	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl, Name berücksichtig- ter RCTs	Messzeit- punkt (nach Interven- tions- beginn)	Intervention				Vergleich		Intervention vs. Vergleich				
					N		Personen mit Ereignissen		N		Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert
					n	%	n	%							
	(gepaarte Meta- Analyse)	IPT vs. PP	1 (k. A.)	k. A.	G: 48						OR: 0,46	0,08; 2,76	n. s.		
		IPT vs. ÜB ^b	1 (k. A.)	k. A.	G: 64						OR: 2,73	0,11; 69,60	n. s.		
Psychodynamische Psychotherapie vs. psychologisches Placebo oder übliche Behandlung															
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Suizid- gedanken und suizidales Verhalten	DYN ^c vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	OR: 8,64	0,01; 40,05	n. s.		
		DYN ^c vs. ÜB ^b	NMA	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	OR: 218,00	0,03; 1146	n. s.		
		DYN ^c vs. PP	1 (k. A.)	k. A.	G: 315						OR: 1,01	0,06; 16,23	n. s.		
a enthält Daten aus Studien, in denen die Population teilweise weitere Erkrankungen hatte, z. B. soziale Phobien, Angststörungen															
b nicht genauer beschrieben															
c kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie und kurzfristige psychodynamische Psychotherapie															
* Wir berechneten den Kehrwert, um die Richtung des Vergleichs korrekt widerzuspiegeln.															
** selbst berechnet															
Abkürzungen: ADAPT: Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial; DYN: psychodynamische Psychotherapie; G: Gesamt; IPT: interpersonelle Psychotherapie; k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; N: Anzahl Personen; NMA: Netzwerk-Metaanalyse; n. s.: nicht statistisch signifikant; OR: Odds Ratio; p: p-Wert; PP: psychologisches Placebo; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; RR: relatives Risiko; SMD: standardisierte mittlere Differenz; s. s.: statistisch signifikant; TADS: Treatment for Adolescents with Depression Study; ÜB: übliche Behandlung; vs.: versus; Wo: Wochen															

A3.3.3 Ansprechen auf die Therapie (Response)

Nachfolgende Tabelle stellt alle relevanten Daten zum „Ansprechen auf die Therapie“ dar. Zum Vergleich KVT und keine aktive Behandlung sowie zum Vergleich KVT und Antidepressiva-Einnahme konnte keine Evidenz identifiziert werden. Es liegen jedoch Ergebnisse zur kognitiven Verhaltenstherapie als Add-on zu Antidepressiva-Einnahme vor (kein Anhaltspunkt für Schaden / Nutzen) [40]. Zum Vergleich interpersonelle Psychotherapie und inaktive Kontrolle sind ebenso Ergebnisse vorhanden [44] (jedoch wurde keine Nutzensaussage abgeleitet, da es sich um dieselbe Datenbasis wie beim Endpunkt Veränderung depressiver Symptome handelte), nicht aber zum Vergleich mit Antidepressiva oder als Add-on zu Antidepressiva. Zur psychodynamischen Psychotherapie lieferten die eingeschlossenen SÜs keine Ergebnisse zu diesem Endpunkt.

Tabelle 16: Ergebnisse zu Ansprechen auf die Therapie (Response)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl berücksichtigter RCTs	Messzeit- punkt (Wochen nach Interventions- beginn)	Intervention			Vergleich			Intervention vs. Vergleich			
					N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert	
					n	%		n	%					
Kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva														
Dubicka 2010 [40], Jugendliche	Response (starke oder sehr starke Verbesserung gemäß CGI-I)	KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva	2 (TADS 2004; ADAPT 2007)	12 Wo	95	70	73	98	62	63	TADS 2004: OR = 0,61*	0,33; 1,14	n. s.	
					101	42	42	101	44	44	ADAPT 2007: OR = 1,09*	0,62; 1,89*	n. s.	
			2 (TADS 2004; ADAPT 2007)	28–36 Wo	180	124	69	169	119	70	OR = 1,09*	0,68; 1,78*	n. s.	

(Fortsetzung)

Tabelle 16: Ergebnisse zu Ansprechen auf die Therapie (Response) (Fortsetzung)

Interpersonelle Therapie vs. psychologisches Placebo, übliche Behandlung, Warteliste														
Pu 2017 [44], Kinder und Jugendliche	Response (Verminderung um ≥50% in Ratingskalen zur Messung von Depression) oder wenn Daten nicht vorhanden: Remission (≤12 bei CDI, ≤9 bei HAMD)	IPT vs. PP/ÜB ^a /WL	4 (Bolton 2007; Mufson 2004, 1999; Rossello 1999)	12–16 Wo	186	85	46	180	41	23	RR: 1,87	1,40; 2,51	p < 0,001	
a nicht genauer beschrieben * Wir berechneten den Kehrwert, um die Richtung des Vergleichs korrekt widerzuspiegeln. Abkürzungen: ADAPT: Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial; CDI: Children's Depression Inventory; CGI-I: Clinical Global Impression of Improvement; HAMD: Hamilton Rating Scale for Depression; IPT: interpersonelle Psychotherapie; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; N: Anzahl Personen; n. s.: nicht statistisch signifikant; OR: Odds Ratio; p: p-Wert PP: psychologisches Placebo; RCTs: randomisierte kontrollierte Studien; RR: relatives Risiko; s. s.: statistisch signifikant; TADS: Treatment for Adolescents with Depression Study; ÜB: übliche Behandlung; vs.: versus; Wo: Wochen; WL: Warteliste														

A3.3.4 Remission

Nachfolgende Tabelle stellt alle relevanten Daten zum Endpunkt „Remission“ bei Kindern und Jugendlichen dar. Zum Vergleich KVT mit inaktiver Kontrollintervention konnte keine Evidenz identifiziert werden. Es sind Daten zum Vergleich KVT mit Antidepressiva-Behandlung (kein Anhaltspunkt für einen Nutzen / Schaden) und zu KVT als Add-on vorhanden (kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen gegenüber alleiniger Antidepressiva-Behandlung) [37]. Zu Vergleichen mit interpersoneller Psychotherapie oder psychodynamischer Psychotherapie liegen für diesen Endpunkt keine Ergebnisse vor.

Tabelle 17: Ergebnisse zu Remission

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl berücksichtigter RCTs	Messzeit- punkt (Wochen nach Interventions- beginn)	Intervention			Vergleich			Intervention vs. Vergleich			
					N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert	
						n	%		n	%				
Kognitive Verhaltenstherapie vs. Antidepressiva														
Cox 2014 ^a [37], Kinder und Jugendliche	Remission (8 Wochen symptomfrei)	KVT vs. Antidepressiva	2 (Melvin 2006, TADS 2004)	12 Wo	133	58	44	135	76	56	OR: 0,62	0,28; 1,35	p = 0,23	
		KVT vs. Antidepressiva	1 (Melvin 2006)	Follow-up 2 (6 Mo)	22	10	45	26	13	50	OR: 0,83	0,27; 2,60	n. s.	
Kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva														
Cox 2014 ^a [37], Kinder und Jugendliche	Remission (8 Wochen symptomfrei)	KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva	3 (Clarke 2005, Melvin 2006, TADS 2004)	12 Wo	209	126	60	210	108	51	OR: 1,50	0,99; 2,27	p = 0,05	
		KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva	2 (Clarke 2005, Melvin 2006)	Follow-up 1 (26 Wo, 6 Mo)	102	86	84	101	75	74	OR: 1,93	0,93; 4,00	p = 0,08	
		KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva	1 (Clarke 2005)	Follow-up 2 (52 Wo)	77	69	90	75	71	95	OR: 0,49	0,14; 1,69	n. s.	

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Ergebnisse zu Remission (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl berücksichtigter RCTs	Messzeit- punkt (Wochen nach Interventions- beginn)	Intervention		Vergleich		Intervention vs. Vergleich		
					N	Personen mit Ereignissen	N	Personen mit Ereignissen	Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert
						<u>n %</u>		<u>n %</u>			
a enthält Daten aus Studien, in denen die Population teilweise weitere Erkrankungen hatte, z. B. soziale Phobien, Angststörungen Abkürzungen: KVT: kognitive Verhaltenstherapie; KI: Konfidenzintervall; Mo: Monate; N: Anzahl Personen; n. s.: nicht statistisch signifikant; OR: Odds Ratio; p: p-Wert; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; TADS: Treatment for Adolescents with Depression Study; vs.: versus; Wo: Wochen											

A3.3.5 Veränderung depressiver Symptome

Nachfolgende Tabelle stellt alle relevanten Daten zur „Veränderung depressiver Symptome“ dar. Ergebnisse zu diesem Endpunkt wurden in den meisten SÜs berichtet.

Zum Vergleich KVT versus inaktive Kontrollintervention berichteten 9 SÜs (Hinweis für einen Nutzen) [36,38,39,41,42,45-48]. Ebenso liegen Ergebnisse zum Vergleich KVT versus Antidepressiva-Behandlung (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) [37,47] und für KVT als Add-on vor (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden gegenüber alleiniger Antidepressiva-Behandlung) [37,40,47]. Zu interpersoneller Psychotherapie sind Ergebnisse zum Vergleich mit inaktiven Kontrollinterventionen (Hinweis für Nutzen) [39,42,44,47,48] und zum Vergleich mit Antidepressiva-Behandlung vorhanden (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) [47]. Was die interpersonelle Psychotherapie als Add-on zu einer Antidepressiva-Behandlung betrifft, fehlen Ergebnisse. Zu psychodynamischer Psychotherapie liegen Ergebnisse hinsichtlich des Vergleiches mit inaktiven Kontrollinterventionen (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) [47,48] und zum Vergleich mit Antidepressiva-Einnahme (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) vor [47]. Keine Ergebnisse ließen sich zur psychodynamischen Psychotherapie als Add-on finden.

1 SÜ fasste verschiedene Psychotherapiearten zusammen und setzte die Wirksamkeit in Vergleich zu üblicher Behandlung, Warteliste oder anderer Behandlung [38].

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Kognitive Verhaltenstherapie vs. psychologisches Placebo, übliche Behandlung, Warteliste oder keine Behandlung								
Chi 2018 [36], Jugendliche	Veränderung depressiver Symptome	KVT (MBT) vs. ÜB ^b	2 (Biegel, 2009; Huang, 2015)	8–12 Wo (SCL-90, HAM-D)	110 vs. 112	Biegel, 2009 (SCL-90): Hedges's g: - 0,5 Huang, 2015 (HAM-D): Hedges's g: - 1,46	- 0,89; - 0,11 - 1,86; - 1,06	s. s. s. s.
Cuijpers 2020 [38], Kinder und Jugendliche	Depression (Differenzkontrolle – Intervention nach der Intervention); pos. Wert spricht für Intervention	KVT vs. Kontrolle (WL, ÜB, anderes, z. B. Broschüren)	Kinder und Jugendliche: 28	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,44	0,23; 0,65	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Subgruppe nach Alter		KVT vs. Kontrolle	Kinder: 11	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,28	0,05; 0,50	s. s.
		KVT vs. Kontrolle	Jugendliche: 17	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,54	0,23; 0,85	s. s.
Davaasambuu 2020 [39], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis -ende)	KVT vs. Kontrolle (WL, ÜB, andere Therapie in 1 Studie)	6 (Alavi 2013, Barron 2016, Chen 2014, McMullen 2013, O'Callaghn 2013, Yang 2016 [Vergleich mit anderer Therapie])	k. A.	166 vs. 172	SMD: - 1,27	- 2,19; - 0,35	p = 0,007
Forti-Buratti 2016 [41], Kinder	Veränderung depressiver Symptome	KVT vs. Kontrolle (Warteliste, keine Behandlung)	3 (Liddle 1990, Stark 1987, TADS 2004)	k. A.	51 vs. 46	SMD: - 0,45;	- 1,08; 0,17	p = 0,15
		KVT vs. PP	1 (Vitiello 2006 / TADS)	12 Wo; PQ-LES-Q	k. A.	n. s.	k. A.	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Liang 2020 [42], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis -ende)		inkludierte Studien NMAs: Becker- Weidman 2010, Biegel 2009, Carter 2015, Chu 2016, Dabidy Roshan 2011, Fine 1991, Fristad 2019, Gunlicks-Stoessl 2011, Hayes 2011, Hoek 2012, Hughes 2013, Israel 2013, Jeong 2005, Kerfoot 2004, Manassis 2010, Merry 2012, Mohammadi MJAJob 2011, Mufson 2004, Muller 2015,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs		Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende					
						N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert		
			Porter 2017, Rossello 1999, Smith 2015, Stark 1987, Stasiak 2014, Tang 2009, Tompson 2017, Topooco 2018, Weisz 2009, Young 2006 (2 Studien), 2010, 2017								
					CKVT vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 1,36	- 2,59; - 0,14	s. s.
					CKVT vs. WL	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 1,29	- 2,54; - 0,04	s. s.
					KVT vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 1,16	- 2,15; - 0,18	s. s.
					KVT vs. WL	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 1,29	- 2,54; - 0,04	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		KVT (MBT) vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,74	- 2,42; 0,93	n. s.
		KVT (PLT) vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,49	- 1,73; 0,74	n. s.
Tindall 2017 [45], Kinder und Jugendliche		KVT vs. Kontrolle (WL, Anleitung zur Selbstkontrolle)	1 (Stark 1985)	k. A. CDRS-R	9 vs. 18	MD: - 3,52	- 8,81; 1,77	n. s.
			1 (McCauley 2015)	k. A. CDRS-R	35 vs. 25	MD: - 4,90	-13,61; 3,81	n. s.
Yang 2017 [46], Kinder	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis -ende)	KVT vs. Kontrolle	8 (Butler 1980 [2 Arme], Dana 1998, De Cuyper 2004, Liddle 1990 [2 Arme], Reivich 1996, Roberts 2003, Stark 1987, Weisz 1997)	post treatment, CDI	149 vs. 158	SMD: - 0,41	- 0,64; - 0,18	p = 0,0005

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Subgruppen nach Art der Kontrolle	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up)	KVT vs. Kontrolle	6 (Dana 1998, De Cuyper 2004, Liddle 1990 [2 Arme], Reivich 1996, Roberts 2003, Weisz 1997)	9 Mo nach Interventionsende, CDI	106 vs. 120	SMD: - 0,34	- 0,60; - 0,07	p = 0,01
		KVT vs. PP	3 (Butler 1980, Liddle 1990, Roberts 2003)		48 vs. 47	SMD: - 0,37	- 0,78; 0,05	p = 0,08
		KVT vs. WL	2 (De Cuyper 2004, Stark 1987)		18 vs. 20	SMD: - 0,47	- 1,15; 0,21	p = 0,17
		KVT vs. keine Behandlung	5 (Butler 1980, Dana 1998, Liddle 1990, Reivich 1996, Weisz 1997)		83 vs. 91	SMD: - 0,42	- 0,73; 0,12	p = 0,007
Subgruppen nach Komorbidität		KVT vs. Kontrolle (Komorbidität)	2 (Dana 1998, Roberts 2003)		33 vs. 33	SMD: - 0,04	- 0,44; 0,52	p = 0,87

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Subgruppen nach Beteiligung der Eltern an der Therapie		KVT vs. Kontrolle (keine Komorbidität)	6 (Butler 1980 [2 Arme], De Cuyper 2004, Liddle 1990 [2 Arme], Reivich 1996, Stark 1987, Weisz 1997)		116 vs. 125	SMD: - 0,55	- 0,81; - 0,28	p = 0,0005
		KVT vs. Kontrolle (ohne Eltern)	7 (Butler 1980 [2 Arme], Dana 1998, Liddle 1990 [2 Arme], Reivich 1996, Roberts 2003, Stark 1987, Weisz 1997)		140 vs. 147	SMD: - 0,45	- 0,69; - 0,21	p = 0,0002
		KVT vs. Kontrolle (mit Eltern)	1 (De Cuyper 2004)		9 vs. 11	SMD: 0,17	- 0,71; 1,05	p = 0,71

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Depression (<i>Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up</i>)		inkludierte Studien NMAs Psychotherapie: Bernstein 2000, Brent 1997, Charkandeh 2016, Clarke 1999, 2002, Cornelius 2009, Curtis 1992, Deas 2000, Diamond 2002, Dietz 2015, Eskin 2008, Fine 1994, ADAPT 2008, 2017, Iftene 2015, Israel 2013, Kobak 2015, Lewinsohn 1990, Luby 2012, Mandoki 1997, TADS 2004, Melvin 2006,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs		Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
						N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Mufson 1999, 2004, Poole 2018, Reed 1994, Riggs 2007, Rohde 2004, Rossello 1999, Shirk 2014, Tang 2009, Tompson 2017, Trowell 2007, Vostanis 1996, Weisz 2009, Wood 1996						
		KVT vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,27	- 0,72; 0,18	n. s.	
		KVT vs. ÜB ^b	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,22	- 0,67; 0,23	n. s.	
		KVT vs. WL	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,94	- 1,40; - 0,48	s. s	

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		KVT (PLT) vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,59	- 1,96; 0,79	n. s.
		KVT (PLT) vs. ÜB ^b	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,54	- 1,91; 0,83	n. s.
		KVT (PLT) vs. WL	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 1,26	- 2,48; - 0,03	s. s.
		VT vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: 0,23	- 1,19; 1,66	n. s.
		VT vs. ÜB	NMA	k. A.	k. A.	SMD: 0,28	- 1,13; 1,70	n. s.
		VT vs. WL	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,43	- 1,87; 1,01	n. s.
	(gepaarte Meta- Analyse)	KVT vs. WL	5 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 338	SMD: - 0,97	- 1,66; - 0,28	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
	(gepaarte Meta-Analyse)	KVT vs. ÜB ^b	4 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 240	SMD: - 0,04	- 0,29; 0,22	n. s.
	(gepaarte Meta-Analyse)	KVT vs. PP	4 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 418	SMD: - 0,28	- 0,48; - 0,09	s. s.
	(gepaarte Meta-Analyse)	KVT (PLT) vs. WL	1 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 23	SMD: - 1,31	- 2,23; - 0,40	s. s.
Zhou 2015 [48], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up)		Ackerson 1998, Asarnow 2002, Bolton 2007, Brent 2007, Butler 1980, Clarke 1995, 1999, 2001, 2002, Curtis 1992, Dana 1998, De Cuyper 2004, Diamond 2002, 2010, Eskin 2008, Ettelson 2003, Fine 1991, Fischer 1995,					

(Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Fleming 2012, Hickman 1994, Hoek 2012, Israel 2013, Jeong 2005, Kahn 1990, Kerfoot 2004, Lewinsohn 1990, Liddle 1990, Listug-Lunde 2004, Marcotte 1993, McCarty 2013, Merry 2012, Moldenhauer 2004, Mufson 1999, 2004, Phillips 2004, Reed 1994, Reivich 1996, Reynolds 1986, Roberts 2003, Rohde 2004, Rossello 1999, 2008, Spence 2003,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		KVT vs. PP	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,47	- 0,76; - 0,19	s. s.
		KVT vs. ÜB ^b	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,55	- 0,88; - 0,22	s. s.
		KVT vs. WL	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,83	- 1,09; - 0,58	s. s.
		KVT vs. keine Behandlung	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,37	- 0,75; 0,00	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		KVT (PLT) vs. PP	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,28	- 0,97; 0,43	n. s.
		KVT (PLT) vs. ÜB ^b	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,35	- 1,07; 0,36	n. s.
		KVT (PLT) vs. WL	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,63	- 1,25; - 0,02	s. s.
		KVT (PLT) vs. keine Behandlung	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,18	- 0,92; 0,57	n. s.
		KT vs. PP	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,33	- 0,79; 0,11	n. s.
		KT vs. ÜB	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,41	- 0,84; 0,00	n. s.
		KT vs. WL	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,69	- 1,15; - 0,25	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		KT vs. KB	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,23	- 0,75; 0,28	n. s.
		VT vs. PP	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,24	- 0,82; 0,33	n. s.
		VT vs. ÜB	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,32	- 0,91; 0,26	n. s.
		VT vs. KB	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,14	- 0,77; 0,48	n. s.
		VT vs. WL	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,60	- 1,12; - 0,99	s. s.
		KVT vs. PP	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,19	- 0,41; - 0,04	s. s.
		KVT vs. ÜB ^b	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,32	- 0,60; - 0,08	s. s.
		KVT vs. WL	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,86	- 1,24; - 0,49	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		KVT vs. keine Behandlung	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,26	- 0,53; 0,01	n. s.
		KVT (PLT) vs. PP	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: 0,72	0,01; 1,41	n. s.
		KVT (PLT) vs. ÜB ^b	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: 0,58	- 0,14; 1,28	n. s.
		KVT (PLT) vs. WL	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: 0,04	- 0,59; 0,68	n. s.
		KVT (PLT) vs. keine Behandlung	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: 0,64	- 0,07; 1,35	n. s.
		KT vs. PP	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: 0,09	- 0,23; 0,42	n. s.
		KT vs. ÜB	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,05	- 0,34; 0,21	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		KT vs. WL	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,59	- 1,05; - 0,12	s. s.
		KT vs. KB	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: 0,01	- 0,37; 0,38	n. s.
		VT vs. PP	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,05	- 0,50; 0,41	n. s.
		VT vs. ÜB	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,19	- 0,67; 0,26	n. s.
		VT vs. WL	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,72	- 1,21; - 0,23	s. s.
		VT vs. KB	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,13	- 0,61; 0,35	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Kognitive Verhaltenstherapie vs. Antidepressiva								
Cox 2014 ^a [37], Kinder und Jugendliche	Veränderung depressiver Symptome	KVT vs. Antidepressiva	1 (TADS 2004)	12 Wo; CDRS-R (Kliniker)	111 vs. 109	MD: 5,76	3,46; 8,06	s. s.
			1 (TADS 2004)	Follow-up 1 (18 Wo); CDRS-R (Kliniker)	111 vs. 109	MD: 0,05	- 2,11; 2,21	n. s.
			1 (TADS 2004)	Follow-up 2 (36 Wo); CDRS-R (Kliniker)	111 vs. 109	MD: 0,90	- 0,93; 2,73	n. s.
			2 (Melvin 2006, TADS 2004)	12 Wo, RADS (Selbstbericht)	133 vs. 122	SMD: 0,16	- 0,69; 1,01	p = 0,71
			2 (Melvin 2006, TADS 2004)	Follow-up 1 (18 Wo, 6 Mo); RADS (Selbstbericht)	133 vs. 135	SMD: - 0,04	- 0,51; 0,42	p = 0,85
			1 (TADS 2004)	Follow-up 2 (36 Wo); RADS (Selbstbericht)	111 vs. 109	MD: 0,5	- 2,74; 3,74	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Depression (<i>Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up</i>)		inkludierte Studien NMAs Psychotherapie: Bernstein 2000, Brent 1997, Charkandeh 2016, Clarke 1999, 2002, Cornelius 2009, Curtis 1992, Deas 2000, Diamond 2002, Dietz 2015, Eskin 2008, Fine 1994, ADAPT 2008, 2017, Iftene 2015, Israel 2013, Kobak 2015, Lewinsohn 1990, Luby 2012,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs		Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
						N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Mandoki 1997, TADS 2004, Melvin 2006, Mufson 1999, 2004, Poole 2018, Reed 1994, Riggs 2007, Rohde 2004, Rossello 1999, Shirk 2014, Tang 2009, Tompson 2017, Trowell 2007, Vostanis 1996, Weisz 2009, Wood 1996						
		KVT vs. Antidepressiva	NMA	k. A.	k. A.	SMD: 0,56	- 0,11; 1,23	n. s.	
		KVT (PLT) vs. Antidepressiva	NMA	k. A.	k. A.	SMD: 0,25*	- 1,23; 1,71*	n. s.	

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		VT vs. Antidepressiva	NMA	k. A.	k. A.	SMD: 1,07	- 0,46; 2,60	n. s.
	(gepaarte Meta- Analyse)	KVT vs. Antidepressiva	1 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 220	SMD: 0,67	0,40; 0,97	s. s.
Kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva								
Cox 2014 ^a [37], Kinder und Jugendliche	Veränderung depressiver Symptome	KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva	2 (ADAPT 2007, TADS 2004)	12 Wo; CDRS-R (Kliniker)	207 vs. 208	MD: - 0,27	- 4,95; 4,41	p = 0,91
			2 (ADAPT 2007, TADS 2004)	Follow-up 1 (18-28 Wo); CDRS-R (Kliniker)	205 vs. 203	MD: - 0,27	- 2,26; 1,72	p = 0,79
			1 (TADS 2004)	Follow-up 2 (36 Wo); CDRS-R (Kliniker)	107 vs. 109	MD: - 0,70	- 2,46; 1,06	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			5 (ADAPT 2007, Clarke 2005, Kim 2012, Melvin 2006, TADS 2004)	12 Wo; CES-D, BDI, MFQ, RADS	341 vs. 342	SMD: - 0,14	- 0,36; 0,09	p = 0,23
			4 (ADAPT 2007, Clarke 2005, Melvin 2006, TADS 2004)	Follow-up 1 (18 Wo–6 Mo); CES-D, MFQ, RADS	307 vs. 303	SMD: - 0,06	- 0,28; 0,17	p = 0,62
			2 (Clarke 2005, TADS 2004)	Follow-up 2 (36–52 Wo); CES-D, RADS	184 vs. 184	SMD: - 0,26	- 0,46; - 0,05	p = 0,01
Dubicka 2010 [40], Jugendliche	Veränderung depressiver Symptome	KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva	2 (TADS 2004, ADAPT 2007)	26–36 Wo, CDRS-R	180 vs. 168	WMD: - 0,04*	- 2,73; 2,66*	n. s.
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up)		inkludierte Studien NMAs Psychotherapie: Bernstein 2000,					

(Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Brent 1997, Charkandeh 2016, Clarke 1999, 2002, Cornelius 2009, Curtis 1992, Deas 2000, Diamond 2002, Dietz 2015, Eskin 2008, Fine 1994, ADAPT 2008, 2017, Iftene 2015, Israel 2013, Kobak 2015, Lewinsohn 1990, Luby 2012, Mandoki 1997, TADS 2004, Melvin 2006, Mufson 1999, 2004, Poole 2018,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Reed 1994, Riggs 2007, Rohde 2004, Rossello 1999, Shirk 2014, Tang 2009, Tompson 2017, Trowell 2007, Vostanis 1996, Weisz 2009, Wood 1996					
		KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,22*	- 0,86; 0,42*	n. s.
	(gepaarte Meta- Analyse)	KVT + Antidepressiva vs. Antidepressiva	2 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 415	SMD: - 0,21*	- 1,00; 0,58*	n. s.
Interpersonelle Psychotherapie vs. psychologisches Placebo, übliche Behandlung, Warteliste								
Davaasambu 2020 [39], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis -ende)	IPT vs. Kontrolle (WL, ÜB ^b)	3 (Bolton 2007, Thurman 2017, Thurman 2017 [Mädchen])	k. A. k. A. k. A.	533 vs. 505	SMD: - 0,23	- 0,60; 0,13	p = 0,21

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Liang 2020 [42], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis -ende)		inkludierte Studien NMAs: Becker- Weidman, 2010, Biegel 2009, Carter 2015, Chu 2016, Dabidy Roshan 2011, Fine 1991, Fristad 2019, Gunlicks-Stoessl 2011, Hayes 2011, Hoek 2012, Hughes 2013, Israel 2013, Jeong 2005, Kerfoot 2004, Manassis 2010, Merry 2012, Mohammadi MJAJob 2011, Mufson 2004,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		IPT vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 1,38	- 2,56; - 0,20	s. s.
		IPT vs. WL	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 1,51	- 2,63; - 0,38	s. s.
		IPT vs. ÜB ^b	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,94	- 1,72; - 0,17	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs		Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
						N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Pu 2017 [44], Kinder und Jugendliche	Depression <i>(Veränderung von Interventionsbeginn bis -ende)</i>	IPT vs. Kontrolle	7 (Bolton 2007; Mufson 2004, 1999; Rossello 1999; Tang 2009; Young 2006, 2010)	6–16 Wo; APAI, HAMD-24, CDI-27, BDI-21, CES-D	279 vs. 248	SMD: - 0,74	- 0.91; - 0.56	p < 0,00001	
		IPT vs. Kontrolle	2 (Young 2006, 2010)	6–18 Mo; CES-D	61 vs. 28	SMD: - 0,75	- 1,21; - 0,29	p = 0,001	
		IPT vs. WL	2 (Bolton 2007; Rossello 1999)	13–18 Mo; APAI, CDI-27	124 vs. 122	SMD: - 0,58	- 0.84; - 0.33	p < 0,001	
		IPT vs. PP	1 (Mufson 1999)	12–18 Mo; HAMD-24	24 vs. 24	SMD: - 0,72	- 1,31; - 0,13	p = 0,020	
		IPT vs. ÜB ^b	5 (Mufson 2004; Tang 2009; Young 2006, 2010)	11–18 Mo; HAMD-24, BDI-21, CES-D	131 vs. 102	SMD: - 0,92	- 1,20; - 0,64	p < 0,001	
Subgruppen nach Kontrollintervention									

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Subgruppen nach Format der Therapie		IPT Einzel- und Gruppentherapie vs. Kontrolle	2 (Young 2006, 2010)	11 – 17 Mo; CES-D	62 vs. 35	SMD: - 1,07	- 1,51; - 0,63	p < 0,001
		IPT Einzeltherapie vs. Kontrolle	4 (Mufson 1999, 2004; Rossello 1999; Tang 2009)	12 – 18 Mo; HAMD- 24, CDI-27, BDI-21	112 vs. 109	SMD: - 0,81	- 1,09; - 0,54	p < 0,001
		IPT Gruppen- therapie vs. Kontrolle	1 (Bolton 2007)	APAI	105 vs. 104	SMD: - 0,53	- 0,81; - 0,26	p < 0,001
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up)		inkludierte Studien NMAs Psychotherapie: Bernstein 2000, Brent 1997, Charkandeh 2016, Clarke 1999, 2002, Cornelius 2009, Curtis 1992, Deas 2000,					

(Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Trowell 2007, Vostanis 1996, Weisz 2009, Wood 1996					
		IPT vs. PP	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,70	- 1,29; - 0,12	s. s.
		IPT vs. ÜB ^b	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,66	- 1,22; - 0,09	s. s.
		IPT vs. WL	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 1,37	- 2,04; - 0,70	s. s.
	(gepaarte Meta- Analyse)	IPT vs. PP	2 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 86	SMD: - 0,69	- 1,14; - 0,65	s. s.
	(gepaarte Meta- Analyse)	IPT vs. ÜB ^b	2 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 136	SMD: - 0,84	- 1,19; - 0,48	s. s.
	(gepaarte Meta- Analyse)	IPT vs. WL	1 (k. A.)	k. A.	Gesamt: 37	SMD: - 0,90	- 1,58; - 0,22	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Zhou 2015 [48], Kinder und Jugendliche	Depression (<i>Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up</i>)		Ackerson 1998, Asarnow 2002, Bolton 2007, Brent 2007, Butler 1980, Clarke 1995, 1999, 2001, 2002, Curtis 1992, Dana 1998, De Cuyper 2004, Diamond 2002, 2010, Eskin 2008, Ettelson 2003, Fine 1991, Fischer 1995, Fleming 2012, Hickman 1994, Hoek 2012, Israel 2013, Jeong 2005, Kahn 1990, Kerfoot 2004, Lewinsohn 1990, Liddle 1990,	post treatment				

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Listug-Lunde 2004, Marcotte 1993, McCarty 2013, Merry 2012, Moldenhauer 2004, Mufson 1999, 2004, Phillips 2004, Reed 1994, Reivich 1996, Reynolds 1986, Roberts 2003, Rohde 2004, Rossello 1999, 2008, Spence 2003, Stark 1987, Stice 2010, Tang 2009, Trowell 2007, Vostanis 1996,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Weisz 1997, Wood 1996, Young 2006, 2010					
		IPT vs. PP	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,60	- 1,03; - 0,18	s. s.
		IPT vs. ÜB ^b	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,68	- 1,04; - 0,32	s. s.
		IPT vs. WL	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,96	- 1,36; - 0,57	s. s.
		IPT vs. keine Behandlung	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,50	- 1,01; 0,01	n. s.
		IPT vs. PP	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,38	- 0,91; 0,17	n. s.
		IPT vs. ÜB ^b	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,52	- 0,98; - 0,06	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		IPT vs. WL	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 1,05	- 1,66; - 0,44	s. s.
		IPT vs. keine Behandlung	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,46	- 1,01; 0,01	n. s.
Interpersonelle Psychotherapie vs. Antidepressiva								
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up)		inkludierte Studien NMAs Psychotherapie: Bernstein 2000, Brent 1997, Charkandeh 2016, Clarke 1999, 2002, Cornelius 2009, Curtis 1992, Deas 2000, Diamond 2002, Dietz 2015, Eskin 2008, Fine 1994, ADAPT 2008,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			2017, Iftene 2015, Israel 2013, Kobak 2015, Lewinsohn 1990, Luby 2012, Mandoki 1997, TADS 2004, Melvin 2006, Mufson 1999, 2004, Poole 2018, Reed 1994, Riggs 2007, Rohde 2004, Rossello 1999, Shirk 2014, Tang 2009, Tompson 2017, Trowell 2007, Vostanis 1996, Weisz 2009, Wood 1996					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		IPT vs. Antidepressiva	NMA	k. A.	k. A.	SMD: 0,13*	- 0,74; 1,00*	n. s.
Psychodynamische Psychotherapie vs. psychologisches Placebo, übliche Behandlung, Warteliste								
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up)		inkludierte Studien NMAs Psychotherapie: Bernstein 2000, Brent 1997, Charkandeh 2016, Clarke 1999, 2002, Cornelius 2009, Curtis 1992, Deas 2000, Diamond 2002, Dietz 2015, Eskin 2008, Fine 1994, ADAPT 2008, 2017, Iftene 2015, Israel 2013,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		DYN vs. PP	NMA	Kobak 2015, Lewinsohn 1990, Luby 2012, Mandoki 1997, TADS 2004, Melvin 2006, Mufson 1999, 2004, Poole 2018, Reed 1994, Riggs 2007, Rohde 2004, Rossello 1999, Shirk 2014, Tang 2009, Tompson 2017, Trowell 2007, Vostanis 1996, Weisz 2009, Wood 1996	k. A.	SMD: 0,08	- 0,67; 0,84	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		DYN vs. ÜB ^b	NMA	k. A.	k. A.	SMD: 0,13	- 0,68; 0,94	n. s.
		DYN vs. WL	NMA	k. A.	k. A.	SMD: - 0,58	- 1,42; 0,25	n. s.
	(gepaarte Meta-Analyse)	DYN vs. PP	1 (k. A.)		Gesamt : 220	SMD: - 0,02	- 0,28; 0,25	n. s.
Zhou 2015 [48], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up)		Ackerson 1998, Asarnow 2002, Bolton 2007, Brent 2007, Butler 1980, Clarke 1995, 1999, 2001, 2002, Curtis 1992, Dana 1998, De Cuyper 2004, Diamond 2002, 2010,	post treatment				

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Eskin 2008, Ettelson 2003, Fine 1991, Fischer 1995, Fleming 2012, Hickman 1994, Hoek 2012, Israel 2013, Jeong 2005, Kahn 1990, Kerfoot 2004, Lewinsohn 1990, Liddle 1990, Listug-Lunde 2004, Marcotte 1993, McCarty 2013, Merry 2012, Moldenhauer 2004, Mufson 1999, 2004, Phillips 2004, Reed 1994, Reivich 1996, Reynolds 1986,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs		Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende					
						N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert		
			Roberts 2003, Rohde 2004, Rossello 1999, 2008, Spence 2003, Stark 1987, Stice 2010, Tang 2009, Trowell 2007, Vostanis 1996, Weisz 1997, Wood 1996, Young 2006, 2010								
					DYN vs. PP	NMA	post treatment	k. A.	SMD: 0,35*	- 0,71; 1,39*	n. s.
					DYN vs. ÜB ^b	NMA	post treatment	k. A.	SMD: 0,27*	- 0,76; 1,29*	n. s.
					DYN vs. WL	NMA	post treatment	k. A.	SMD: - 0,01	- 1,05; 1,01	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		DYN vs. keine Behandlung	NMA	post treatment	k. A.	SMD: 0,45*	- 0,64; 1,52*	n. s.
		DYN vs. PP	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: 0,05	- 0,80; 0,92	n. s.
		DYN vs. ÜB ^b	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,09	- 0,88; 0,70	n. s.
		DYN vs. WL	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,63	- 1,53; 0,30	n. s.
		DYN vs. keine Behandlung	NMA	Follow-up	k. A.	SMD: - 0,03	- 0,89; 0,86	n. s.
Psychodynamische Psychotherapie vs. Antidepressiva								
Zhou 2020 [47], Kinder und Jugendliche	Depression (Veränderung von Interventionsbeginn bis Follow-up)		inkludierte Studien NMAs Psychotherapie: Bernstein 2000, Brent 1997,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
			Charkandeh 2016, Clarke 1999, 2002, Cornelius 2009, Curtis 1992, Deas 2000, Diamond 2002, Dietz 2015, Eskin 2008, Fine 1994, ADAPT 2008, 2017, Iftene 2015, Israel 2013, Kobak 2015, Lewinsohn 1990, Luby 2012, Mandoki 1997, TADS 2004, Melvin 2006, Mufson 1999, 2004, Poole 2018, Reed 1994, Riggs 2007, Rohde 2004,					

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
		DYN vs. Antidepressiva	Rossello 1999, Shirk 2014, Tang 2009, Tompson 2017, Trowell 2007, Vostanis 1996, Weisz 2009, Wood 1996 NMA	k. A.	k. A.	SMD: 0,92	- 0,08; 1,91	n. s.
Psychotherapie generell vs. Kontrolle (Warteliste, übliche Behandlung, andere Behandlung, beispielsweise Informationsbroschüre)								
Cuijpers 2020 [38], Kinder und Jugendliche	Depression (Differenz Kontrolle – Intervention nach der Intervention); pos. Wert spricht für Intervention	PT vs. Kontrolle	43	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,48	0,34; 0,63	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Subgruppen nach Alter		PT vs. Kontrolle	Kinder: 15 (Asarnow 2002, DeCuyper 2004, Gillham 2006, Kahn 1990 [2 Arme], Liddle 1990, Listug- Lunde 2013, Luby 2012, McCarty 2013, Stark 1987 [2 Arme], Vostanis 1996a, Weisz 1997, 2009, Yu 2002)	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,35	0,15; 0,55	s. s.
		PT vs. Kontrolle	Jugendliche: 28 (Ackerson 1998, Bolton 2007, Charkandeh 2016, Clarke 1995, 1999 [2 Arme], 2001, 2002,	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,55	0,34; 0,75	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Subgruppen nach Art der Kontrolle		PT vs. WL	Kinder und Jugendliche: 19	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,74	0,46; 1,02	s. s.
		PT vs. ÜB ^b	Kinder und Jugendliche: 15	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,24	0,11; 0,37	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Langzeiteffekte		PT vs. andere	Kinder und Jugendliche: 9	k. A.	k. A.	Hedges g: 0,44	0,13; 0,76	s. s.
		PT vs. Kontrolle	Kinder und Jugendliche: 9	Zeitpunkt: 6–8 Mo	k. A.	Hedges g: 0,27	- 0,17; 0,70	n. s.
			Kinder und Jugendliche: 8	Zeitpunkt: 9–12 Mo	k. A.	Hedges g: 0,09	- 0,10; 0,28	n. s.
			Kinder und Jugendliche: 9	Zeitpunkt: 13–24 Mo	k. A.	Hedges g: 0,04	- 0,11; 0,19	n. s.
			Kinder und Jugendliche: 3	Zeitpunkt: < 24 Mo	k. A.	Hedges g: 0,08	- 0,47; 0,63	n. s.
a enthält Daten aus Studien, in denen die Population teilweise weitere Erkrankungen hatte, z. B. soziale Phobien, Angststörungen b nicht genauer beschrieben * Wir berechneten den Kehrwert, um die Richtung des Vergleichs korrekt widerzuspiegeln.								

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Ergebnisse zu Veränderung depressiver Symptome (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Abkürzungen: ADAPT: Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial; APAI: Acholi Psychosocial Assessment Instrument; BDI: Beck Depression Inventory; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CDI: Children’s Depression Inventory; CDRS-R: Children’s Depression Rating Scale (revised) CKVT: computerbasierte kognitive Verhaltenstherapie; DYN: psychodynamische Psychotherapie; HAMD: Hamilton Rating Scale for Depression; IPT: interpersonelle Psychotherapie; k. A.: keine Angabe; KT: kognitive Therapie; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; KI: Konfidenzintervall; MBT: Minduflness-based Therapy (achtsamkeitsbasierte Therapie); MD: mittlere Differenz; MFW: Mood and Feelings Questionnaire; Mo: Monate; N: Anzahl Personen; NMA: Netzwerk-Metaanalyse; n. s.: nicht statistisch signifikant; p: p-Wert; PLT: Problemlösungstherapie; PT: Psychotherapie; PP: psychologisches Placebo; PQ-LES-Q: Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; RADS: Reynolds Adolescent Depression Scale; SMD: standardisierte mittlere Differenz; s. s.: statistisch signifikant; TADS: Treatment for Adolescents with Depression Study; ÜB: übliche Behandlung; vs.: versus; VT: Verhaltenstherapie; WL: Warteliste; Wo: Wochen								

A3.3.6 Funktionsfähigkeit

Nachfolgende Tabelle stellt alle relevanten Daten zum Endpunkt „Funktionsfähigkeit“ von Kindern und Jugendlichen dar. Zum Vergleich KVT mit keiner aktiven Behandlung konnte keine Evidenz identifiziert werden. Ergebnisse liegen zum Vergleich KVT versus Antidepressiva-Behandlung (kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden) [37] und zu KVT als Add-on vor (kurz- bis mittelfristig: kein Anhaltspunkt für Nutzen / Schaden; langfristig Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen) [37,40]. Ebenso sind Daten zum Vergleich interpersonelle Psychotherapie versus inaktive Kontrollintervention vorhanden (Hinweis für einen Nutzen) [44]. Zum Vergleich interpersonelle Psychotherapie mit Antidepressiva oder als Add-on konnte keine Evidenz eruiert werden. Auch was die psychodynamische Psychotherapie betrifft, liegen keine Ergebnisse zur Funktionsfähigkeit vor.

Tabelle 19: Ergebnisse zu Funktionsfähigkeit

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala (Richtung, Umfang)	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Kognitive Verhaltenstherapie vs. Antidepressiva								
Cox 2014 ^a [37] Kinder und Jugendliche	Funktionsfähigkeit (Veränderung Score von Beginn bis Interventionsende)	KVT vs. Antidepressiva	1 (Melvin 2006)	12 Wo; GAF	21 vs. 21	MD: 2,19	- 3,36; 7,74	n. s.
			1 (Melvin 2006)	Follow-up 1 (6 Mo); GAF	17 vs. 20	MD: - 0,39	- 6,66; 5,88	n. s.
Kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressiva vs. Antidepressiva								
Cox 2014 ^a [37] Kinder und Jugendliche	Funktionsfähigkeit (Veränderung Score von Beginn bis Interventionsende)	KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	3 (ADAPT 2007, Clarke 2005, Melvin 2006)	Interventions- ende (6 – 12 Wo nach Beginn); C- GAS, GAF	200 vs. 196	MD: 0,09	- 0,11; 0,28	p = 0,39
			3 (ADAPT 2007, Clarke 2005, Melvin 2006)	Follow-up 1 (6 Monate nach Beginn); C- GAS, GAF	196 vs. 189	MD: 0,08	- 0,12; 0,28	p = 0,42
			1 (Clarke 2005)	Follow-up (52 Wo nach Beginn); C- GAS	77 vs. 75	MD: 3,00	0,40; 5,60	s. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Ergebnisse zu Funktionsfähigkeit (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala (Richtung, Umfang)	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Dubicka 2010 [40] Jugendliche	Funktionsfähigkeit (k. A.)	KVT + Antide- pressiva vs. Antidepressiva	1 (ADAPT 2007)	12 Wo (C - GAS)	101 vs. 100	MD: 1,40*	- 2,26; 5,06*	n. s.
			1 (TADS 2004)	12 Wo (C - GAS)	95 vs. 98	MD: 4,49*	1,13; 7,85*	s. s.
			1 (Clarke 2005)	12 Wo (C - GAS)	61 vs. 61	MD: 1,80*	- 1,68; 5,82*	n. s.
			3 (TADS 2004; Clarke 2005; ADAPT 2007)	26–36 Wo, C - GAS	245 vs. 231	WMD: 1,28*	- 0,84; 3,40*	0,24
			2 (TADS 2004; ADAPT 2007)	12 Wo, HoNOSCA	184 vs. 187	WMD: - 1.17*	- 2.59; 0,24*	0,10
			3 (TADS 2004; Clarke 2005; ADAPT 2007)	26–36 Wo, Follow-up (C - GAS)	245 vs. 231	WMD: 1,28*	- 0,84; 3,4*	0,24
			1 (ADAPT 2007)	26–36 Wo, Follow-up (HoNOSCA)	98 vs. 95	MD: 0,9*	- 1,48; 3,28*	n. s.

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Ergebnisse zu Funktionsfähigkeit (Fortsetzung)

Autorin / Autor, Jahr	Endpunkt (Definition)	Betrachteter Vergleich	Anzahl betrachteter RCTs	Messzeitpunkt Interventionsende, Skala (Richtung, Umfang)	Intervention vs. Vergleich am Studienende			
					N Intervention vs. Kontrolle	Differenz	[95 %-KI]	p-Wert
Interpersonelle Psychotherapie vs. psychologisches Placebo, übliche Behandlung oder Warteliste								
Pu 2017 [44] Kinder und Jugendliche	Funktionsfähigkeit / Lebensqualität (Veränderung Score von Beginn bis Interventionsende)	IPT vs. PP/ÜB ^b /WL	5 (Bolton 2007; Mufson 2004; Rossello 1999; Young 2006, 2010)	10–16 Wo, selbstent- wickeltes Erhebungs- instrument, C - GAS, SASCA (höherer Wert = Verbesserung)	221 vs. 186	SMD: 0,53	0,21; 0,85	0,001
a enthält Daten aus Studien, in denen die Population weitere Erkrankungen hatte, z. B. soziale Phobien, Angststörungen b nicht genauer beschrieben *Wir berechneten den Kehrwert, um die Richtung des Vergleichs korrekt widerzuspiegeln Abkürzungen: ADAPT: Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial; C-GAS: Children’s Global Assessment Scale; GAF: Global Assessment of Functioning; HAMD: Hamilton Rating Scale for Depression; HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents; k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall, KVT: kognitive Verhaltenstherapie; N: Anzahl Personen; n. s.: nicht statistisch signifikant; PP: psychologisches Placebo; RCT: Randomisierte kontrollierte Studie; SASCA: Social Adjustment Scale for Children and Adolescents; SMD: standardisierte mittlere Differenz; s. s.: statistisch signifikant; SSRI: Serotonin- Wiederaufnahme-Hemmer; ÜB: übliche Behandlung; vs.: versus; WL: Warteliste; WMD: gewichtete mittlere Differenz; Wo: Wochen								

A3.3.7 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Keine der relevanten SÜs berichtete Ergebnisse für den Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität.

A3.3.8 Unerwünschte Ereignisse

Keine der relevanten SÜs berichtete Ergebnisse für den Endpunkt unerwünschte Ereignisse.

A3.3.9 Patientenzufriedenheit mit der Therapie

Keine der relevanten SÜs berichtete Ergebnisse zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Therapie.

A3.3.10 Metaanalysen

Im Zuge dieses HTA-Berichtes wurden keine eigenen Metaanalysen vorgenommen, sondern Resultate von Metaanalysen aus SÜs narrativ zusammengefasst und tabellarisch dargestellt.

A3.3.11 Sensitivitätsanalysen

Im Zuge dieses HTA-Berichtes erfolgten auch keine Sensitivitätsanalysen, da ohnehin nur SÜs mit guter Qualität eingeschlossen und ausschließlich Ergebnisse aus darin berichteten RCTs extrahiert wurden, insofern diese den vorab definierten Einschlusskriterien dieses HTA-Berichtes entsprachen.

A4 Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung

A4.1 Bestimmung der Interventionskosten

Vor Auflistung der Interventionskosten sind die Therapiepläne und Behandlungsalgorithmen für die verschiedenen Interventionen abzuklären. Da einige Interventionen im klinischen Alltag kombiniert werden – beispielsweise kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie oder weitere Psychotherapieformen mit Entspannungstherapien –, lassen sich auch die jeweiligen Kosten dafür kombinieren. Jedoch sind gemäß § 19 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und systemische Therapie nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann [13]. Das schließt aber nicht aus, die verschiedenen Therapien stufenweise anzuwenden: Bei Nichtansprechen auf einen KVT-Behandlungszyklus kann also die Patientin oder der Patient beispielsweise eine psychodynamische Psychotherapieform erhalten [6].

Zusätzlich ist es essenziell, interventionsspezifische Charakteristika der Behandlung zu berücksichtigen. Die Perspektive der Kostenträgerschaft (beispielsweise Gesetzliche Krankenversicherung, GKV-Versichertengemeinschaft, Sozialversicherung) sowie die Kostenübernahmesätze der Krankenversicherungen haben Einfluss auf die Kostenzusammensetzungen der Interventionen. Auch die Länge der Therapie wirkt sich entsprechend aus. Der Fokus des vorliegenden HTA-Berichtes liegt auf den psychotherapeutischen Verfahren bei depressiven Episoden und rezidivierender Depression von Kindern und Jugendlichen. Die Interventionskosten für die jeweiligen Interventionen werden im Folgenden für einen Behandlungszyklus in der Akutphase einer Depression aufgelistet, das heißt 6 bis 12 Wochen (nicht zu verwechseln mit einer Akutbehandlung gemäß § 13 der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie, welche bei akutem Verdacht auf eine Depression insbesondere zur frühzeitigen Vermeidung von Chronifizierung oder Entlastung von akuter psychischer Symptomatik angewendet wird und keine spezifische Therapieform oder Richtlinien-therapie darstellt).

Um die Kosten der verschiedenen Interventionen vergleichbar zu machen, wird auch versucht, vergleichbare Behandlungszeiträume heranzuziehen. Zwar können bei rezidivierender Depression oder längerfristigen Interventionsformen langfristig auch Kosten für die Erhaltungs-therapie und die Langzeit- beziehungsweise Rezidivprophylaxe eine Rolle spielen [182]. Diese finden hier aber keine Berücksichtigung, da die Kosten in der Erhaltungsphase aufgrund des unterschiedlichen Depressionsgrads der Patientinnen und Patienten und folglich der unterschiedlichen Anzahl an benötigten Leistungen stark schwanken. Nur die Kosten der Akutphase beziehungsweise jene für eine Kurzzeittherapie (KZT) zu betrachten, liegt auch darin begründet, dass sich die empfohlene Dauer bei verschiedenen Interventionen – vor

allem psychotherapeutischen Ansätzen – sehr stark unterscheiden kann, wenig Evidenz zur tatsächlichen Dauer der Inanspruchnahme in der Praxis vorliegt und sich die Definition von Rückfällen beziehungsweise Rezidiven in den Studien unterscheidet [6].

Die S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (kurz S3-Leitlinie) empfiehlt, „Kinder und Jugendliche im Regelfall ambulant“ zu behandeln beziehungsweise eine ambulante Behandlung zuerst in Erwägung zu ziehen [6]. Demnach wird die Kostenaufstellung für einen ambulanten Kontext gemacht. Eine (teil-)stationäre Behandlung ist indiziert bei erhöhter Suizidalität, erheblichem Mangel an Ressourcen, erheblichen psychosozialen Belastungen oder erheblichen Funktionseinschränkungen. Dies steht jedoch nicht im Fokus des vorliegenden Berichtes. Es sei aber angemerkt, dass das Interventionssetting bei der Höhe der Kosten eine relevante Rolle spielt: Ambulante Leistungen verursachen demnach meist niedrigere Kosten als vergleichbare stationäre Leistungen. Aufgrund von individuellen Bedürfnissen abhängigen Leistungen und der fehlenden Vergleichbarkeit der Interventionen scheint eine durchschnittliche Kostenkalkulation für einen längeren Zeitraum wenig sinnvoll.

Nachfolgend wird die Perspektive der GKV-Versichertengemeinschaft eingenommen [183]. Nicht erstattungsfähige direkte nicht medizinische Kosten finden keine, direkte nicht medizinische Kosten mit Erstattungsfähigkeit nur bei klarer Zurechenbarkeit zu einer Therapie und Verfügbarkeit der Daten Berücksichtigung. Bei den aufgestellten Interventionskosten geht man von der Einhaltung des Behandlungsplans und der assoziierten Kosten aus. Somit werden die Interventionskosten nach einem intendierten Behandlungsansatz berechnet und keine Opportunitätskosten infolge einer Nichteinhaltung des Therapieplans berücksichtigt. Darüber hinaus sind ausschließlich die Kosten eines Behandlungszyklus der jeweiligen Intervention angeführt, da die Entscheidung über einen möglichen weiteren Behandlungszyklus mit derselben Intervention von deren Wirksamkeit abhängt.

Zur Bestimmung der Interventionskosten werden die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche herangezogen, die jeweils direkt bei Anwendung der Prüf- und Vergleichsintervention anfallen. Hierbei finden auch unmittelbar mit der Anwendung einhergehende Leistungen Berücksichtigung. Soweit möglich, werden die jeweils relevanten regulierten oder verhandelten Preise angesetzt, zum Beispiel aus der Datenbank der IFA, dem EBM, dem DRG-Katalog, der Lauer-Taxe (Lauer-Fischer GmbH) sowie ähnlich geeigneten Aufstellungen der Rentenversicherung oder des Statistischen Bundesamtes.

Für anfallende Leistungen, die keiner klaren Regulierung oder Preisverhandlung unterliegen und nicht in oben angeführten oder weiteren Datenbanken beziehungsweise Gebührenordnungen wie beispielsweise jener der Ärztinnen und Ärzte (GOÄ) [184] zu finden sind, wurden Leistungsanbieter direkt angefragt und sonstige Internetrecherchen (Hersteller) vorgenommen. Für die IPT erfolgten Anfragen an 9 Universitätskliniken mit dem Fokus auf

Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie an die Deutsche Gesellschaft für Interpersonelle Psychotherapie mit der Bitte um Auskunft über Behandlungsabläufe, Kosten und Abrechnungsmodalitäten (eine beispielhafte Anfrage findet sich in Kapitel A10). Von diesen 10 Anfragen wurden 2 beantwortet. Die DG-IPT stellte Informationen zur Therapie selbst, aber auch zur Abrechnungspraxis bereit.

Bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, wurde die Betrachtung auf die durchschnittlich pro Patientin oder Patient jährlich anfallenden Kosten limitiert. Erstattungsfähige und nicht erstattungsfähige medizinische Kosten sind getrennt ausgewiesen. Sollten erhobene Preise und Kosten nicht dem Betrachtungsjahr (2020) entsprechen, erfolgt deren Inflationsanpassung durch den Harmonisierten Verbraucherpreisindex (HVPI) des Statistischen Bundesamtes Deutschland [152].

Behandlungsplan und -ablauf

Bei der Behandlung einer depressiven Episode (F32) beziehungsweise rezidivierenden depressiven Störung (F33) ist es essenziell, die individuellen Umstände miteinzubeziehen. Kinder und Jugendliche leiden häufig unter Begleiterscheinungen – bei Kindern sind sie oft somatischer Art, während man bei Jugendlichen eher suizidale Gedanken oder suizidales Verhalten, Schlafprobleme oder Selbstzweifel verzeichnet. Somit kann es bei nachfolgender Auflistung der Interventionskosten zu Abweichungen der Kosten im Vergleich zum klinischen Alltag kommen. Zwar gibt die aktuelle Leitlinie für Kinder unter 8 Jahren aktuell keine konkrete Behandlungsempfehlung ab; doch es ist davon auszugehen, dass Kinder unter 8 Jahren gemäß S3-Leitlinie behandelt werden und die damit verbundenen Kosten ähnlich der Kosten von Behandlungen bei älteren Kindern und Jugendlichen sind [6].

Für die Aufstellung der Kosten wird weiters angenommen, dass unabhängig von der Therapieform bereits eine Depression F32 beziehungsweise F33 nach ICD-10 diagnostiziert wurde. Folglich finden die Kosten für eine Erstdiagnose hier keinen Niederschlag. Beispielsweise ist vor einer psychotherapeutischen Behandlung gemäß Psychotherapie-Richtlinie eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen [13], die der Abklärung dient, ob Verdacht auf eine Depression vorliegt und weitere fachspezifische Schritte notwendig sind. Nicht berücksichtigt werden hier die Kosten für sämtliche prätherapeutische diagnostische Maßnahmen zur Feststellung einer Depression durch dafür ausgebildetes Fachpersonal – beispielsweise die psychiatrische Grundpauschale – oder die Kosten für prätherapeutische allgemeinmedizinische Maßnahmen sowohl vor psychotherapeutischen als auch pharmakologischen Interventionen. Speziell bei Kindern gilt es weiters, eine Bezugsperson in die Behandlungsschritte einzubeziehen [6]. Dafür stehen bei psychotherapeutischen Interventionen zusätzliche Therapieeinheiten im Verhältnis 1:4 zur Verfügung. Auch diese Kosten finden hier keine Berücksichtigung, da sich die Notwendigkeit solcher zusätzlichen Therapieeinheiten individuell als sehr unterschiedlich erweisen kann.

Laut S3-Leitlinie sind zu Beginn der therapeutischen Maßnahme mit den Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen Zielkriterien der Therapie festzulegen [6]. Auch sollte eine regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolges stattfinden, der sich allerdings frühestens nach 4 Wochen durch die Kinder und Jugendlichen selbst, ihre Bezugspersonen und die Behandelnden einschätzen lässt. Sollte sich nach 12 Wochen keine klinisch signifikante Verbesserung ergeben beziehungsweise hat sich nach 4 Wochen Pharmakotherapie keine Response eingestellt, kann eine Veränderung der Behandlungsweise vorgenommen werden. Die verlaufsdagnostischen Maßnahmen – darunter probatorische Sitzungen, Zwischen- und Abschlussgespräche sowie Verlaufskontrolle – finden bei der Berechnung Berücksichtigung. Insgesamt wird in der unten angeführten Kostenaufstellung ein Behandlungszeitraum von mindestens 6 bis maximal 12 Wochen angenommen, abhängig von der jeweiligen Behandlungsform.

A4.1.1 Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie

Bei einer KVT werden, wie der Name andeutet, kognitive Techniken und Elemente mit behavioralen Therapieansätzen kombiniert. Neben den Verhaltensmustern und körperlichen Reaktionen steht die Betrachtung von Denkmustern und gedanklichen Bewertungen des Erlebten im Fokus. Bei älteren Kindern und Jugendlichen mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Erkrankung stellt die KVT – neben der interpersonellen Psychotherapie – die Behandlung 1. Wahl dar. Wie erwähnt, ist einer Psychotherapie Vorrang zu geben, da eine Pharmakotherapie zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen führen könnte. Allerdings wird im klinischen Alltag bei Vorliegen einer schweren Depression eine Kombinationstherapie in Erwägung gezogen. Die KVT lässt sich gemäß Richtlinie über die Durchführung einer Psychotherapie des G-BA zulasten der Krankenkassen abrechnen und stellt folglich eine Richtlinien-therapie gemäß § 15 dar [13]. Einige klinische Studien und Behandlungsleitlinien empfehlen die kognitive Verhaltenstherapie als Einzeltherapie mit 12 bis 16 Sitzungen à 50 bis 60 Minuten über einen Zeitraum von 7 bis 16 Wochen [6,58,185,186]. Für Gruppentherapien wird ein ähnlicher Behandlungszeitraum angeraten: 12 Wochen und 12 bis 16 Sitzungen zu jeweils 120 Minuten [6,187]. Auf Basis des Behandlungsalgorithmus in der S3-Leitlinie wird für die KVT ein Zeitraum von 12 Wochen mit 12 Sitzungen angenommen. Pro Sitzung zu je 50 Minuten listet der EBM einen berechnungsfähigen Betrag von 101,30 €.

Wie bereits ausgeführt, sollte gemäß S3-Leitlinie zu Beginn der therapeutischen Maßnahme mit den Kindern oder Jugendlichen und deren Bezugsperson Zielkriterien der Therapie festgelegt werden [6]. Das kann im Falle der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche in den probatorischen Sitzungen erfolgen, die vor einer Richtlinien-therapie vorgeschrieben sind. Diese 2 verpflichtenden Sitzungen à 50 Minuten (bei Kindern und Jugendlichen sind bis zu 6 möglich) dienen der weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, der weiteren

Indikationsstellung, der Feststellung der Eignung eines bestimmten Psychotherapieverfahrens, außerdem einer Abklärung der Motivation, Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Kindes beziehungsweise Jugendlichen. Hierbei ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugsperson vorgesehen [13]. Die Abrechnungskosten für die probatorischen Sitzungen mit der EBM-Nr. 35150 belaufen sich auf 77,90 € pro vollendete 50 Minuten jeweils für mindestens 2 bis zu maximal 6 Einheiten je 50 Minuten. Der Bericht über die Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie ist im EBM mit dem Betrag 32,52 € unter der Nr. 35130 berechnungsfähig und fällt sowohl bei einer Gruppen- als auch bei einer Einzeltherapie an. Für die Überprüfung des Therapieerfolgs sollten regelmäßige Termine stattfinden. Hierbei kann die Gebührenordnungsposition Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und / oder Abklärung unter Anwendung fachspezifischer Methodik mit der Patientin oder dem Patienten und / oder der Bezugsperson angewendet werden. Da diese Position neben der KVT-GOP berechnet wird, ist eine mindestens 10 Minuten längere Kontaktzeit erforderlich als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben, um die Gebührenordnungsposition berechnen zu können – insgesamt also 20 Minuten. Folglich wird für die Verlaufskontrolle wöchentlich ein 20-minütiges Gespräch mit einem 10-minütigen Abschlussgespräch in der 12. Behandlungswoche stattfinden. Ein 10-minütiges Gespräch kann mit einem Betrag von 16,92 € abgerechnet werden. Sollten sich nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsamen Verbesserungen eingestellt haben, lässt sich eine Veränderung der Behandlungsmodalitäten vornehmen [6]. Die Gesamtkosten für eine KVT im Einzelsetting und 2 probatorische Sitzungen betragen 1793,08 € beziehungsweise für eine individuelle KVT als Einzeltherapie und maximal 6 probatorische Sitzungen 2104,68 €.

Tiefenpsychologische Psychotherapie

Die tiefenpsychologische Psychotherapie (TP) zählt zu den psychodynamischen Psychotherapieformen. Die nationale Leitlinie empfiehlt eine TP, sollte eine KVT nicht möglich oder nicht gewünscht sein [6]. Neben der VT ist die TP die in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung am häufigsten erbrachte Leistung [54]. Im Fokus der Behandlung steht die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Eine Kurzzeittherapie mit einer TP stellt eine Sonderform dar. Für die TP selbst gibt es eine eigene Gebührenordnungsposition im EBM. Die darüberhinausgehenden zusätzlichen GOP, die Annahmen des Behandlungspfads und die berechnungsfähigen Beträge entsprechen jenen der KVT. Die Gesamtkosten für die TP und 2 beziehungsweise 6 probatorische Sitzungen liegen zwischen 1793,08 € und 2104,68 €.

Analytische Psychotherapie

Die analytische Psychotherapie (APT) zählt wie die TP zu den psychodynamischen Psychotherapieformen und stellt das 3. in Deutschland anerkannte Verfahren dar. Die S3-

Leitlinie empfiehlt die Anwendung einer APT, sollte eine KVT nicht möglich oder gewünscht sein [6]. Wie bei TP und KVT gibt es für die APT eine eigene GOP im EBM. Die zusätzlichen GOP, die Annahmen des Behandlungspaths und die berechnungsfähigen Beträge sind dieselben wie für die KVT oder die APT. Die Gesamtkosten für die APT und 2 beziehungsweise 6 probatorische Sitzungen liegen zwischen 1793,08 € und 2104,68 €.

Interpersonelle Psychotherapie Adoleszente

Die interpersonelle Psychotherapie (IPT) geht davon aus, dass interpersonelle und psychosoziale Probleme im zwischenmenschlichen Kontext zu einer depressiven Entwicklung beitragen und mit dieser in gegenseitiger Wechselwirkung stehen [188]. Die IPT für Kinder und Jugendliche – auch IPT-Adoleszente (IPT-A) – ist speziell auf die Bedürfnisse depressiver Kinder und Jugendlicher ausgerichtet (Identitätsbildung, Autonomieentwicklung etc.). Die übergreifenden Ziele und angesprochenen Problembereiche der „klassischen“ IPT bleiben aber bestehen. Wie auch bei den anderen Therapieoptionen werden im Zuge der Behandlung Eltern / Erziehungsberechtigte miteinbezogen [189].

Internationale Versorgungsleitlinien empfehlen die IPT zur Behandlung unipolarer Depression, und 2006 wurde sie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) als relevante Behandlungsmethode gegen Depression sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen eingestuft [189]. Aus der vorliegenden Evidenz leitet auch die S3-Leitlinie eine starke Empfehlung zugunsten der IPT als Erstlinientherapie für ältere Kinder und Jugendliche ab (starker Empfehlungsgrad) [6]. In den Leistungskatalog der GKV wurde sie bis dato aber nicht aufgenommen und ist de jure nicht abrechnungsfähig. In der Folge findet die IPT häufiger im stationären Setting als im ambulanten Bereich Anwendung. Gemäß Auskunft der Deutschen Gesellschaft für Interpersonelle Psychotherapie liegt ein Antrag auf Aufnahme in den Leistungskatalog beim G-BA vor.

Allerdings wurde die IPT bereits in Selektivverträge großer Krankenkassen aufgenommen und lässt sich darüber sowie über Privatversicherungen zur Erstattung abrechnen. Gemäß einer Befragung von Leistungserbringern konnte das entsprechende Fachpersonal mit Kassenzulassung die IPT in der täglichen (ambulanten) Praxis bisher widerspruchsfrei als verhaltenstherapeutische Methode (vereinzelt auch als psychodynamisches Verfahren [55]) abrechnen. Die IPT-A wird in Tabelle 20 daher als teilweise erstattungsfähig angeführt, da sie nicht eigenständig gemäß Psychotherapierichtlinie des G-BA abzurechnen ist. Allerdings werden die Kosten aufgrund der vorher beschriebenen Möglichkeit in Tabelle 21 und Tabelle 22 der erstattungsfähigen Interventionen angeführt.

Bei Kindern und Jugendlichen umfasst die Therapie in der Regel 12 bis 16 Einzelsitzungen als Kurzzeittherapie à 50 Minuten. Um die Vergleichbarkeit mit den 3 anderen PT-Ansätzen zu gewährleisten, werden für die Kalkulation 12 Sitzungen à 50 Minuten angenommen. Im

ambulanten Alltag wird die Therapie als Richtlinien-therapie beziehungsweise mit der GOP für eine KVT mit einem Betrag von 101,30 € pro Sitzung abgerechnet. Daher geht die Kostenkalkulation der IPT-A auch von der Annahme aus, dass mindestens 2 verpflichtende probatorische Sitzungen zu je 50 Minuten stattfinden (genaue Beschreibung der Inhalte der probatorischen Sitzung siehe Kognitive Verhaltenstherapie). Die Abrechnungskosten für eine probatorische Sitzung mit der EBM-Nr. 35150 belaufen sich auf 77,90 € pro vollendete 50 Minuten; mindestens 2 bis maximal 6 Einheiten je 50 Minuten können beansprucht werden. Außerdem werden für die IPT auch Kosten in der Höhe von 32,52 € für einen Bericht über die Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie kalkuliert.

Die zusätzlichen Gebührenordnungspositionen für die Überprüfung des Therapieerfolgs und Verlaufskontrollen (12-mal) werden wie bei den 3 anderen optionalen Psychotherapieformen kalkuliert (GOP kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und / oder Abklärung unter Anwendung fachspezifischer Methodik mit Bezugsperson). Für die Verlaufskontrolle wird neben der IPT-spezifischen Verlaufskontrolle (zusätzliche Telefonkontakte bei IPT-A) ein wöchentliches 20-minütiges Gespräch, außerdem ein 10-minütiges Abschlussgespräch in der 12. Behandlungswoche angesetzt. Ein 10-minütiges Gespräch schlägt mit einem Betrag von 16,92 € zu Buche.

Die Gesamtkosten für eine IPT-A im Einzelsetting, Verlaufskontrolle, Abschlussgespräche und 2 probatorische Sitzungen betragen 1793,08 € beziehungsweise für eine individuelle IPT-A im Einzelsetting und maximal 6 probatorische Sitzungen 2104,68 €.

A4.1.2 Pharmakotherapie (Fluoxetin)

Der Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Fluoxetin ist derzeit als einziges Medikament in Deutschland für die Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen ab 8 Jahren zugelassen. Die S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ empfiehlt, speziell bei leichter bis moderater Depression einer Psychotherapie Vorrang zu geben ist, da eine Pharmakotherapie zu einer höheren Suizidalität und weiteren unerwünschten Ereignissen führen könne [6]. Allerdings wird eine alleinige Pharmakotherapie als Mittel 2. Wahl bei Depressionen von Jugendlichen empfohlen. Gemäß Fachinformationen gilt bei einer schweren Depression der klinische Konsenspunkt, dass eine Kombinationstherapie – meist mit einer KVT – in Erwägung gezogen werden sollte. Ein allfälliges Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen sollte in den empfohlenen Verlaufskontrollsitzen abgeklärt werden.

In einigen (gesundheitsökonomischen) Studien zum Einsatz von Fluoxetin [68-71] und in einigen Leitlinien [6,147] wird für Jugendliche zu Beginn der Behandlung eine tägliche Dosis von 10 mg empfohlen. Sollte es klinisch indiziert sein, lässt sich diese nach einer Woche auf 20 mg/Tag erhöhen. Höhere Dosen kann man bei älteren Kindern mit größerem

Körpergewicht in Betracht ziehen oder wenn bei schweren Erkrankungen ein frühes klinisches Ansprechen als Priorität angesehen wird. Da die S3-Leitlinie eine Erholung als „Zeit von mindestens zwei Monaten (~8 Wochen) ohne klinisch relevante Symptome“ [6] definiert, wird diese Zeitspanne als Behandlungsdauer herangezogen. Der Kostenkalkulation liegt also die Annahme einer Behandlungsdauer von 8 Wochen mit einer Dosis von 10 mg/Tag als Untergrenze beziehungsweise einer Dosis von 10 mg/Tag für die erste Woche und 20 mg/Tag für die restlichen 7 Wochen als Obergrenze zugrunde. Zusätzlich berücksichtigt die Kostenaufstellung das regelmäßige Monitoring zur Wirkungsüberprüfung. Sollte sich allerdings nach 4 Wochen Pharmakotherapie keine Response einstellen, wird eine Umstellung auf eine andere Intervention empfohlen.

Fluoxetin ist Bestandteil einer Festbetragsgruppe [190,191]. Da es sich bei der Population um Kinder und Jugendliche handelt, sind diese Präparate zuzahlungsbefreit und es fällt keine Rezeptgebühr für verschreibungspflichtige Medikamente an [192]. Zusätzlich gilt es bei einigen Produkten den Apotheken- und gegebenenfalls auch den Herstellerrabatt abzuziehen. Letzterer kann je nach Präparat aber entfallen. Für Fluoxetin, dessen Apothekenverkaufspreise den Festbetrag nicht übersteigen, ergibt sich nach Berücksichtigung der genannten Beträge ein Kostenintervall von 17,39 € bis 24,63 € für 100 Stück 10 mg (Untergrenze) oder 20 mg (Obergrenze) in Tablettenform – oder ohne Abzug des Apothekenrabatts ein Intervall von 19,16 € bis 26,40 € gemäß Lauer-Taxe [193]. „Untergrenze“ bedeutet: Die Therapie wird mit 10 mg Fluoxetin pro Tag für zirka eine Woche begonnen und anschließend für 3 Wochen fortgesetzt. Für die Berechnung wird das Präparat mit 10 mg pro Tablette herangezogen. Nach 4 Wochen („Aufdosierungsphase“) ermittelt man die Response. Gibt es keine, sollte die Umstellung auf eine andere Therapie erfolgen. Bei vorhandener Response wird die Medikation für 4 weitere Wochen fortgesetzt und dann neuerlich die Response ermittelt. Bei Erholung sollten mindestens 6 weitere Monate der Behandlung folgen, die in der Kostenkalkulation aus Gründen der Vergleichbarkeit aber nicht berücksichtigt werden. „Obergrenze“ bedeutet: Bei klinischem Bedarf wird die Therapie nach der ersten Woche mit einer höheren Dosis von 20 mg Fluoxetin fortgeführt. Für die Kalkulation der Obergrenze kommt das 20-mg-Präparat zur Anwendung. Für eine achtwöchige Behandlung mit 10 mg/Tag braucht es 56 Tabletten, für eine Behandlung mit täglich 10 mg in der ersten Woche und 20 mg/Tag in den restlichen 7 Wochen zirka 53 Tabletten (Variante 1 / Untergrenze: 56 Tage x 1 Tablette mit 10 mg täglich; Variante 2 / Obergrenze: 7 Tage x ½ Tablette [Dosis 10 mg] + 49 Tage x 1 Tablette [Dosis 20 mg]).

Vor Therapiebeginn mit Fluoxetin sollte ein Gespräch stattfinden, um mögliche unerwünschte Wirkungen (Suizidgedanken) sowie die Wirkungslatenz mit der Patientin oder dem Patienten und der Bezugsperson abzuklären. Dieses Gespräch beinhaltet eine vertiefte Exploration und die Anleitung der Bezugsperson sowie ein Abklärungs- beziehungsweise Erstgespräch, um über die Therapie mit Antidepressiva der 2. Generation aufzuklären. Der EBM listet die GOP

Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und / oder Abklärung, Nr. 14220, mit dem Betrag von 50,76 € (16,92 € je vollendete 10 Minuten, Dauer: 30 Minuten). Dieser Betrag kann für das Erstgespräch abgerechnet werden.

Im Zuge der Verlaufskontrolle sollten bis zur ersten Responsekontrolle nach 4 Wochen regelmäßig Kontrollsitzen stattfinden. Hier können für 2 Wochen 2 jeweils 20-minütige Zwischengespräche anfallen, die sich wieder nach der GOP Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch mit dem Betrag 67,68 € abrechnen lassen. Nach spätestens 4 Wochen sollte eine Feststellung der Wirkung und Symptomerfassung stattfinden und über eine etwaige Weiterführung oder einen Wechsel der Behandlungsstrategie (Switching) entschieden werden. Für dieses Gespräch werden 30 Minuten beziehungsweise 50,76 € kalkuliert.

Die weitere Vorgehensweise nach den ersten 4 Behandlungswochen ist maßgeblich von der Symptomreduktion und – vor allem bei Nichtwirksamkeit – von der Einhaltung der Therapie durch die Patientin oder den Patienten abhängig. Dosierung und Medikamentenbedarf können sich in den folgenden 4 Wochen daher individuell unterscheiden. Unter der Annahme, dass sich nach den ersten 4 Wochen eine Verbesserung der Symptomatik einstellt, berücksichtigt die Kalkulation weitere 4 Behandlungswochen. Hier ergeben sich Kosten für 3 weitere kinder- und jugendpsychiatrische Gespräche in Höhe von insgesamt 118,44 € (2 Zwischengespräche à 20 Minuten und ein Gespräch zur Feststellung der Wirkung und Symptomerfassung). Nach dem letzten Gespräch kann über eine etwaige Weiterführung (≥ 6 Monate) oder einen Wechsel der Behandlungsstrategie (Switching) entschieden werden. Wie oben erwähnt, findet die Rezidivprophylaxe hier keine Berücksichtigung, da sie mit der Historie der Patientin oder des Patienten variiert.

Eine Protokollierung der Symptomatik ist auch bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Antidepressiva essenziell. Eine Untersuchung des Blutbildes und der Leberwerte vor und nach den ersten 4 Therapiewochen gestaltet sich gemäß der Versorgungsleitlinie Unipolare Depression als sinnvoll. Auch eine Blutdruckmessung kann im Zuge der Protokollierung gemacht werden [182]. Für diese beiden Untersuchungen werden insgesamt 6,20 € kalkuliert. Welche Blutwerte zu testen sind, kann Tabelle 21 entnommen werden. Sollte eine Non-Response auf ein Antidepressivum vorliegen, stellt die Bestimmung der Serumkonzentration (Plasmaspiegel) mit konsekutiver Dosisadaption (Therapeutisches Drug Monitoring, TDM) eine weitere mögliche Maßnahme dar, die in der klinischen Praxis allerdings nur in Ausnahmefällen durchgeführt wird [56]. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer stabilen Herzerkrankung sollte vor Beginn der Behandlung eine EKG-Kontrolle in Erwägung gezogen werden, da bei einer Therapie mit Fluoxetin eine mögliche Verlängerung der QTc-Zeit (Abstand vom Beginn der Q-Zacke bis zum Ende der T-Welle in einem EKG)

eintreten kann und sich das Risiko eines plötzlichen Herztods nicht ausschließen lässt [182]. Bei der Kostenkalkulation wird diese Leistung nicht berücksichtigt.

In Summe ergibt sich je nach Präparat ein Kostenintervall von 311,23 € bis 318,47 €, kalkuliert samt Abzug des Apothekenpflichtrabatts.

A4.1.3 Aktiv abwartende Maßnahmen / Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit

Eigenständige aktiv abwartende Maßnahmen werden nur bei einer leichten depressiven Erkrankung empfohlen, bei der keine Verschlechterung der Symptome zu erwarten ist und die ohne Komorbiditäten einhergeht [6]. Diese Interventionen beinhalten hauptsächlich gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Entspannungstherapien, Interventionen zur achtsamkeitsbasierten Stressreduktion, sportliche Aktivität / Bewegungstherapie oder biblio- und computergestützte Therapien. Bei Vorliegen eines höheren Depressionsgrads werden Entspannungstherapien und achtsamkeitsbasierte Stressreduktion häufig als sogenannte Add-on-Therapien zusätzlich zur Psychotherapie durchgeführt.

Aktiv abwartende Maßnahmen

Bei leichten depressiven Störungen ohne Komorbidität, ohne nennenswerte Risikofaktoren, familiäre Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignale für einen Rückfall wird laut S3-Leitlinie zunächst eine Anwendung von Psychoedukation, Beratung beziehungsweise aktiver Unterstützung über einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen empfohlen [6]. Lehnt die Patientin beziehungsweise der Patient diese aktiv abwartenden Maßnahmen ab, sollte trotzdem eine Nachkontrolle nach 2 Wochen vereinbart werden. Voraussetzung für diesen Behandlungspfad stellt zusätzlich eine altersgerechte Alltagsbewältigung dar. Bei Fortbestehen der Depressionssymptomatik müssen weitere Interventionen geplant werden [6].

Patientinnen und Patienten haben gemäß Psychotherapie-Richtlinie Anspruch auf eine psychotherapeutische Sprechstunde [13]. Sie stellt einen zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dar. Ganz allgemein dient die psychotherapeutische Sprechstunde dazu, einen Verdacht auf eine „krankheitswertige Störung“ abzuklären beziehungsweise eine erste Diagnose zu stellen. Im Zuge des psychotherapeutischen Gesprächs erfolgen allerdings auch Beratung, Bereitstellung von Informationen, Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs und entsprechende Behandlungsempfehlungen sowie, falls erforderlich, eine kurze psychotherapeutische Intervention. Diese Sprechstunden stellen keine Richtlinien-therapie dar, werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet und können so für den Zeitraum von 6 bis 8 Wochen als aktiv abwartende Maßnahme respektive Psychoedukation gesehen werden. Es gilt allerdings zu beachten, dass im vorliegenden Kontext die Verdachts- beziehungsweise

Diagnosefeststellungskomponente im psychiatrischen Gespräch wegfällt, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Interventionen zu gewährleisten. Bei Kindern und Jugendlichen ist die psychotherapeutische Sprechstunde 10-mal mit einem Betrag von 50,76 € für 25 Minuten berechnungsfähig und kann zusätzlich bis zu 100 Minuten (4-mal) von relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen in Anspruch genommen werden. Ausgehend von der Annahme, dass eine psychotherapeutische Sprechstunde bereits zur Feststellung der Diagnose berechnet wurde, kann diese GOP noch maximal 9-mal angesetzt werden. Somit ergeben sich Gesamtkosten von 304,56 € (6 Einheiten Psychoedukation ohne zusätzliche Einzelsprechstunden für die Begleitperson) bis 659,88 € (9 Einheiten Psychoedukation inklusive 4 Einheiten psychotherapeutische Sprechstunde spezifisch für die Begleitperson).

Entspannungstherapie

Wie die Psychoedukation ist gemäß der S3-Leitlinie auch die Entspannungstherapie über einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen nur bei einer leichten depressiven Erkrankung ohne Komorbidität, ohne nennenswerte Risikofaktoren, familiäre Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignale für einen Rückfall angeraten [6]. Allerdings gibt es noch zu wenig gesicherte Evidenz zum Nutzen dieser Therapie. Daher wird Entspannungstherapie (wie auch Psychoedukation) meist zusätzlich zu verhaltenstherapeutischen Verfahren und / oder medikamentösen Therapien angewendet [194].

Die Relaxationsbehandlung nach Jacobson beziehungsweise progressive Muskelentspannung (PME) ist eine Entspannungstechnik, die auf Wechselwirkungen zwischen Muskelentspannung und seelischer Befindlichkeit beruht [21]. Kinder können etwa ab einem Alter von 6 Jahren an PME-Kursen für zirka 3 bis 8 Personen teilnehmen. Die psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen empfiehlt, dass ein Kurs 8 bis 10 Sitzungen zu jeweils etwa 60 bis 90 Minuten umfassen soll [57]. Die Bereitschaft für tägliches Üben im häuslichen Umfeld (2- bis 3-mal täglich à 15 Minuten) wird hierbei vorausgesetzt. Der EBM führt für die Entspannungstherapie die GOP Übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen an. Je Teilnehmerin und Teilnehmer kann ein Betrag von 14,06 € pro vollendeten 30 Minuten abgerechnet werden. Die EBM-Ziffer kann maximal 1-mal je Sitzung berechnet werden. Für die Kostenkalkulation werden demnach 8 bis 10 Einheiten à 60 Minuten über 6 bis 8 Wochen angenommen.

Zusätzlich empfiehlt sich noch eine schriftliche Nachbefragung. Hierfür wird zu jeder Einheit ein psychotherapeutisches Gespräch mit einer Dauer von 10 Minuten und einem Betrag von 16,92 € kalkuliert. Am Ende der Sitzungsreihe – nach 6 bis 8 Wochen – findet im Zuge einer psychotherapeutischen Sprechstunde mit dem Kind oder Jugendlichen und der Begleitperson noch ein 25-minütiges Abschlussgespräch statt, um den weiteren möglichen Handlungsbedarf

zu klären und Hinweise für zusätzliche Hilfemöglichkeiten zu geben. In Summe ergibt sich ein Gesamtkostenintervall für die PME-Therapie von 349,36 € bis 411,32 €.

A4.1.4 Zusammenfassende Darstellung der Interventionskosten

In Tabelle 20 werden die Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) pro Anwendung dargestellt.

Tabelle 20: Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en)

Bezeichnung der Patientengruppe	Kinder und Jugendliche				
	Bezeichnung und Kennzeichnung im relevanten Vergütungskatalog	Kosten pro Anwendung / Sitzung in €	Anzahl der Anwendungen pro Zyklus	Begründung (Quelle) Bezugsjahr	Erstattungs-fähigkeit
kognitive Verhaltenstherapie (EZT)	EBM-Nr. 35421 Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung), Dauer mind. 50 Min., 2 Einheiten à mind. 25 Min.	101,30	12 x 50 Min. bzw. 12 x 2 Einheiten à mind. 25 Min.	[13,195], 2020; [6], 2013; [187], 2008; [58], 2004	ja
tiefenpsychologische Psychotherapie (EZT)	EBM-Nr. 35401 Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung), Dauer mind. 50 Min., 2 Einheiten à mind. 25 Min.	101,30	12 x 50 Min. bzw. 12 x 2 Einheiten à mind. 25 Min.	[13,195], 2020; [6], 2013; [187], 2008; [58], 2004	ja
analytische Psychotherapie (EZT)	EBM-Nr. 35411 Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung), Dauer mind. 50 Min., 2 Einheiten à mind. 25 Min.	101,30	12 x 50 Min. bzw. 12 x 2 Einheiten à mind. 25 Min.	[13,195], 2020; [6], 2013; [187], 2008; [58], 2004	ja
interpersonelle Psychotherapie Adoleszente (IPT-A)	EBM-Nr. 35421 Verhaltenstherapie ^a (KZT 1, Einzelbehandlung), Dauer mind. 50 Min., 2 Einheiten à mind. 25 Min.	101,30	12 x 50 Min. bzw. 12 x 2 Einheiten à mind. 25 Min.	[13,195], 2020, [6], 2013, [189], 2018, [55], 2020	tlw. ^a

(Fortsetzung)

Tabelle 20: Kosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) (Fortsetzung)

Bezeichnung der Patientengruppe	Kinder und Jugendliche				
Bezeichnung der Intervention	Bezeichnung und Kennzeichnung im relevanten Vergütungskatalog	Kosten pro Anwendung / Sitzung in €	Anzahl der Anwendungen pro Zyklus	Begründung (Quelle) Bezugsjahr	Erstattungs-fähigkeit
Fluoxetin (SSRI bzw. Pharmakotherapie)	Lauer-Taxe: Fluoxetin 10 mg und 20 mg, Packung mit 100 Stück in Tablettenform	Produkte mit ähnlichen Spezifikationen, Anzahl Tbl. 100 Stück, Dosis 10 mg (Untergrenze) und 20 mg (Obergrenze) Fluoxetin 17,37 bis 24,63 bzw. 19,16 bis 26,40 ^{b, c}	Variante 1 / Untergrenze: 10 mg /Tag für 8 Wochen (56 Tage x 1 Tbl. mit 10 mg täglich = 56 Tbl.) Variante 2 / Obergrenze: 10 mg /Tag für 1 Woche und 20 mg /Tag für 7 Wochen (7 Tage x ½ Tbl. + 49 Tage x 1 Tbl. = 53 Tbl.)	[68], 2007; [58,70,71], 2004 bzw. 2008/09; [6], 2013, [147], 2019; [193], 2020	ja
Psychoedukation	EBM-Nr. 35151 Psychotherapeutische Sprechstunde	50,76	6 bis 9 Einheiten à mind. 25 Min.	[13,195], 2020; [6], 2013	ja
Entspannungstherapie	EBM-Nr. 35113 Übende Intervention bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	14,06	8 bis 10 Sitzungen à mind. 60 Min.	[13,195], 2020; [6], 2013	ja
a: Gemäß der Psychotherapierichtlinie des G-BA ist die IPT-A nicht abrechnungsfähig, allerdings ist sie in Selektivverträge der großen Krankenkassen aufgenommen und kann darüber sowie über Privatversicherungen abgerechnet und erstattet werden. In der täglichen (ambulanten) Praxis konnte das entsprechende Fachpersonal mit Kassenzulassung in der Regel über die IPT bisher widerspruchsfrei als verhaltenstherapeutische Methode abrechnen (vereinzelt auch als psychodynamische Verfahren [55]). Aus diesem Grund wird für die Bezeichnung für die IPT-A im relevanten Vergütungskatalog die GOP des EBM Verhaltenstherapie mit der Nr. 35421 verwendet. b: Die Preise entstammen einer Abfrage der Lauer-Taxe vom 15.10.2020 [193]. c: untere Grenze: 17,39 € = 19,16 € (Fluoxetin 10 mg Tabletten) – 1,77 € Pflichtrabatt Apotheke, Herstellerrabatt und Zuzahlungen entfallen [190]; obere Grenze: 24,63 € = 26,40 € (Fluoxetin 20 mg Tabletten) – 1,77 € Pflichtrabatt Apotheke, Herstellerrabatt und Zuzahlung entfallen Abkürzungen: EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab; EZT: Einzeltherapie; GOP: Gebührenordnungsposition; KZT: Kurzzeittherapie; Min.: Minute; SSRI: Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; Tbl. = Tablette; tlw. = teilweise					

In Tabelle 21 werden erstattungsfähige Leistungen dargestellt, die bei Anwendung der Prüflintervention und der Vergleichsintervention(en) zusätzlich erforderlich sind (zum Beispiel regelmäßige Kontrolluntersuchungen oder medikamentöse Begleittherapien).

Tabelle 21: Art und Anzahl der erstattungsfähigen zusätzlichen Leistungen bei Anwendung der Prüflintervention und der Vergleichsintervention(en)

Bezeichnung der Patientengruppe	Kinder und Jugendliche				
Bezeichnung der Intervention	Leistung, Bezeichnung und Kennzeichnung im relevanten Vergütungskatalog	Einheit	Preis pro Einheit in €	Anzahl der zusätzlichen Leistungen pro Jahr	Begründung (Quelle) Bezugsjahr
kognitive Verhaltenstherapie (EZT)	EBM-Nr.: 35150, Probatorische Sitzung	je 50 Min.	77,90	2- bis 6- mal	[13,26,195], 2020; [6], 2013
	EBM-Nr.: 35130, Feststellung der Leistungspflicht	pro Feststellung / Bericht	32,52	1- mal	
	EBM-Nr. 14220, Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch	je vollendete 10 Min.	16,92	Verlaufskontrolle: 11- mal à 20 Min., Abschlussgespräch: 1- mal à 10 Min.	
tiefenpsychologische Psychotherapie (EZT)	EBM-Nr.: 35150, Probatorische Sitzung	je 50 Min.	77,90	2- bis 6 - mal	[13,26,195], 2020; [6], 2013
	EBM-Nr.: 35130, Feststellung der Leistungspflicht	pro Feststellung / Bericht	32,52	1 - mal	
	EBM-Nr. 14220, Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch	je vollendete 10 Min.	16,92	Verlaufskontrolle: 11 -mal à 20 Min., Abschlussgespräch: 1- mal à 10 Min.	

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Art und Anzahl der erstattungsfähigen zusätzlichen Leistungen bei Anwendung der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) (Fortsetzung)

Bezeichnung der Patientengruppe	Kinder und Jugendliche				
Bezeichnung der Intervention	Leistung, Bezeichnung und Kennzeichnung im relevanten Vergütungskatalog	Einheit	Preis pro Einheit in €	Anzahl der zusätzlichen Leistungen pro Jahr	Begründung (Quelle) Bezugsjahr
analytische Psychotherapie (EZT)	EBM-Nr.: 35150, Probatorische Sitzung	je 50 Min.	77,90	2- bis 6 - mal	[13,26,195], 2020; [6], 2013
	EBM-Nr.: 35130, Feststellung der Leistungspflicht	pro Feststellung / Bericht	32,52	1 - mal	
	EBM-Nr. 14220, Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch	je vollendete 10 Min.	16,92	Verlaufskontrolle: 11- mal à 20 Min., Abschlussgespräch: 1- mal à 10 Min.	
interpersonelle Psychotherapie – Adoleszente (IPT-A)	EBM-Nr.: 35150, Probatorische Sitzung	je 50 Min.	77,90	2- bis 6 - mal	[13,26,55,195], 2020, [6], 2013, [189], 2018
	EBM-Nr.: 35130, Feststellung der Leistungspflicht	pro Feststellung / Bericht	32,52	1- mal	
	EBM-Nr. 14220, Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch	je vollendete 10 Min.	16,92	Verlaufskontrolle: 11- mal à 20 Min., Abschlussgespräch: 1- mal à 10 Min.	

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Art und Anzahl der erstattungsfähigen zusätzlichen Leistungen bei Anwendung der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) (Fortsetzung)

Bezeichnung der Patientengruppe	Kinder und Jugendliche				
Bezeichnung der Intervention	Leistung, Bezeichnung und Kennzeichnung im relevanten Vergütungskatalog	Einheit	Preis pro Einheit in €	Anzahl der zusätzlichen Leistungen pro Jahr	Begründung (Quelle) Bezugsjahr
Fluoxetin (SSRI bzw. Pharmakotherapie)	EBM-Nr. 14220, Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch	je vollendete 10 Min.	16,92	Erstgespräch: 1- mal à 30 Min., Responsekontrolle: 2- mal à 30 Min., Verlaufskontrolle: 4- mal à 20 Min.	[13,26,56,195], 2020; [6], 2013
	EBM-Nr. 32122, mechanisierter vollständiger Blutstatus	je Status	1,10	2 -Mal	
	Leberwerte EBM-Nrn.: 32071, Gamma-GT; 32069, GOT; 32068, Alkalische Phosphatase		jeweils 0,25		
	Elektrolyte EBM-Nrn.: 32083, Natrium; 32081, Kalium; 32082, Calcium				

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Art und Anzahl der erstattungsfähigen zusätzlichen Leistungen bei Anwendung der Prüflintervention und der Vergleichsintervention(en) (Fortsetzung)

Bezeichnung der Patientengruppe	Kinder und Jugendliche				
Bezeichnung der Intervention	Leistung, Bezeichnung und Kennzeichnung im relevanten Vergütungskatalog	Einheit	Preis pro Einheit in €	Anzahl der zusätzlichen Leistungen pro Jahr	Begründung (Quelle) Bezugsjahr
	Nierenwerte EBM-Nrn.: 32065, Harnstoff; 32066, Kreatinin				
Psychoedukation	EBM-Nr. 35151, Psychotherapeutische Sprechstunde (Begleitperson)	je 25 Min.	50,76	bei Bedarf 0- bis 4- mal	[13,26,195], 2020; [6], 2013
Entspannungstherapie	EBM-Nr. 22220, Psychotherapeutisches Gespräch	je 10 Min.	16,92	schriftliche Nachbefragung nach den Sitzungen: 8- bis 10- mal à 10 Min.	[13,26,195], 2020; [6], 2013; [57], 2014
	EBM-Nr. 35151, Psychotherapeutische Sprechstunde (Kind)	je 25 Min.	50,76	Abschlussgespräch Kind: 1 - mal à 25 Min.	
	EBM-Nr. 35151, Psychotherapeutische Sprechstunde (Begleitperson)	je 25 Min.	50,76	Abschlussgespräch Begleitperson: 1 - mal à 25 Min.	
Abkürzungen: EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab; EZT: Einzeltherapie; Min.: Minuten					

In Tabelle 22 werden die Interventionskosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) pro Patientin beziehungsweise Patient und Jahr durch Zusammenführung der Angaben in Tabelle 20 und Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 22: Interventionskosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) pro Patientin beziehungsweise Patient und Jahr

Bezeichnung der Intervention	Kostenparameter	Kosten pro Patientin bzw. Patient und Jahr in €	
		Untergrenze	Obergrenze
kognitive Verhaltenstherapie (EZT)	Erstattungsfähige Kosten		
	Kosten Intervention: VT	1215,60	1215,60
	Probatorische Sitzung (2- bis 6- mal)	155,80	467,40
	Feststellung Leistungspflicht	32,52	32,52
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Verlaufskontrolle): 11- mal à 20 Min.	372,24	372,24
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Abschlussgespräch): 1- mal à 10 Min.	16,92	16,92
	Summe erstattungsfähige Kosten	1793,08	2104,68
	Nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe gesamt	1793,08	2104,68
tiefenpsychologische Psychotherapie (EZT)	Erstattungsfähige Kosten		
	Kosten Intervention: tiefenpsychologische PT	1215,60	1215,60
	probatorische Sitzung (2- bis 6- mal)	155,80	467,40
	Feststellung Leistungspflicht	32,52	32,52
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Verlaufskontrolle): 11- mal à 20 Min.	372,24	372,24
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Abschlussgespräch): 1- mal à 10 Min.	16,92	16,92
	Summe erstattungsfähige Kosten	1793,08	2104,68
	Nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe gesamt	1793,08	2104,68

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Interventionskosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) pro Patientin beziehungsweise Patient und Jahr (Fortsetzung)

Bezeichnung der Intervention	Kostenparameter	Kosten pro Patientin bzw. Patient und Jahr in €	
		Untergrenze	Obergrenze
analytische Psychotherapie (EZT)	Erstattungsfähige Kosten		
	Kosten Intervention	1215,60	1215,60
	probatorische Sitzung (2- bis 6- mal)	155,80	467,40
	Feststellung Leistungspflicht	32,52	32,52
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Verlaufskontrolle): 11- mal à 20 Min.	372,24	372,24
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Abschlussgespräch): 1- mal à 10 Min.	16,92	16,92
	Summe erstattungsfähige Kosten	1793,08	2104,68
	Nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe gesamt	1793,08	2104,68
interpersonelle Psychotherapie – Adoleszente (IPT-A)	Erstattungsfähige Kosten		
	Kosten Intervention	1215,60	1215,60
	probatorische Sitzung (2- bis 6- mal)	155,80	467,40
	Feststellung Leistungspflicht	32,52	32,52
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Verlaufskontrolle): 11- mal à 20 Min.	372,24	372,24
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Abschlussgespräch): 1- mal à 10 Min.	16,92	16,92
	Summe erstattungsfähige Kosten	1793,08	2104,68
	Nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe gesamt	1793,08	2104,68
Fluoxetin (SSRI bzw. Pharmakotherapie)	Erstattungsfähige Kosten		
	Kosten Intervention: Fluoxetin 10 mg (Untergrenze) und 20 mg (Obergrenze), Packung à 100 Stück nach Abzug Pflichttrabatt Apotheke (1,77)	17,39	24,63
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Erstgespräch): 1- mal à 30 Min.	50,76	50,76
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Verlaufskontrolle): 4- mal à 20 Min.	135,36	135,36

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Interventionskosten der Prüfintervention und der Vergleichsintervention(en) pro Patientin beziehungsweise Patient und Jahr (Fortsetzung)

Bezeichnung der Intervention	Kostenparameter	Kosten pro Patientin bzw. Patient und Jahr in €	
		Untergrenze	Obergrenze
	kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch (Responsekontrolle): 2- mal à 20 Min.	101,52	101,52
	mechanisierter vollständiger Blutstatus (2-mal)	6,20	6,20
	Summe erstattungsfähige Kosten	311,23	318,47
	Nicht erstattungsfähige Kosten		
	Zuzahlung pro Packung	-	-
	Summe nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe gesamt	311,23	318,47
Psychoedukation	Erstattungsfähige Kosten		
	Kosten Intervention: psychotherapeutische Sprechstunde (Kind): 6- bis 9- mal à 25 Min.	304,56	456,84
	psychotherapeutische Sprechstunde (Begleitperson): 0- bis 4- mal à 25 Min.	0	203,04
	Summe erstattungsfähige Kosten	304,56	659,88
	Nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe gesamt	304,56	659,88
Entspannungstherapie	Erstattungsfähige Kosten		
	Kosten Intervention: übende Intervention bei Kindern und Jugendlichen (Gruppenbehandlung): 8- bis 10- mal à 60 Min.	112,48	140,60
	psychotherapeutisches Gespräch (schriftliche Nachbefragung): 8- bis 10- mal à 10 Min.	135,36	169,20
	psychotherapeutische Sprechstunde (Kind) / Abschlussgespräch: 1- mal à 25 Min.	50,76	50,76
	psychotherapeutische Sprechstunde (Begleitperson) / Abschlussgespräch: 1- mal à 25 Min.	50,76	50,76
	Summe erstattungsfähige Kosten	349,36	411,32
	Nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe nicht erstattungsfähige Kosten	-	-
	Summe gesamt	349,36	411,32
Abkürzungen: APT: analytische Psychotherapie; Min.: Minuten; SSRI: Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; TP: tiefenpsychologische Psychotherapie; VT: Verhaltenstherapie			

A4.2 Systematische Übersicht über gesundheitsökonomische Evaluationen

A4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung

Insgesamt wurden bei der Informationsbeschaffung 5 Studien [58-67], veröffentlicht in 6 relevanten gesundheitsökonomischen Publikationen [65,68-72] (390 Treffer gesamt), nach den Einschlusskriterien als relevant eingestuft und für eine Bewertung eingeschlossen. Von diesen 5 Studien waren 2 [60,65] als HTA bezeichnet, jedoch jeweils begleitend zu einer randomisierten kontrollierten Studie gemacht und die Abschnitte zum Nutzen beziehungsweise zur Effektivität auch in Peer-Reviewed-Journals publiziert worden [59,64]. Bei 1 HTA wurde auch der Kosten-Effektivitäts-Abschnitt [60] als Publikation veröffentlicht [68]. 1 Publikation beziehungsweise 1 HTA berichtete von einer psychosozialen Vergleichsintervention [65]. Im vorliegenden HTA werden Publikationen ausgeschlossen, die unterschiedliche Psychotherapieformen miteinander vergleichen. Die Studie [65] mit der psychosozialen Vergleichsinterventionen wurde trotzdem berücksichtigt, da psychosoziale Interventionen meist auf mehreren Ebenen inklusive psychologischer Beratung ansetzen und keine „reinen“ psychiatrischen Interventionen darstellen. Zusätzlich zu den Einzelstudien erfüllte 1 systematischer Review [196] die Einschlusskriterien und wurde auf relevante Publikationen gesichtet. In den Zitaten ließen sich jedoch keine zusätzlichen relevanten Studien identifizieren. Fehlten in den gesundheitsökonomischen Publikationen relevante Informationen, wurden die dazugehörigen klinischen Studien konsultiert.

A4.2.1.1 Primäre Informationsquellen

Abbildung 2 zeigt das Ergebnis der fokussierten Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A9.1.3. Die letzte Suche fand am 09.04.2020 statt.

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen Treffer sind mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes Abschnitt A8.2.2 zu entnehmen.

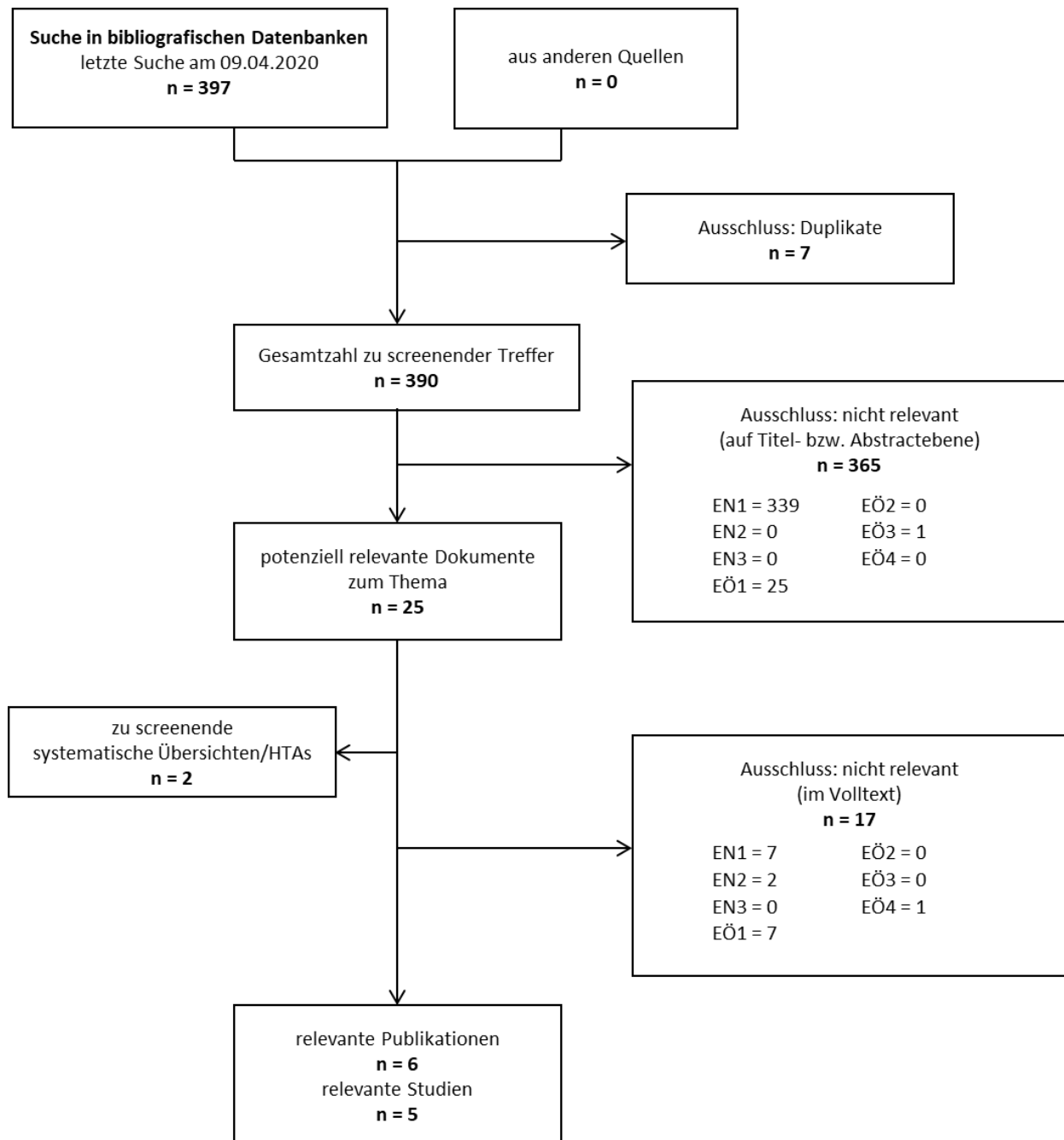


Abbildung 2: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion

A4.2.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

Es fanden sich keine relevanten Studien oder Dokumente, die nicht über andere Rechenschritte identifiziert werden konnten. Autorenanfragen wurden nicht durchgeführt, da anzunehmen war, dass so eingeholte Informationen keine relevanten Erkenntnisse für die Bewertungen bringen würden.

A4.2.1.3 Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechenschritte konnten insgesamt 5 relevante Studien identifiziert werden (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Studienpool der gesundheitsökonomischen Bewertung

Studie	Verfügbare Dokumente [Zitat]	Klinische Studie
Byford	2007, British Journal of Psychiatry, 191:521-527 [68]	ADAPT-Trial [59,60]
Dickerson	2018, Pediatrics, 141(2):e20171969 [72]	STAND-Trial [61]
Domino08	2008, Am J Psychiatry 165:588-596 [70] <i>(Follow-up: 12 Wochen)</i>	TADS-Trial [58,62,63]
Domino09	2009, J Am Acad Adolesc Psychiatry, 48:7 [71] <i>(Follow-up: 36 Wochen)</i>	
Goodyer	2017, Health Technol Assess, 21(12) [65]	IMPACT-Trial [64,65]
Lynch	2011, Arch Gen Psychiatry, 68(3):253-262 [69]	TORDIA-Trial [66,67]

Während die meisten Studien, die als Basis für die gesundheitsökonomischen Analysen fungieren, in der Nutzenbewertung berücksichtigt werden, sind der STAND-Trial sowie der TORDIA-Trial in der Nutzenbewertung (A3.2) nicht abgebildet, da sie in den inkludierten SÜs nicht eingeschlossen waren.

A4.2.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

A4.2.2.1 Studiencharakteristika

Die 6 identifizierten und eingeschlossenen Publikationen wurden alle in Form einer retrospektiven gesundheitsökonomischen Piggy-Back-Analyse in eine klinische Studie eingebettet. Insgesamt beläuft sich der Studienpool auf 5 eigenständige klinische Studien, die in mehreren Publikationen veröffentlicht wurden: ADAPT-Trial [59,60], STAND-Trial [61], TADS-Trial [58,62,63], IMPACT-Trial [64,65], und TORDIA-Trial [66,67]. 2 der 6 identifizierten gesundheitsökonomischen Publikationen [70,71] betrachteten unterschiedlich lange Follow-up-Zeiten des TADS-Trial [58,62,63] – 12 Wochen beziehungsweise 36 Wochen. Diese 2 Publikationen werden im Folgenden gemeinsam beziehungsweise als 1 Studie berichtet, es sei denn, die Publikationen weisen Unterschiede in den Studiencharakteristika im Zeitverlauf auf.

Alle eingeschlossenen Studien legten den Fokus auf eine KVT für Kinder und Jugendliche im Einzelsetting, entweder als reine KVT [65,70] oder in Kombination mit einer anderen Behandlungsstrategie [68-72]. 3 Publikationen stellten einen einfachen Paarvergleich [68,69,72] an, das heißt einen Vergleich der 2 betrachteten Behandlungsstrategien. 3 weitere Publikationen verglichen mehrere Intervention paarweise miteinander [65,70,71]. In diesen Publikationen wurde auch ein inkrementeller Vergleich von dominierten, eigentlich auszuschließenden Strategien vorgenommen.

3 Studien beziehungsweise 4 Publikationen setzten die Prüfintervention zu einer medikamentösen Intervention in Vergleich. 2 Studien [68,70,71] wählten Fluoxetin als primären Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, und bei 1 Studie [69] wurde ein reiner Medikamentenwechsel – entweder auf einen Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSRNI) beziehungsweise Venlafaxin oder auf einen Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer – durchgeführt. In diesen Studien bildete die medikamentöse Vergleichstherapie gleichzeitig eine sogenannte Add-on-Strategie zur Prüfintervention (Vergleiche: KVT + FLX versus FLX, KVT + FLX versus FLX, KVT + RX versus RX). 2 Studien stellten der Prüfintervention nicht medikamentöse Verfahren gegenüber. Eine Studie [69] verwendete eine sogenannte übliche (Standard-)Therapie (ÜB) als Vergleichsintervention, und eine weitere Studie [65] stellte einer KVT und einer kurzfristigen psychoanalytischen Psychotherapie eine psychosoziale Intervention gegenüber (Vergleiche: KVT versus BPI, STPP versus BPI, KVT + ÜB versus ÜB). Eine Publikation [70], die mehrere Behandlungsalternativen miteinander verglich, führte als Vergleichstherapie noch eine Placebobehandlung an.

2 Studien [65,68] wurden in Großbritannien (UK) und 3 in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) [69-72] durchgeführt. Sie sind jeweils in einen ambulanten und stationären Versorgungskontext eingebettet. Die älteste gesundheitsökonomische Studie [68] datiert aus dem Jahr 2007, die aktuellste stammt von 2018 [72]. Alle Publikationen geben die Finanzierungsquellen an. Bei 4 von 6 Publikationen besteht ein potenzieller Interessenkonflikt aufgrund von industriebezogenen Aktivitäten [65,69-71] (Details siehe Tabelle 24).

Die Studie mit der kleinsten Studienpopulation behandelte 208 Kinder und Jugendliche in 2 aktiven Armen, die größte Studie beziehungsweise Publikation analysierte 369 Kinder und Jugendliche in 3 aktiven Armen mit einem Placeboarm. Das Medianalter (MED-Alter) beziehungsweise mittlere Alter (MW-Alter) der Jugendlichen reichte von 14 Jahren (MED-Alter) beziehungsweise 14,6 Jahren (MW-Alter) bis zu 15,9 Jahren (MW-Alter). Wenn angegeben, erstreckte sich die Alters-Range (Spannweite) über alle gesundheitsökonomischen Studien von 11 Jahren als Mindestwert [68] bis 18 Jahren als Maximalwert [70,72]. Das Einschlusskriterium hinsichtlich des Alters lag in den Studien zwischen dem 11. und 17. [65] beziehungsweise 11. und 18. [69] Lebensjahr. Der prozentuelle

Anteil von Jugendlichen mit einer Komorbidität reichte von 47,8 % [71] bis 88,5 % [68] der Studienpopulation.

4 Studien beziehungsweise 5 Publikationen [68-72] führten eine Kosten-Effektivitäts-Analyse mit klinischen Endpunkten durch und wendeten zusätzlich eine Kosten-Nutzwert-Analyse mit einem generischen, die Lebensqualität betreffenden Maß an. 1 Studie [65] nahm ausschließlich eine Kosten-Nutzwert-Analyse vor. In 4 Studien [65,68,69,72] wurde die Analyse nach einem Intention-to-treat-Ansatz (ITT) durchgeführt, bei 1 Studie beziehungsweise 2 Publikationen [70,71] der Analyseansatz nicht explizit angeführt. Alle Studien berichteten inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relationen beziehungsweise inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnisse (ICER / IKNV).

Allen gesundheitsökonomischen Studien lagen jeweils klinische Daten einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie zugrunde. 4 Studien basierten auf einem multizentrischen RCT in 2 [68], 6 [69], 13 [70,71] beziehungsweise 15 [65] Zentren, und 1 Studie führte die Art des RCT und die Anzahl der Zentren nicht klar aus [72]. Die älteste klinische Studie wurde 2004 [58], die aktuellste 2017 [64] publiziert. Die Rekrutierungsphase in den jeweiligen RCTs beziehungsweise gesundheitsökonomischen Studien dauerte 3 Jahre in 2 Studien [58,64,65,70], 4 Jahre in 3 weiteren Studien [59-63,68,71,72] (inklusive Folgepublikation von [58,70]) sowie bei 1 weiteren Studie [69] 6 Jahre. Die Follow-up-Zeiten beliefen sich zwischen 12 beziehungsweise 24 Wochen [70] als Mindestzeit und einem Maximal-Follow-up von 24 Monaten [54]. Die Publikation mit einer Follow-up-Zeit von 12 Wochen [68] wurde durch eine Folgepublikation mit einer Follow-up-Zeit von 36 Wochen [69] ergänzt.

Die Einschlusskriterien beschränkten sich größtenteils auf Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren mit einer moderaten bis schweren oder vermutlich schweren Depression nach den DSM-IV-Kriterien. Als weitere Einschlusskriterien galten: ein HoNOSCA-Score von ≥ 7 [68]; Jugendliche, die eine Behandlung mit Antidepressiva ablehnten beziehungsweise bei denen eine AD-Therapie kürzlich gestoppt wurde (Einhaltung < 30 Tage) [72]; Möglichkeit zur ambulanten Behandlung; ein Children's Depression Rating Scale-Score (CDRS-R) von ≥ 45 bei Studienbeginn. Der HoNOSCA-Score ist ein Ergebnismaß für den Einsatz bei psychiatrischen Leistungen für Kinder und Jugendliche mit Schwerpunkten auf allgemeine Gesundheit und Sozialkompetenzen. Höhere Werte des HoNOSCA-Scores implizieren ein schlechteres Ergebnis hinsichtlich der Schwere der Depression. Die CDRS-R ist ein semistrukturiertes Interview zur Diagnostik und Schweregradmessung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Weitere Einschlusskriterien waren: der Verzicht auf AD; depressive Stimmung in mindestens 2 von 3 Kontexten (zu Hause, in der Schule, unter Gleichaltrigen) [70,71]; Jugendliche in Routinekliniken für psychische Gesundheit des National Health Service (NHS) mit Fokus auf Kinder und Jugendliche (Child and Adolescent Mental Health Services, CAMHS) [65]; Jugendliche, bei denen die Depression trotz 8-wöchiger Behandlung mit einem SSRI (die

letzten 4 Wochen mit einer Dosis von mindestens 40 mg Fluoxetin) anhielt [69] (Details und dazugehörige klinische Studien siehe Tabelle 25).

Die Randomisierung in die verschiedenen Interventionsarme beziehungsweise Behandlungsarten erfolgte in gleich großen Gruppen. Zusätzlich wurde im Zuge des Randomisierungsverfahrens eine Stratifizierung nach weiteren Charakteristika vorgenommen, wie Schweregrad der Depression in 4 Studien [65,68,69,72], Behandlungsort / Zentrum / Region in 4 Studien [65,68-71], Geschlecht / Gender in 4 Studien [65,68,70-72], Alter in 3 Studien [65,68,72], Ethnizität in 1 Studie [72], komorbide Verhaltensstörungen und Angstzustände in 2 Studien [68,69], Medikamentenwechsel und Suizidvorstellungen in 1 Studie [69]. 2 Studien [65,68] verwendeten für die Randomisierung beziehungsweise Stratifizierung die Methode der stochastischen Minimierung, 1 Studie beziehungsweise 2 Publikationen [70,71] setzten auf ein randomisiertes Block-Design (permutiertes Blocking), 1 weitere Studie [69] wendete eine Variation des „Efron’s biased coin toss“ an [197] und 1 Studie machte keine Angabe über die Randomisierungsmethode [72]. In allen Studien waren die Evaluatorinnen und Evaluatoren hinsichtlich des Behandlungsarms verblindet.

Alle gesundheitsökonomischen Studien führten Analysen hinsichtlich der Unsicherheit der Ergebnisse in Form von univariaten Sensitivitätsanalysen durch. Am häufigsten betrafen Letztere die verschiedenen Kostenparameter: In 1 Studie [65] wurde die Sensitivitätsanalyse hinsichtlich der Gesamtkosten, in 3 Studien [65,68,72] hinsichtlich der Kostendifferenzen und in 2 Studien beziehungsweise 3 Publikationen [69-71] hinsichtlich der IKNV auf Basis der unterschiedlichen Kostenszenarien gemacht. In 2 Studien [68,70] wurden Vergütungssätze, beispielsweise das Gehalt der Therapeutin beziehungsweise des Therapeuten, variiert. Nicht in Anspruch genommene Leistungen beziehungsweise KVT-Sitzungen wurden bei Sensitivitätsanalysen in 2 Studien miteinkalkuliert [65,68], die Arzneimittelkosten in 1 Studie [70] variiert und Supervisionskosten in 1 Studie [68] zusätzlich zur primären Analyse berücksichtigt. 3 Studien berechneten in der Sensitivitätsanalyse stationäre Fälle ein [68] beziehungsweise ließen sie weg [69,72], und in 2 Studien [69,72] wurden bei der Sensitivitätsanalyse Kostenausreißer ausgeschlossen (Winsorising). Die Berücksichtigung fehlender Daten durch multiple Imputation und Analyse anhand der wöchentlichen Kosten anstatt der Kosten über die gesamte Follow-up-Zeit wurde in der Sensitivitätsanalyse 1 Studie angewendet [65]. 1 Studie kalkulierte in einer Sensitivitätsanalyse nur mit den ambulanten Kosten [69]. Und 1 Studie [68] bezog ursprünglich nicht berücksichtigte Produktivitätsverluste und Reisekosten der Eltern ein und rechnete lokale Kosten auf nationale Einheitskosten um.

Unsicherheiten bezüglich der Outcomes wurden in 3 Studien [69-72] Sensitivitätsanalysen unterzogen, und zwar in Form einer Variation der Depressionsgewichtung beziehungsweise in

1 Studie [69] in Form einer Änderung der Präferenzgewichtung für die QALY-Berechnung. Alle Studien berechneten zudem noch Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven.

In Tabelle 24 werden Studiencharakteristika der eingeschlossenen gesundheitsökonomischen Studien dargestellt.

Tabelle 24: Studiencharakteristika

Studie	Studiendesign und Vorgehensweise	Studienpopulation relevante Charakteristika	Strategien		Land und Versorgungskontext	Endpunkt Kosten- effektivität	Studienfinanzierung
			Prüf- intervention	Vergleichs- intervention			
Byford [68]	Kosten-Effektivitäts-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse / begleitende ges.ök. Evaluation (ITT-Analyse)	n = 208 bzw. 188 ^a , 2 aktive Arme: KVT + FLX (n = 105), FLX (n = 103) in 2 Zentren (Manchester, Cambridge), Alter MED (Range): 14 (11–17) Jahre, Diagnosestellung nach DSM-IV via K-SADS-PL; Jugendliche mit mindestens 1 Komorbidität: n = 177 (88,5 %)	KVT + FLX ^b	FLX	UK, NHS, ambulant und stationär	ICER (Kostendifferenz pro HoNOSCA-Veränderung bzw. QALYs (EQ- 5D))	Finanzierung: ja ^c Interessenkonflikt: nein
Dickerson [72]	Kosten-Effektivitäts-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse / begleitende ges.ök. Evaluation (ITT- Analyse)	n = 212, 2 aktive Arme: KVT + ÜB (n = 106), ÜB (n = 106), Alter MW (Range): 14,8 bzw. 14,5 (12–18) bzw. 14,65 ^d Jahre, Diagnosestellung nach DSM-IV via K-SADS-PL, komorbide psychiatrische Diagnosen ohne bipolare Störung, Psychosen, geistige Behinderung, ASD und exkl. Suizidalität	KVT + ÜB ^e	ÜB	USA, ambulant und stationär	ICER (Kostendifferenz pro DFDs-Veränderung bzw. QALYs)	Finanzierung: ja ^f Interessenkonflikt: nein

(Fortsetzung)

Tabelle 24: Studiencharakteristika (Fortsetzung)

Studie	Studiendesign und Vorgehensweise	Studienpopulation relevante Charakteristika	Strategien		Land und Versorgungskontext	Endpunkt Kosten-effektivität	Studienfinanzierung
			Prüf-intervention	Vergleichs-intervention			
Domino08 [70]	Kosten-Effektivitäts-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse / begleitende ges.ök. Evaluation (n.v.)	n = 369 ^g , 3 aktive Arme und 1 Placeboarm: KVT + FLX (n = 92), FLX (n = 94), KVT (n = 89), Placebo (n = 94) in 13 Zentren, Alter MW (Range): 14,6 (12–18) Jahre, Diagnosestellung nach DSM- IV via CDRS-R; Jugendliche mit mind. 1 psych. Komorbidität: 52,1 %	KVT + FLX ^h , FLX, KVT	Placebo, FLX	USA, ambulant und stationär	ICER (Kostendifferenz pro CDRS-R-Veränderung bzw. QALYs)	Finanzierung: ja ⁱ Interessenkonflikt: ja ⁱ
Domino09 [71]	Kosten-Effektivitäts-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse / begleitende ges.ök. Evaluation (NV)	n = 327 ^j , 3 aktive Arme: KVT + FLX (n = 107), FLX (n = 109), KVT (n = 111) in 13 Zentren, Alter MW (Range): 14,7 (12–17) Jahre, Diagnosestellung nach DSM- IV via CDRS-R, Jugendliche mit mind. 1 Komorbidität: 47,8 %	KVT + FLX ^k , KVT	FLX	USA, ambulant und stationär	ICER (Kostendifferenz pro CDRS-R-Veränderung bzw. QALYs)	Finanzierung: ja ^l Interessenkonflikt: ja ^l
Goodyer [65]	Kosten-Nutzwert-Analyse / begleitende ges.ök. Evaluation (ITT-Analyse)	n = 275 ^m , 3 aktive Arme: KVT (n = 92), BPI (n = 92), STPP (n = 91) in 15 Zentren, Alter MW (SD): 15,6 (1,4 / 1,4 / 1,5) Jahre, Diagnosestellung nach DSM- IV via K-SADS-PL; Jugendliche mit mind. 1 Komorbidität: 48 %	KVT ⁿ , STPP	BPI	UK, NHS, ambulant und stationär	ICER (Kostendifferenz pro Veränderung QALYs)	Finanzierung: ja ^o Interessenkonflikt: ja ^o

(Fortsetzung)

Tabelle 24: Studiencharakteristika (Fortsetzung)

Studie	Studiendesign und Vorgehensweise	Studienpopulation relevante Charakteristika	Strategien		Land und Versorgungskontext	Endpunkt Kosten-effektivität	Studienfinanzierung
			Prüf-intervention	Vergleichs-intervention			
Lynch [69]	Kosten-Effektivitäts-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse / begleitende ges.ök. Evaluation (ITT-Analyse)	n = 334, 2 aktive Arme: KVT + RX ^p (n = 166), RX (n = 168) in 6 Zentren, Alter MW (SD): 15,8 / 16 (1,6 / 1,5) bzw. 15,9 ^d Jahre, Diagnosestellung nach DSM- IV via K-SADS-PL; Jugendliche mit mind. 1 Komorbidität: 51,7 %	KVT + RX	RX	USA, ambulant und stationär	ICER (Kostendifferenz pro DFDs- und DIDs-Veränderung bzw. QALYs)	Finanzierung: ja ^a Interessenkonflikt: ja ^a

a: Vollständige ökonomische Daten waren für 188 Jugendliche (90 %) verfügbar: für 96 bei KVT + FLX bzw. für 92 bei FLX.
b: Fluoxetin war der primäre Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Wenn Fluoxetin unwirksam war oder Nebenwirkungen verursachte, wurden andere SSRIs in Betracht gezogen.
c: Forschungs- und Entwicklungszuschuss des britischen NHS für HTA, Finanzierung durch den Central Manchester und Manchester Children's University Hospitals NHS Trust und den Cambridge and Peterborough Mental HealthTrust. Im zugrundeliegenden HTA wird berichtet, dass eine Autorin eine Vergütung von Lilly erhalten habe.
d: eigene Mittelwertberechnung auf Basis der Mittelwerte des Alters in den jeweiligen Interventionsarmen
e: Die Inanspruchnahme bzw. der Umfang allgemeiner ÜB-Leistungen unterscheidet sich bei der Prüfintervention (KVT + ÜB) und der Vergleichsintervention (ÜB). Das schlägt sich auch in den Kosten nieder.
f: Die Studie (Dickerson [72]) wurde vom National Institute of Mental Health (NIMH) finanziert (Grant R01-MH73918), finanziert von den National Institutes of Health (NIH).
g: Die ges.ök. Studie (Domino08 [70]) konzentrierte sich auf alle TADS-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer mit auswertbaren Kosten- und Ergebnisdaten. Von der ursprünglichen TADS-Stichprobe (n = 439 Jugendliche) mit einer schweren depressiven Störung schieden 48 vor Abschluss der Phase I (12 Wochen) aus, und 23 weitere Jugendliche schieden aus anderen Gründen aus. Von dieser Stichprobe schlossen 351 das 12-wöchige Akutbehandlungsstadium ab, ohne ihren nach dem Zufallsprinzip zugeteilten Behandlungsarm vorzeitig zu verlassen.
h: Es wurden 3 bivariate Vergleiche durchgeführt, um die Kostenwirksamkeit jedes der aktiven Behandlungsarme (KVT + FLX, KVT, FLX) mit der des Placebo-Behandlungsarmes zu vergleichen. Zusätzlich wurde noch eine Analyse für den Vergleich der Kombinationstherapie (KVT + FLX) mit FLX allein durchgeführt.

(Fortsetzung)

Tabelle 24: Studiencharakteristika (Fortsetzung)

Studie	Studiendesign und Vorgehensweise	Studienpopulation relevante Charakteristika	Strategien		Land und Versorgungskontext	Endpunkt Kosten-effektivität	Studienfinanzierung
			Prüf-intervention	Vergleichs-intervention			
i: Finanziert durch NIMH Grants N01 MH-80008 an das Duke University Medical Center und K01 MH-065639. Ein Autor (Dr. Kratochvil) war Berater für Eli Lilly, AstraZeneca, Abbot und Pfizer. Ein 2. Autor (Dr. March) besitzt Wertpapiere bei MedAvante und war als Berater für Pfizer, Wyeth, Eli Lilly und GlaxoSmithKline tätig. Beide Autoren erhalten auch Zuschüsse für andere Studien und sind an anderen industriebezogenen Aktivitäten beteiligt. Die anderen Autorinnen und Autoren meldeten keine Interessenkonflikte. j: Von den ursprünglich 369 Jugendlichen in der 1. klinischen Studie (Domino08 [70]) blieben in der klinischen Folgestudie (Domino09 [71]) 327 Jugendliche und nach Follow-up von 36 Wochen noch 243 Jugendliche übrig; davon waren für 198 Jugendliche die vollständigen Daten der Leistungsanspruchnahme und Endpunkte verfügbar. Die fehlenden Daten / Kosten wurden durch verkettete Gleichungen imputiert (MICE mit Missing at Random). k: Der Vergleich der inkrementellen Kosten und Ergebnisse betraf KVT mit FLX und KVT + FLX mit FLX. l: Siehe g. Dr. Silva war als Beraterin für Pfizer tätig. Die anderen Autorinnen und Autoren meldeten keine Interessenkonflikte. m: Für 275 Jugendliche waren die Kostendaten und die Daten zur Leistungsanspruchnahme verfügbar. 470 Jugendliche wurden in der klinischen Studie zufällig dem jeweiligen Behandlungsarm zugeordnet. Für 392 Jugendliche waren Daten zu den klinischen Endpunkten nach Follow-up verfügbar. n: Fluoxetin oder ein anderer SSRI konnten hinzugefügt werden, wenn Klinikerinnen und Kliniker der Ansicht waren, dass eine Kombinationstherapie die Zeit bis zur Remission beschleunigen kann. o: Die Studie wurde vom Programm zur Gesundheitstechnologie-Bewertung (HTA) des National Institute for Health Research (NIHR) finanziert (Projektnummer 06/05/01). Mehrere Autorinnen und Autoren des HTA / der Studie bezogen aufgrund von beratenden Tätigkeiten Vergütungen von Lundbeck. p: In der ges.ök. Studie (Lynch [69]) wurden die verschiedenen Medikamentenwechsel für den jeweiligen Interventionsarm zusammengefasst, das heißt i) Venlafaxin (n = 83) und ii) SSRI (n = 83) als RX (Medikamentenwechsel) und iii) Venlafaxine + KVT bzw. iv) SSRI + KVT als KVT + RX. q: Mehrere Autorinnen und Autoren erhielten finanzielle Unterstützung von Pharmafirmen und nahmen beratende Tätigkeiten bei solchen wahr. Diese Studie wurde durch die Stipendien MH61835 (Standort Pittsburgh), MH61856 (Standort Galveston), MH61864 (Standort UCLA), MH61869 (Standort Portland), MH61958 (Standort Dallas) und MH62014 (Standort Brown University) vom National Institute of Mental Health und durch das Stipendium MH66371 vom Advanced Center for Early-Onset Mood and Anxiety Disorders (Dr. Brent) unterstützt. Abkürzungen: ASD: Autismus-Spektrum Störung; BPI: Brief Psychosocial Intervention / kurze psychosoziale Intervention; CDRS-R: Children’s Depression Rating Scale – Revised; DFDs: Depression Free Days / depressionsfreie Tage; DIDs: Depression-Improvement-Days / Depressionsbewältigungstage; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; FLX: Fluoxetin; ges.ök.: gesundheitsökonomisch; HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents; ICER: inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis / inkrementelles Kosten-Nutzen-Verhältnis, ITT: Intention to treat; K-SADS-PL: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; NHS: National Health Service; n.v.: nicht verfügbar; QALYs: Quality-Adjusted Life Years / qualitätsadjustierte Lebensjahre; RX: Medikamentenwechsel / -umstellung; SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors / Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; STPP: Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy / kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie; ÜB: übliche Behandlung (Treatment as usual / TAU)							

In Tabelle 25 werden die Charakteristika der begleitenden gesundheitsökonomischen Evaluation dargestellt.

Tabelle 25: Studiencharakteristika begleitende gesundheitsökonomische Evaluation

Studie	Studien- typ	Einschlusskriterien	Randomisierungsverfahren	Studien- dauer	Umgang mit Unsicherheit
Byford: Goodyer et al. 2007 (ADAPT trial) [59,60]	RCT (multi- zentrisch 2 Zentren)	Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren mit einer schweren oder vermutlich schweren Depression nach DSM-IV-Kriterien und einem HoNOSCA-Score ≥ 7 ; 12 Jugendliche mit aktiver Selbstmordabsicht, Selbstverletzung, depressiver Psychose oder Verhaltensstörung wurden einbezogen ^a	Randomisierung im Verhältnis 1:1 in KVT + FLX bzw. FLX unter Verwendung stochastischer Minimierung, um ein Gleichgewicht in Bezug auf Schweregrad, Zentrum, Geschlecht, komorbide Verhaltensstörung und Alters sicherzustellen, Verblindung der Evaluatoreninnen / Evaluatoren (Forschungspersonal nahm Jugendliche auf, und ein unabhängiges Telefon-Randomisierungszentrum wies die Behandlung zu)	Rekrutierung: ~ 4 Jahre (Juni 2000– November 2004) Follow-up: 28 Wochen ^b	Subgruppenanalyse, univariate Sensitivitätsanalysen: Variation des Gehalts der Therapeutinnen und Therapeuten; nicht in Anspruch genommene Sitzungen wurden berücksichtigt ^c ; Supervisionskosten der Therapeutinnen und Therapeuten wurden berücksichtigt; stationäre Fälle wurden berücksichtigt; Produktivitätsverluste und Reisekosten der Eltern wurden einkalkuliert; lokale Kosten wurden auf nationale Einheitskosten umgerechnet; probabilistische Kosteneffektivitäts-Akzeptanzkurven
Dickerson: Clarke et al. 2016 (STAND Trial) [61]	RCT (n. v.)	Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren mit einer schweren Depression nach DSM-IV-Kriterien, diagnostiziert nach K-SADS-PL bei der medizinischen Erstversorgung / Kontakt, die eine Behandlung mit AD ablehnen bzw. bei denen eine AD-Therapie kürzlich gestoppt wurde (Einhaltung < 30 Tage)	Randomisierung im Verhältnis 1:1 in ÜB bzw. KVT + ÜB und Stratifizierung nach dem Schweregrad der Depression (CES-D < 34 vs. ≥ 34), dem Geschlecht / Gender, der Ethnizität und dem Alter (12–15 vs. 16–18 Jahre); Verblindung der Evaluatoreninnen / Evaluatoren	Rekrutierung: ~ 4 Jahre (2006– November 2010) Follow-up: 24 Monate	univariate Sensitivitätsanalysen: Variation der Depressionsgewichtung für die QALY-Berechnungen; Streichung stationärer Leistungen, da solche Leistungen hohe Kosten verursachen und selten sein können; Evaluierung der Auswirkungen potenziell übermäßig einflussreicher Ausreißer (Winsorising); probabilistische Kosteneffektivitäts-Akzeptanzkurven

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Studiencharakteristika begleitende gesundheitsökonomische Evaluation (Fortsetzung)

Studie	Studien- typ	Einschlusskriterien	Randomisierungsverfahren	Studien- dauer	Umgang mit Unsicherheit
Domino08: March et al. 2004 (TADS Trial) [58]	RCT (multi- zentrisch 13 Zentren)	Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren mit einer schweren Depression nach DSM-IV-Kriterien, Möglichkeit zur ambulanten Behandlung, CDRS- R-Score ≥ 45 bei Studienbeginn, IQ ≥ 80 ; Verzicht auf die Einnahme von AD vor der Einwilligung; depressive Stimmung in mindestens 2 von 3 Kontexten (zu Hause, in der Schule, unter Gleichaltrigen) mindestens 6 Wochen vor der Einwilligung; eine gleichzeitige Behandlung mit stabilen Psychostimulanzien (z. B. Methylphenidat oder gemischte Amphetamin-Salze) bei Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen war erlaubt	Randomisierung (computergestützt stratifiziert) im Verhältnis 1:1:1:1 in FLX allein, KVT allein, FLX mit KVT oder Placebo; permutiertes Blocking (erste Blockgröße = 4, mit nachfolgenden zufälligen Blockgrößen von 4 und 8) innerhalb jedes Stratum sowie Ort und Geschlecht als Stratifikationsvariablen; Doppelverblindung in FLX- / Placebogruppe (außer in Notfällen); unabhängige verblindete Gutachterinnen / Gutachter mit Ausnahme der Bewertungen; den Eltern, Jugendlichen und Gutachterinnen / Gutachtern wurden spezifische Anweisungen gegeben, den Behandlungsauftrag nicht offenzulegen	Rekrutierung: ~ 3 Jahre (Frühling 2000– Sommer 2003) Follow-up: 12 Wochen	Subgruppenanalyse, univariate Sensitivitätsanalysen: Variation der Arzneimittelkosten (25 % bis 50 % des Ausgangsniveaus) ^d ; Ausschluss der Jugendlichen ohne 6-Wochen-Scores (n = 21); Variation der Depressionsgewichtung für die QALY-Berechnungen; niedrigere Vergütungssätze der Leistungen; probabilistische Kosteneffektivitäts-Akzeptanzkurven
Domino09: March et al. 2007 und Emslie et. al 2006 (TADS- Trial) [62,63]	<i>siehe Domino08</i>	<i>siehe Domino08</i>	Randomisierung wie Domino08; nach 12 Wochen wurden die Behandlungen mit FLX und Placebo entblindet; Jugendliche, die ein Placebo bekamen, wurden nach der 12. Woche offen behandelt, allerdings berücksichtigt diese Studie nur die 327 Jugendlichen in den 3 aktiven Armen ohne Placebothherapie	Rekrutierung: ~ 4 Jahre (2000–2004) Follow-up: 36 Wochen	univariate Sensitivitätsanalysen: Variation der Depressionsgewichtung für die QALY-Berechnungen; probabilistische Kosteneffektivitäts-Akzeptanzkurven

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Studiencharakteristika begleitende gesundheitsökonomische Evaluation (Fortsetzung)

Studie	Studien- typ	Einschlusskriterien	Randomisierungsverfahren	Studien- dauer	Umgang mit Unsicherheit
Goodyer: Goodyer et al. 2017 (IMPACT-Trial) [64,65]	RCT (multi- zentrisch 15 Zentren)	Jugendliche im Alter von 11 bis 17 mit einer unipolaren schweren Depression, diagnostiziert nach DSM-IV-Kriterien, Jugendliche aus 15 Routinekliniken für psychische Gesundheit des National Health Service (NHS) mit Fokus auf Kinder und Jugendliche (CAMHS) ^e	Randomisierung (webbasiert) im Verhältnis 1:1:1 in KVT, BPI, STPP durch die Studienkoordinatorin / den Studienkoordinator, wobei die stochastische Minimierung nach Alter (11–13 Jahre vs. 14–15 Jahre vs. 16–17 Jahre), Geschlecht, selbstberichtetem Depressionssummenwert (≤ 29 vs. 30–39 vs. 40–49 vs. ≥ 50) und Region erfolgte; Jugendliche und behandelte Personen waren sich über die Gruppenzuteilung im Klaren, aber die Zuteilung wurde von den evaluierenden Personen verblindet	Rekrutierung: ~ 3 Jahre (Juni 2010 bis Januar 2013) Follow-up: 86 Wochen	univariate Sensitivitätsanalysen: Variation der Kosten für angebotene, aber nicht besuchte Sitzungen von 0 auf 50 % der Kosten einer Sitzung ^c ; Berücksichtigung fehlender Daten durch multiple Imputation; Analyse anhand der Kosten pro Woche statt der Kosten über das gesamte Follow-up; probabilistische Kosteneffektivitäts-Akzeptanzkurven
Lynch: Brent et al. 2008 und Emslie et al. 2010 (TORDIA-Trial) [66,67]	RCT (multi- zentrisch 6 Zentren)	Jugendliche im Alter von 11 bis 18 mit einer moderaten bis schweren depressiven Störung, diagnostiziert nach DSM-IV-Kriterien, die trotz 8-wöchiger Behandlung mit einem SSRI (die letzten 4 Wochen mit einer Dosis von mindestens 40 mg Fluoxetin) anhielt; als Nichtansprechen auf die Behandlung mit SSRI wurde definiert, dass eine vorliegende schwere Depression, die die	Randomisierung im Verhältnis 1:1:1:1 in ein 2 x 2 faktorielles Design ^f ; die Randomisierung wurde sowohl innerhalb als auch zwischen den Standorten im Hinblick auf kommende Behandlungsmedikation, komorbide Angstzustände, chronische Depression (Dauer ≥ 24 Monate) und Suizidvorstellungen (Beck Depression Inventory Item 9 ≥ 2) mittels Efron's-Biased Coin Toss ausgeglichen, wobei eine Variation des verzerrten	Rekrutierung: ~ 6 Jahre (2000 bis 2006) Follow-up: 24 Wochen	Subgruppenanalyse, univariate Sensitivitätsanalysen: andere Gewichtung des Präferenzgewichts hinsichtlich der QALY-Berechnung; Variation der Depressionsgewichtung (schwere Depression) für die QALY-Berechnungen; alternative Analyse zur Berechnung der DFDs; Ausschluss eines Ausreißers mit hohen Kosten; Ausschluss eines Studienteilnehmers, der während des größten Teils der Studienperiode im Krankenhaus lag;

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Studiencharakteristika begleitende gesundheitsökonomische Evaluation (Fortsetzung)

Studie	Studien- typ	Einschlusskriterien	Randomisierungsverfahren	Studien- dauer	Umgang mit Unsicherheit
		DSM-IV-Kriterien erfüllt, nach diesen 8 Wochen mit mindestens mittelschwerem Schweregrad fortbesteht	Münzwurfes verwendet wurde; Jugendliche, Klinikerinnen / Kliniker und unabhängige Gutachterinnen / Gutachter wurden hinsichtlich der Art der Medikation verblindet; unabhängige Gutachterinnen / Gutachter waren für die Vergabe von KVT-Medikamenten ebenfalls verblindet		Ausschluss aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in der Studienperiode einen stationären Krankenhausaufenthalt hatten (n = 24), und Berücksichtigung nur der ambulanten Kosten; probabilistische Kosteneffektivitäts-Akzeptanzkurven
a: Vor der Randomisierung wurde eine kurze psychosoziale Intervention durchgeführt, um Jugendliche mit Depressionen auszuschließen, die sich rasch zurückbilden. b: Obwohl die endgültige Nachbeobachtung 28 Wochen nach Studieneintritt geplant war, wurde dies nicht immer erreicht. Aus diesem Grund variierte die Länge der Nachbeobachtung sehr stark (Bereich 21–51 Wochen); es gab jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Behandlungsgruppen (Mittelwert 29 Wochen in beiden Behandlungsgruppen). c: In der Hauptanalyse wurden Sitzungen ausgeschlossen, bei denen der Teilnehmer nicht anwesend war, was voraussetzt, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut in der Lage war, die Zeit für andere Behandlungen zu nutzen. d: Grund war die erhebliche Arzneimittelkostenänderung im Studienzeitraum (seit 2001 ist generisches Fluoxetin verfügbar). e: Im britischen NHS werden Jugendliche, die auf gemeindenähe Behandlungen nicht ansprechen, möglicherweise in spezialisierte ambulante Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) geschickt. Daher wiesen die in dieser Studie aufgenommenen Jugendlichen eine hohe Anzahl von Symptomen und gleichzeitige persönliche Beeinträchtigungen auf. f: Bei der klinischen Studie handelte es sich um eine Studie zur Untersuchung von Interventionen der 2. Stufe bei Jugendlichen mit Depression, die in einer ersten Studie mit SSRIs nicht angesprochen hatten. Die Jugendlichen wurden nach dem Zufallsprinzip einer der folgenden 4 Behandlungen zugeteilt: i) Wechsel zu einem anderen SSRI, ii) Wechsel zu Venlafaxin, iii) Wechsel zu einem anderen SSRI plus KVT, iv) Wechsel zu Venlafaxin plus KVT. In der ges.ök. Studie wurden die verschiedenen Medikamentenwechsel für den jeweiligen Interventionsarm zusammengefasst, das heißt i) und ii) als RX (Medikamentenwechsel) und iii) bzw. iv) plus KVT als KVT + RX. Abkürzungen: AD: Antidepressiva; BPI: Brief Psychosocial Intervention / kurze psychosoziale Intervention; CAMHS: Child and Adolescent Mental Health Services; CDRS-R: Children's Depression Rating Scale – Revised; FLX: Fluoxetin; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; n. v.: nicht verfügbar; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SSRI: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; STPP: Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy / kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie; ÜB: übliche Behandlung (Treatment as usual / TAU); vs.: versus					

A4.2.2.2 Input/Outcome-Parameter

Die Endpunkte für die Kosten-Effektivitäts-Analysen basieren auf unterschiedlichen Instrumenten zur Messung der psychischen Gesundheit, die im Rahmen der klinischen Studie erhoben wurden. 2 gesundheitsökonomische Publikationen [68,71] berichteten die HoNOSCA [73] als primären klinischen Endpunkt, wobei die HoNOSCA-Werte nur in die gesundheitsökonomische Publikation [71], nicht aber in die dazugehörige klinische Studie [62,63] Eingang fanden. 3 Studien [69-72] zogen den CDRS-R-Score [74] als klinischen Endpunkt heran. Diese Werte wurden in depressionsfreie Tage (DFDs) umgerechnet. 1 Studie [65] berichtete Werte des Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) [198,199], einer Umfrage, die depressive Symptome bei Kindern und jungen Erwachsenen misst. 1 weitere Publikation [71] berichtete zusätzlich Werte des Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q)[75] und wandelte diese in DFDs um. Diese pädiatrische Version des Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF) wurde entwickelt, um die Beurteilung eines wichtigen Aspektes der Lebenserfahrung von Kindern und Jugendlichen zu erleichtern. Außerdem gibt 1 Studie [69] Auskunft über Depressionsbewältigungstage (Depression-Improvement-Days, DIDs) – dabei handelt es sich um die Zahl jener Tage, an denen die Kinder und Jugendlichen eine signifikante Verbesserung der Depressionssymptome gegenüber dem Ausgangswert aufwiesen (Details zur Berechnung siehe Tabelle 26 und Tabelle 27).

Zusätzlich zu den primären klinischen Endpunkten, die in den Kosten-Effektivitäts-Analysen als Outcome-Parameter herangezogen wurden, berechneten alle Studien Nutzwertparameter in Form von qualitätsadjustierten Lebensjahren für die Erstellung einer Kosten-Nutzwert-Analyse. Die QALYs wurden hierbei mit unterschiedlichen Methoden ermittelt. In 2 Studien [65,72] erfolgte eine Überleitung der EQ-5D-Utilities in QALYs nach [76,77] beziehungsweise [78-80]. In weiteren 3 Studien beziehungsweise 4 Publikationen [65,69-72] wurde eine Überleitung (Mapping) von DFDs nach CDRS-R in QALYs durchgeführt. In 1 Studie [72] geschah das mittels linearer Gewichtung der CDRS-R-Werte, um zwischen dem nicht depressiven und dem vollständig depressiven Schwellenwert zu interpolieren, und anschließender Zuordnung von Präferenzgewichten hinsichtlich des Depressionsgrads [69,114,115,200]. Hierbei erfolgte die Kategorisierung der Tage im Follow-up in Tage ohne Depression, Tage mit partieller Depression und Tage mit vollständiger Depression. Anschließend wurde eine lineare Gewichtung durchgeführt, um zwischen der nicht depressiven und der volldepressiven Schwelle zu interpolieren und um jedem Tag im Follow-up einen geschätzten Depressionswert zuzuordnen. Die Anzahl der DFDs war die Gesamtzahl der Tage im Intervall minus Tage mit signifikanten depressiven Symptomen.

In den 2 gesundheitsökonomischen Publikationen des TADS-Trial [70,71] wurde die Überleitung mittels linearer Interpolation der CDRS-R-Werte auf Basis der Symptome in der Vorwoche und Zuordnung von Präferenzgewichten hinsichtlich des Depressionsgrads

vorgenommen [114,115,200]. Die 3. Studie [69], die eine Überleitung von DFDs in QALYs anstellte, führte auch eine Interpolation zwischen den verschiedenen Depressionszuständen sowie eine Zuordnung von Präferenzgewichten durch, wobei eine quadratische Gewichtung zwischen depressiver und nicht depressiver Phase auf Basis der CDRS-R-Werte gemacht wurde [114,115,200,201]. Alle Studien, die ein Mapping von DFDs auf QALYs anstellten [69-72], verwendeten eine QALY-Gewichtung von 1 für depressionsfreie Zustände beziehungsweise von 0,6 für eine depressive Episode. 1 Publikation kalkulierte neben DFD-QALYs zusätzlich noch PQ-LES-Q-QALYs aus den Werten des PQ-LES-Questionnaire mit denselben QALY-Gewichtungen.

Lediglich in 1 Studie [65] wurden die QALYs aufgrund der Follow-up-Dauer von 86 Wochen im 2. Jahr, wie von NICE empfohlen, mit einer Rate von 3,5 % diskontiert [81].

In Tabelle 26 werden die in die Analyse eingehenden Daten zum Nutzen dargestellt.

Tabelle 26: Daten zum Nutzen

Studie	primäre klinische Endpunkte <Effektmaß>	Nutzenparameter / Nutzwertparameter in der ges.ök. Studie <Effektmaß>	Quellen [Zitat]
Byford	HoNOSCA ^a	QALYs	HoNOSCA [73], QALYs [76,77]
Dickerson	DFDs nach CDRS-R	QALYs	DFDs nach CDRS-R ^b [74], QALYs [114]
Domino08	DFDs nach CDRS-R-Score, CGI-Rating-Skala ^c	QALYs	CDRS-R [74], CGI-Rating-Skala ^c [115,202], QALYs [114,115]
Domino09	DFDs nach CDRS-R-Score, HoNOSCA, PQ-LES-Q, CGI-Rating Skala ^d	QALYs	CDRS-R [74], HoNOSCA [73], PQ-LES-Q [75], CGI-Rating-Skala ^d [202], QALYs [114,115]
Goodyer	MFQ ^e (selbstberichtete Symptome)	QALYs	MFQ [198,199], QALYs auf Basis von EQ-5D [78-80,203]
Lynch	DFDs nach CDRS-R-Score, CGI-Rating-Skala	QALYs, DIDs	CDRS-R [74], CGI-Rating-Skala ^d [202], QALYs [114,115], DIDs ^f

a: Höhere Werte des HoNOSCA-Scores implizieren ein schlechteres Ergebnis hinsichtlich der Schwere der Depression. Sekundäre Endpunkte: MFQ: Mood and Feeling Questionnaire; CGAS: Children's Global Assessment Scale; CDRS: Children's Depression Rating Scale
b: Kalkulation der DFDs: Kategorisierung der Tage im Follow-up in Tage ohne Depression, Tage mit partieller Depression oder Tage mit vollständiger Depression und anschließende lineare Gewichtung, um zwischen der nicht depressiven und der volldepressiven Schwelle zu interpolieren und jedem Tag im Follow-up einen geschätzten Depressionswert zuzuordnen. Die Anzahl der DFDs war die Gesamtzahl der Tage minus der Tage mit signifikanten depressiven Symptomen.
c: Die CGI-Rating-Skala wurde nur in der klinischen Studie berichtet.
d: PQ-LES-Q- und HoNOSCA-Werte wurden nur in der ges.ök. Studie berichtet, CGI-Rating-Skala wiederum nur in der klinischen Studie.
e: Sekundäre Endpunkte: ABQ: Antisocial Behaviour Questionnaire; HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents; K-SADS MDD/K-SADS-PL: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Major Depressive Disorder, LOI: Leyton Obsessional Inventory; RCMAS: Revised Children's Manifest Anxiety Scale
f: DIDs sind jene Tage, an denen die Jugendlichen eine signifikante Verbesserung der Depressionssymptome gegenüber dem Ausgangswert aufwiesen. Tage, die die vollen Verbesserungskriterien erfüllten, wurden als volle DIDs gewichtet; Tage mit einer gewissen Verbesserung, die jedoch nicht die vollen Kriterien erfüllte, erhielten ein Teilverbesserungsgewicht; Tage ohne Verbesserung wurden mit 0 gewichtet; und Tage mit sich verschlechternden Symptomen erhielten ein negatives Gewicht, das dem Grad der beobachteten Verschlechterung entsprach.

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Daten zum Nutzen (Fortsetzung)

Studie	primäre klinische Endpunkte <Effektmaß>	Nutzenparameter / Nutzwertparameter in der ges.ök. Studie <Effektmaß>	Quellen [Zitat]
Abkürzungen: CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; CGI: Clinical Global Impression; CDRS-R: Children's Depression Rating Scale – Revised; DFDs = Depression free days / depressionsfreie Tage; DIDs: Depression-Improvement-Days / Depressionsbewältigungstage; HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents, MFQ: Mood and Feeling Questionnaire; PQ-LES-Q: Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; QALY: Quality-Adjusted Life Years / qualitätsadjustierte Lebensjahre			

In Tabelle 27 werden die in den Studien verwendeten Daten zu Nutzwerten dargestellt.

Tabelle 27: Daten zu Nutzwerten

Studie	Erhebungsinstrument (gegebenenfalls Tarif)	Quelle [Zitat]
Byford	Überleitung von EQ-5D-Utilities / VAS in QALYs	EQ-5D/VAS bzw. QALYs [76,77]
Dickerson	Überleitung (Mapping) von DFDs ^a nach CDRS-R in QALYs mittels linearer Gewichtung der CDRS-R-Werte, um zwischen dem nicht depressiven und dem vollständig depressiven Schwellenwert zu interpolieren, und Zuordnung von Präferenzgewichten hinsichtlich des Depressionsgrads / der Depressionskategorie, QALY-Gewichtung: 1 (depressionsfrei) bzw. 0,6 (depressive Episode)	QALYs [69,114,115,200]
Domino08	Überleitung (Mapping) von DFDs nach CDRS-R in QALYs mittels linearer Interpolation der CDRS-R-Werte auf Basis der Symptome in der Vorwoche, um einen täglichen Score zu berechnen, und Zuordnung von Präferenzgewichten hinsichtlich des Depressionsgrads / der Depressionskategorie, CDRS-R-Scores: < 29 (depressionsfrei), 20–45 (proportional depressionsfrei), > 45 (vollständige Depression / 0 depressionsfreie Tage), QALY-Gewichtung: 1 (depressionsfrei) bzw. 0,6 (depressive Episode)	QALYs [114,115,200]
Domino09	siehe <i>Domino08</i> plus eigene explorative Überleitungsmethode von PQ-LES-Q in PQ-LES-Q-QALYs, „um der Kritik an DFD-QALYs entgegenzuwirken und einen Beitrag zur Literatur über QALYs bei Jugendlichen zu leisten“	QALYs [114,115,200], eigene explorative Methode für PQ-LES-Q-QALYs
Goodyer	Überleitung von EQ-5D-Utilities in QALYs ^b	EQ-5D bzw. QALYs [78-80]
Lynch	Überleitung (Mapping) von DFDs nach CDRS-R in QALYs mittels quadratischer Gewichtung der CDRS-R-Werte, um zwischen depressiver und nicht depressiver Phase zu interpolieren, und Zuordnung von Präferenzgewichten hinsichtlich des Depressionsgrads / der Depressionskategorie, QALY-Gewichtung: 1 (depressionsfrei) bzw. 0,6 (depressive Episode), DIDs ^c	QALYs [114,115,200,201], DIDs ^c
a: Kalkulation der DFDs: Kategorisierung der Tage im Follow-up in Tage ohne Depression, Tage mit partieller Depression oder Tage mit vollständiger Depression und anschließende lineare Gewichtung, um zwischen der nicht depressiven und der volldepressiven Schwelle zu interpolieren und jedem Tag im Follow-up einen geschätzten Depressionswert zuzuordnen. Die Anzahl der DFDs war die Gesamtzahl der Tage im Intervall minus der Tage mit signifikanten depressiven Symptomen. b: QALYs im 2. Jahr wurden, wie von NICE empfohlen, mit einer Rate von 3,5 % diskontiert [81]. c: DIDs sind jene Tage, an denen die Jugendlichen eine signifikante Verbesserung der Depressionssymptome gegenüber dem Ausgangswert aufwiesen. Tage, die die vollen Verbesserungskriterien erfüllten, wurden als volle DIDs gewichtet; Tage mit einer gewissen Verbesserung, die jedoch nicht die vollen Kriterien erfüllte, erhielten ein Teilverbesserungsgewicht; Tage ohne Verbesserung wurden mit 0 gewichtet; und Tage mit sich verschlechternden Symptomen erhielten ein negatives Gewicht, das dem Grad der beobachteten Verschlechterung entsprach. Abkürzungen: CDRS-R: Children's Depression Rating Scale – Revised; DFDs: Depression free days / depressionsfreie Tage; DID: Depression-Improvement-Days / Depressionsbewältigungstage; PQ-LES-Q: Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; QALYs: Quality-Adjusted Life Years / qualitätsadjustierte Lebensjahre; VAS: visuelle Analogskala		

A4.2.2.3 Kostenparameter und Mengen

Alle Studien nahmen eine Gesellschaftsperspektive im Kontext des jeweiligen Landes ein und berichteten demnach direkt medizinische Kosten, direkt nicht medizinische Kosten und indirekte Kosten. 2 in UK durchgeführte Studien gaben die Kosten in Pfund Sterling mit den Indexjahren 2003/04 [68] beziehungsweise 2011/12 [65] an. Die restlichen Studien wurden im US-amerikanischen Kontext erstellt und berichteten in US-Dollar mit 2003 [70,71], 2006 [69] beziehungsweise 2008 [72] als Indexjahr. Eine Diskontierung der Kostendaten wurde nur in einer Studie vorgenommen [65].

Folgende Kostenpositionen wurden für die direkten medizinischen Kosten berichtet: (1) Personalkosten: Gehalt der jeweiligen Fachkraft für die Intervention, beispielsweise KVT-Therapeutin / -Therapeut, beziehungsweise Sitzungskosten (5 Studien [65,68-72]); (2) Kosten der Arzneimittel und des Arzneimittelmanagements, inkludierend Kosten für Antidepressiva (5 Studien [65,68-72]), für weitere Medikamente wie Schlaftabletten und Antipsychotika (1 Studie [65]); (3) Kosten des Monitorings unerwünschter Ereignisse sowie Kosten zur Vermeidung von Studienabbrüchen (2 Studien [70,71]); (4) Kosten der interventionsspezifischen Krankenhauskontakte / -leistungen, des Ressourcenverbrauchs für die KVT (4 Studien [68-72]), Kosten der Supervision (2 Studien [69,72]), Schulung und Materialien außerhalb der KVT-Sitzungen (2 Studien [69,72]), weitere direkte medizinische Kosten der üblichen (Standard-)Therapie (1 Studie [72]), allgemeinmedizinische Leistungen sowie Unfall- und Notfallbetreuung (1 Studie [65]), Kosten von Gemeinschafts- / Sozialdiensten (3 Studien [65,68,69]), pädagogische Kosten / schulische Beratungskosten (4 Studien [65,68-71]).

Die berichteten Kostenpositionen für die direkten nicht medizinischen Kosten umfassen: Overheadkosten (administrative, betriebswirtschaftliche Kosten, Kapitalkosten), (3 Studien [68,69,72]), sonstige private Leistungen (1 Studie [68]), Reisekosten der KVT-Therapeutin beziehungsweise des KVT-Therapeuten, direkte nicht medizinische Kosten der üblichen (Standard-)Therapie (1 Studie [72]), Reisekosten der Eltern (2 Studien [70-72]), Kosten für Personalunterbringung (1 Studie [65]).

Indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten stellten alle Studien dar. In 4 Studien beziehungsweise 5 Publikationen wurde das infolge der Reise- und Wartezeit entgangene Einkommen der Eltern [70-72] beziehungsweise der primären Begleitperson / des Elternteils [65] angeführt. 1 Studie [68] berücksichtigte die Angaben der primären Begleitperson beziehungsweise des Elternteils in Kombination mit dem Child and Adolescent Service Use Schedule (CA-SUS) [204] nur in der Sensitivitätsanalyse. 1 Studie [72] führte zusätzlich Kosten zu Transferleistungen in Form von Mindestlohn / -gehalt für erwerbslose Eltern an, die keiner Lohnarbeit nachgehen.

In den Studien wurden verschiedene Quellen für die Kostenparameter und Mengen herangezogen. 2 Studien [68,72] führten klinische Aufzeichnungen beziehungsweise Buchungsunterlagen und Schätzungen auf Basis von Informationen durch das Personal als Quellen für die Kosten und Mengen an. Einzelkosten aus Datenbanken und teilweise auf Basis anderer gesundheitsökonomischer Studien [69,70,115,200,205-214] wurden in 4 Studien [68-72] verwendet. 2 Studien [65,80] gaben explizit das British National Formulary [215,216] und NHS-Referenzkosten [217,218] als Quellen für die Kostenparameter an. Daten für das Einkommen des Elternteils, neben den berichteten Daten, kamen in 3 Studien beziehungsweise 4 Publikationen [69-72] von Schätzungen anderer gesundheitsökonomischer Studien [115,200,219-224]. 1 Studie [80] führte noch den Ofsted-Bericht [225,226] und eine weitere Studie im NHS-Kontext den Hospital and Community Health Services (HCHS) Index [227] als Quelle an. 2 weitere US-amerikanische Publikationen beziehungsweise 1 Studie [70,71] zogen Daten aus den Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) [228] als Quelle für die Kostenparameter an.

Wie oben beschrieben, griff man in einigen Studien auch für die Mengen der eingesetzten Ressourcen auf klinische Aufzeichnungen, Buchungsunterlagen und Schätzungen zurück [69-72]. 1 Studie verwendete für die Mengen den Child and Adolescent Service Use Schedule (CA- SUS) [80,204], 1 US-amerikanische Studie [72] das Child and Adolescent Services Assessment (CASA) [219] als Quelle.

In Tabelle 28 werden die in den Studien verwendeten Daten zu Kosten dargestellt.

Tabelle 28: Daten zu Kosten

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
Byford	Pfund Sterling (2003/04)	keine Diskontierung	Gesellschaftsperspektive (breite dienstleistungsorientierte Perspektive)	direkte medizinische Kosten: Gehalt der jeweiligen Fachkraft (inkl. Steuern und Abgaben) für die Intervention, Kosten Fluoxetin, interventionsspezifische Krankenhauskontakte / -leistungen, Einzelkosten von Gemeinschafts- / Sozialdiensten, pädagogische Kosten / schulische Beratungskosten direkte nicht medizinische Kosten: Overheadkosten (administrative, betriebswirtschaftliche Kosten und Kapitalkosten), sonstige private Leistungen^b indirekte Kosten: Produktivitätsverluste der primären Begleitperson / des Elternteils^b Transferleistungen: -	Preise / Kosten MW (SD): KVT + FLX^c: therapeutische Sitzung: 752 (683) £ Krankenhausleistungen: 2652 (9388) £ gemeindebasierte Leistungen: 68 (96) £ Medikamente: 40 (50) £ pädagogische Kosten: 3400 (3556) £ Kosten sozialer Dienst: 16 (70) £ Freiwilligensektor: 6 (33) £ private Leistungen: 7 (55) £ FLX^c: Sitzung: 262 (196) £ Krankenhausleistungen: 551 (1109) £ gemeindebasierte Leistungen: 74 (126) £ Medikamente: 32 (47) £ pädagogische Kosten: 3575 (4089) £ Kosten sozialer Dienst: 133 (1154) £ Freiwilligensektor: 14 (69) £ private Leistungen: 0 (3) £

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
					Mengen^d: KVT + FLX: therapeutische Sitzung: wöchentliche Sitzungen für 12 Wochen, anschließend 6 weitere Sitzungen über 12 Wochen und eine Abschlusssitzung in der 28. Woche bzw. tatsächliche Inanspruchnahme 11,3- mal durchschnittlich (SD: 5,8) je 55 Minuten FLX: Sitzung: 9 ambulante Sitzungen über 28 Wochen bzw. tatsächliche Inanspruchnahme 7- mal durchschnittlich (SD: 4) je 30 Minuten Quellen: < klinische Aufzeichnungen / Buchungsunterlagen, Informationen durch das Personal, CA-SUS [204], Einzelkosten [205], British National Formulary [215], NHS-Referenzkosten [217], weitere nationale Publikationen, Ofsted-Bericht [225,226] >

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
Dickerson	US-Dollar (2008)	keine Diskontierung	Gesellschaftsperspektive	direkte medizinische Kosten: Lohn / Gehalt KVT-Therapeutin / KVT-Therapeut, interventionsspezifischer Ressourcenverbrauch der KVT-Fachkraft (Eigenschätzung), Kosten für Supervision, Schulung und Materialien für die KVT, Kosten außerhalb der KVT-Sitzungen, direkte medizinische Kosten der ÜB^e direkte nicht medizinische Kosten: Overheadkosten (allgemeine Verwaltungskosten, Einrichtungskosten etc.), Reisekosten der KVT-Therapeutin / des KVT-Therapeuten, direkte nicht medizinische Kosten der ÜB, Reisekosten der Eltern indirekte Kosten: Produktivitätsausfall der Eltern aufgrund der Reise- und Wartezeit auf Basis des Einkommens Transferleistungen: Mindestlohn / -gehalt für erwerbslose Eltern	Preise / Kosten MW (SD): KVT + ÜB^{f, g}: nicht protokollarische Kosten: Dienstnutzung 1578 (4533) \$ Familienkosten 563 (1318) \$ Interventionskosten: KVT-Programm 587 (206) \$ Familienkosten 55 (37) \$ ÜB^f: nicht protokollarische Kosten: Dienstnutzung 5905 (20 098) \$ Familienkosten 1448 (4590) \$ Mengen: KVT + ÜB: Menge: 1 x Einführungssitzung, Modul 1 (4 Sitzungen), Modul 2 (optional, wieder 4 Sitzungen), Fortsetzungsphase (bis zu 6 Kontakte), je 1 x Beurteilungs- / Kontrolltermine nach 6, 12, 26, 52, 78, 104 Wochen ÜB: n.v.^f

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
					Quellen: < Buchungsunterlagen, Schätzung durch das Personal, CASA ^f [219], Einzelkosten anderer Studien [69,70,115,200], berichtetes Einkommen [221] >
Domino08	US-Dollar (2003)	keine Diskontierung	Gesellschaftsperspektive	direkte medizinische Kosten^h: Kosten der KVT-Sitzung und des Arzneimittelmanagements (Studienpersonal), Kosten Fluoxetin, direkte interventionsspezifische und indirekte medizinische Out-of-Protocol-Kosten (stationäre Behandlung, schulische Beratung etc.), Kosten des AE-Monitorings, Kosten von Sitzungen zur Vermeidung von Patientenschwund direkte nicht medizinische Kosten: Reisekosten der Eltern indirekte Kosten: Produktivitätsausfall der Eltern aufgrund der Reise- und Wartezeit auf Basis des Einkommens Transferleistungen: -	Preise / Kosten: KVT + FLX und KVT: therapeutische Sitzung: 113,09 \$ Arzneimittelmanagementsitzung: 59,83 \$ FLX: FLX-Kosten: 0,451 \$ pro 10 mg Tablette Arzneimittelmanagementsitzung: 59,83 \$ Out-of-Protocol-Leistungen: Entgiftungseinheit: 234,17 \$ Drogen- / Alkoholambulanz (ambulant): 140,20 \$ fachgerechte Behandlung (ambulant): 81,76 \$ Hausarzt / AM: 104,89 \$

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
					ER-Kontakt (psych. Gesundheit / Suchtmittel): 273,61 \$ ambulanter Kontakt (nicht psych. Gesundheit): 104,89 \$ ER-Kontakt (nicht psych. Gesundheit): 580,13 \$ Kontakt psychiatr. Abteilung / Krankenhaus (stationär): 1215,72 \$ tagesklinischer / teilstationärer Aufenthalt: 596 \$ pro Woche /126,09 \$ pro Tag Krisendienst / Beratung (zu Hause): 81,76 \$ Klinikaufnahme (allgemeine Leistungen) / Kontakt medizinische Versorgungseinheit (stationär): 1872,46 \$ Krisen-Hotline: 9,80 \$ pro 15 Minuten schulische Beratung (allg. / Fachkraft): 20,69 \$ Sozialdienst: 39,79 \$ Kontakt Jugendgericht: 43 \$ Krisenzentrum: 139,54 \$ Wohngemeinschaft: 152,21 \$ Kontakt Therapiezentrum: 82,03 \$

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
					Kontakt therapeutische Betreuung: 89,28 \$ Fallmanagement: 60,20 \$ Mengen: KVT: 14–15 KVT-Sitzungen, von denen in 3– 4 entweder nur die Eltern oder die Eltern mit den Jugendlichen behandelt wurden FLX: 10 mg /Tag in der ersten Woche und 20 mg /Tag in den weiteren 12 Wochen Quellen: < Einzelkosten bzw. einzelne Studien [206-213], CMS [228], berichtetes Einkommen bzw. Schätzungen [221] >
Domino09	siehe Domino08	siehe Domino08	siehe Domino08	siehe Domino08 ⁱ	siehe Domino08 Preise / Kosten: Warte- / Reisezeit Eltern: berichteter stündlicher Lohn Reisekosten: 12,60 \$ /Stunde

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
					Mengen: 1 Stunde Wartezeit KVT-Sitzung und 40 Minuten für Arzneimittelmanagementsitzung Quellen: < Einzelkosten bzw. einzelne Studien [206-213], CMS [228], berichtetes Einkommen bzw. Schätzungen [221] >
Goodyer	Pfund Sterling (2011/12) ^j	3,5 % ^k	Gesellschaftsperspektive	direkte medizinische Kosten: Kosten von stationären und ambulanten Leistungen (unter anderem KVT-Sitzungen, allgemeinmedizinische Leistungen, gemeindebasierte Leistungen wie Krankenpflege etc.), Unfall- und Notfallbetreuung, Kosten AD (Fluoxetin), Schlaftabletten, Antipsychotika, soziale Betreuung und Bildungsarbeit direkte nicht medizinische Kosten: Kosten für Personalunterbringung indirekte Kosten: Produktivitätsausfall der primären Begleitperson / des Elternteils aufgrund der Reise- und Wartezeit auf Basis des Einkommens Transferleistungen: -	Preise/Kosten: KVT pro Sitzung: 71–111 £ STPP pro Sitzung: 64–190 £ BPI pro Sitzung: 58–17 £ Medikament pro Tagesdosis: verschiedene Preise stationärer Aufenthalt pro Nacht: 495–632 £ ambulanter Besuch pro Termin: 30–624 £ Unfall / Notfall pro Besuch: 131–155 £ Krankenwagen pro Fahrt: 230 £ Hausärztin / -arzt (HA) pro Minute Kontakt: 3,40 £ HA zu Hause pro Minute Hausbesuch: 4,30 £

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
					Telefonat beim HA pro Minute Kontakt: 3,38 £ Praxispflegehilfe pro Minute mit persönlichem Kontakt: 0,88 £ Bezirkspflegehilfe / Hebamme pro Minute Hausbesuch: 1,03 £ CAMHS-Team pro Kontakt: 225 £ Betreuerin / Betreuer (therapeutisch) pro Minute Kontakt: 1,08 £ Sozialarbeiterin / -arbeiter pro Minute: 3,43 £ Jugendarbeiterin / -arbeiter pro Minute: 0,61 £ Bildungspsychologin / -psychologe pro Minute: 2,27 £ physiotherapeutische Fachkraft pro Kontaktperson: 80 £ Sprech- und Sprachtherapie pro Kontakt: 88 £ Diätassistentin / -assistent pro Kontakt: 71 £ Jugendarbeiterin / -arbeiter (YOT)^l pro Minute: 3,43 £

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
					Mengen^m: KVT: 20 Sitzungen STPP: 28 Sitzungen BPI: 12 Sitzungen Quellen: < CA-SUS [68,204], British National Formulary [216], Hospital and Community Health Services Index [227], NHS Referenzkosten [218] >
Lynch	US-Dollar (2006)	keine Diskontierung	Gesellschaftsperspektive	direkte medizinische Kostenⁿ: Kosten von stationären und ambulanten Leistungen (unter anderem sämtliche Kosten für die Gehaltsabrechnung für KVT-Sitzungen, allgemeinmedizinische Leistungen, gemeindebasierte Leistungen wie Krankenpflege, Einrichtungskosten, Materialkosten, Supervision etc.), Kosten des Arzneimittelmanagements, Kosten für Medikamente, soziale Betreuung und Bildungsarbeit direkte nicht medizinische Kosten: Overhead- und sonstige Einrichtungskosten indirekte Kosten: Produktivitätsausfall der Eltern aufgrund der Reise- und Wartezeit auf Basis des Einkommens (familiäre Kosten) Transferleistungen: -	Preise / Kosten MW (SD): KVT+RX: Interventionskosten Medikamente: 460 (183) \$ Arzneimittelmanagement: 628 (365) \$ KVT: 232 (108) \$ familiäre Kosten: 1606 (1200) \$ nicht protokollarische Kosten: allg.: 2435 (8878) \$ familiäre Kosten: 325 (973) \$ RX: Interventionskosten: Medikamente: 460 (182) \$ Arzneimittelmanagement: 665 (326) \$ familiäre Kosten: 1204 (1479) \$

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
					nicht protokollarische Kosten: allg.: 1646 (5092) \$ familiäre Kosten: 305 (1178) \$ Mengen: n. v. Quellen: < Einzelkosten aus einzelnen Studien [70,214] CASA [219,220], berichtetes Einkommen bzw. Schätzungen [115,200,221-224] >
a: Aufgrund der Komplexität psychischer Krankheiten und auch der dazugehörigen ganzheitlichen Leistungserbringung können Kostenarten teilweise verschiedenen Kostenkategorien zugeordnet werden. Die Kostenzuordnung zu den jeweiligen Kostenkategorien wurde, soweit es möglich war, einheitlich vorgenommen. Interventionsspezifische Leistungen wurden den direkten medizinischen Kosten zugeordnet. Leistungen, die nicht unmittelbar auf Basis des Behandlungsprotokolls mit der spezifischen Intervention anfallen, aber kontingenterweise auftreten können (z. B. AE-Monitoring, Unfall- und Notfallbetreuung), und nicht ärztliche, interventionsunterstützende aktive Leistungen (z. B. gemeindebasierte Sozialarbeit, schulbasierte psychische Gesundheitsleistungen etc.) wurden ebenfalls den direkten medizinischen Kosten zugeordnet. Reisekosten des therapeutischen Personals wurden den indirekten Kosten zugeschlagen. b: Reisekosten und Produktivitätsverluste der Eltern wurden in der Sensitivitätsanalyse berücksichtigt. c: Fluoxetin war das primäre Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer-Medikament (SSRI). Wenn Fluoxetin unwirksam war oder Nebenwirkungen verursachte, wurden andere SSRIs in Betracht gezogen. Der exakte Preis der Medikamente wurde nicht explizit angegeben. d: Der durchschnittliche Ressourcenverbrauch inklusive prozentueller Inanspruchnahme wird in der Studie deskriptiv für die Jugendlichen für jede einzelne Leistung (insgesamt 26) dargestellt. Hier ist nur die Anzahl der Sitzungen für die Interventionen angeführt. e: In der Studie wurde bei den Kosten zwischen nicht protokollarischen (Kosten der Dienstnutzung, Familienkosten) und Interventionskosten (KVT) unterschieden. Kostenkategorien der direkten Kosten: Einheitskosten der stationären Leistungen, tagesklinische Kosten, Kosten für Arztbesuche, Kosten für Notfallbesuche, Kosten für Antidepressiva, Psychotropika und sonstige Stimulantien, Beratungskosten (allgemein und für Medikamente), Kosten des Schuldienstes, andere nicht protokollarische Kosten, Kosten bezogen auf den Jugendstrafvollzug. f: Exakte Mengen und Preise für einzelne Leistungen werden nicht angeführt. Es wird nur die Inanspruchnahme der Leistungen (in Prozent) nach einem ITT-Ansatz vermerkt. CASA sammelt Informationen über eine Vielzahl von psychosozialen Leistungen, die in einer Reihe von Einrichtungen, einschließlich stationärer, ambulanter und informeller Dienste, in Anspruch genommen werden können. g: Kosten nach 24 Monaten					

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Daten zu Kosten (Fortsetzung)

Studie	Währung (Indexjahr)	Diskontrate	Perspektive	Kostenarten ^a	Kostenparameter <Quellen> (für Mengen und Preise)
h: Die Leistungen bzw. Kosten wurden entweder durch das Studienpersonal für In-Protocoll-Leistungen oder durch Pflegepersonen für Out-of-Protocoll-Leistungen berichtet. Kosten für das Placebomittel, forschungsbezogene Kosten sowie Kosten für nicht antidepressive Medikamente wurden nicht berücksichtigt. i: Die Kosten in der ges.ök. Studie wurden als studien- und nichtstudienbezogene Kosten aufgelistet. j: Falls notwendig, wurden die Kosten auf Basis des Hospital and Community Health Services Index aktualisiert [227]. k: Die Kosten wie auch der Nutzen im 2. Jahr wurden, wie von NICE empfohlen, mit einem Satz von 3,5 % diskontiert [81]. l: Ein YOT befasst sich mit jugendlichen Straftätern, stellt Gemeinschaftsdienste und Reparationspläne auf und versucht, Rückfälle und Inhaftierungen von Jugendlichen zu verhindern. m: Die tatsächlich in Anspruch genommenen Sitzungen für die einzelnen Interventionen, KVT = 9, BPI = 6, STPP = 11 (Median), waren geringer als die empfohlene Anzahl der Sitzungen, allerdings wurden die Kosten nach einem ITT-Ansatz berechnet. n: Die Kosten in der ges.ök. Studie wurden als Nicht-Protokoll-Kosten und Interventions- bzw. Protokollkosten aufgelistet. Abkürzungen: BPI: Brief Psychosocial Intervention / kurze psychosoziale Intervention; CASA: Child and Adolescent Services Assessment; CA-SUS: Child and Adolescent Service Use Schedule; CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services; ER: Emergency Room / Notaufnahme; FLX: Fluoxetin; HA: Hausärztin/-arzt; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; MW: Mittelwert; n. v.: nicht verfügbar; RX: Medikamentenwechsel; SD: Standardabweichung; STPP: Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy / kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie; ÜB: Übliche Behandlung; YOT: Youth Offending Team					

A4.2.3 Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien stellt Tabelle 29 dar. Die ermittelten Kosten pro Patientin beziehungsweise Patient und / oder die inkrementellen Kosten-Effektivitätsbeziehungsweise Kosten-Nutzen-Verhältnisse werden jeweils entsprechend der in der Studie dargestellten Währung und dem entsprechenden Indexjahr angegeben. Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit werden bei den Endergebnissen nur inkrementelle Kosten-Nutzwert-Verhältnisse (also die Kosten pro QALY) berichtet. Ebenfalls aus Gründen der Vergleichbarkeit werden im Fall einer Übertragbarkeit die Kostenangaben zusätzlich (sofern notwendig) in € konvertiert und mithilfe des aktuellen Harmonisierten Verbraucherpreisindex (HVPI) des Statistischen Bundesamtes inflationiert.

A4.2.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Eine eigenständige KVT wurde in 1 Studie beziehungsweise 2 Publikationen mit einer Kombinationstherapie (KVT + FLX) oder Placebo für die Follow-up-Zeit von 12 Wochen [70] beziehungsweise Kombinationstherapie oder Fluoxetin allein für die Follow-up-Zeit von 36 Wochen [71] verglichen. 1 weitere Studie stellte die KVT einer kurzfristigen psychosozialen Intervention gegenüber [65]. Allerdings wurden nur bei den Vergleichen KVT versus Placebo nach 12 Wochen, KVT versus Fluoxetin nach 36 Wochen und KVT versus BPI inkrementelle Analysen zwischen den Behandlungsalternativen angestellt.

Nach 12 Wochen wies die KVT im Vergleich zu KVT + FLX geringere durchschnittliche Gesamtkosten auf (2678 versus 3322 \$), auch der Medianwert der Gesamtkosten war signifikant niedriger mit einem p-Wert < 0,01 (2287 versus 2832 \$). Gegenüber einem Placebo verzeichnete die eigenständige KVT höhere Gesamtkosten (2678 versus 1433 \$), allerdings wurde nicht auf einen statistischen Unterschied getestet [70]. Auch nach 36 Wochen zeigte die KVT im Vergleich zur Kombinationstherapie niedrigere Gesamtkosten (Mittelwert und Median), jedoch wurde die Differenz nicht auf statistische Signifikanz geprüft [71].

Verglichen mit Fluoxetin allein waren die Gesamtkosten einer eigenständigen KVT niedriger. Die Differenz von 346 \$ zugunsten der KVT war allerdings nicht statistisch signifikant für $p < 0,05$ [71].

Mit durchschnittlichen Gesamtkosten von 2379,01 £ wies die KVT im Vergleich zur BPI (2678,39 £) einen niedrigeren Wert auf. Die geschätzte Differenz betrug 338,54 £ zugunsten der KVT, war allerdings nicht statistisch signifikant ($p = 0,503$) [65].

Hinsichtlich des Nutzens wurden in einer Publikation keine absoluten Werte und Differenzen für den Vergleich KVT versus KVT + FLX beziehungsweise KVT versus Placebo berichtet [70]. Nach 36 Wochen stand die KVT mit einer Differenz von 19,4 DFDs und 0,02 DFD-QALYs schlechter da gegenüber einer Behandlung mit Fluoxetin allein ($p < 0,1$) [71]. Im

Wirksamkeitsvergleich mit der BPI wies die KVT einen niedrigeren EQ-5D-Wert und auch weniger QALYs auf. Allerdings war die mittlere Differenz von 0,009 QALYs nicht statistisch signifikant (p-Wert = 0,839) [65].

Für den Vergleich der KVT mit Placebo nach 12 Wochen ergab sich ein IKNV von 9 210 622 \$ (Placebo) [70]. Bei angegebenen Schwellenwerten von 100 000 und 125 000 \$ [229] ist die KVT im Vergleich zu Placebo nicht kosteneffektiv. Für die Gegenüberstellung KVT versus Kombinationstherapie (KVT + FLX) nach 12 Wochen wurden keine IKNV berichtet. Für den Vergleich der KVT mit FLX nach 36 Wochen wurden zwar Kosten-Effektivitäts-Ebenen dargestellt, aber keine expliziten IKNV berichtet. Die KVT im Vergleich mit Placebo oder FLX war nicht kosteneffektiv beziehungsweise konnten keine Belege dafür gefunden werden. Auch im Vergleich der KVT mit BPI wurden ausschließlich Kosten-Effektivitäts-Ebenen (Cost-Effectiveness-Planes) dargestellt und keine expliziten IKNV-Werte berichtet. Für angewendete Schwellenwerte beziehungsweise Willingness-to-pay-Werte von 20 000 beziehungsweise 30 000 £ war die KVT im Vergleich zu BPI kosteneffektiv. Die Wahrscheinlichkeit, dass die KVT kosteneffektiv war, lag für alle WTP-Niveaus über 50 % [65].

In den univariaten Sensitivitätsanalysen beim Vergleich KVT versus Placebo nach 12 Wochen ergaben sich zwar Veränderungen in den Werten der IKNV, allerdings keine solchen in der Kosteneffektivität vor dem Hintergrund der angegebenen Schwellenwerte. Die KVT war gegenüber Placebo in keiner Variante kosteneffektiv [70]. Auch der Vergleich KVT versus FLX nach 36 Wochen zeigte bei der Variation der Parameter in der Sensitivitätsanalyse keine Veränderung hinsichtlich des Gesamtergebnisses, dass die KVT im Vergleich zu FLX bei einem Schwellenwert von 100 000 \$ nicht kosteneffektiv ist [71]. Bei den verschiedenen Szenarien der Sensitivitätsanalysen im KVT-versus-BPI-Vergleich änderte sich nichts an der Rangordnung hinsichtlich der Gesamtkosten: KVT blieb in allen Fällen günstiger als eine BPI [65]. Was die durchschnittlichen Kostendifferenzen betrifft, änderten sich die Kosten zugunsten der BPI nur im Falle, dass ein Nichterscheinen zu den KVT-Sitzungen mit 50 % der Kosten kalkuliert wurde. Allerdings war dieser Wert nicht statistisch signifikant (p-Wert = 0,225). Bei dieser Studie wurden die Änderungen in der Sensitivitätsanalyse nicht hinsichtlich der IKNV gemacht.

A4.2.3.2 Kombinationstherapie (KVT + FLX, KVT + ÜB, KVT + RX)

4 Studien beziehungsweise 5 Publikationen analysierten eine Kombinationstherapie [68-72]. 2 Studien [68,70,71] verglichen eine KVT + FLX mit einer alleinigen FLX-Therapie oder Placebo, 1 weitere Studie [69] stellte einen Vergleich einer KVT plus Medikamentenwechsel mit einem alleinigen Medikamentenwechsel an. Die 4. Studie [72] analysierte eine Kombinationstherapie aus KVT und üblicher (Standard-) Behandlung (ÜB) mit einer ÜB bei Depressionen [72]. Die Inanspruchnahme beziehungsweise der Umfang von allgemeinen ÜB-Leistungen unterscheidet sich allerdings bei der Prüfintervention (KVT + ÜB) und der Vergleichsintervention (ÜB).

Die Kombinationstherapie KVT + FLX war hinsichtlich der durchschnittlichen Gesamtkosten laut 2 Publikationen im Vergleich zu FLX teurer (6940 versus 4640 £ [68] beziehungsweise 3322 versus 1714 \$ [70] nach 12 Wochen). Die Differenzen der Kosten hatten allerdings nur in einer Publikation statistische Signifikanz ($p < 0,01$). Im Vergleich zu KVT + FLX wies Placebo niedrigere Gesamtkosten auf (3322 versus 1433 \$), und auch die Differenz zugunsten des Placebos war statistisch signifikant ($p < 0,01$) [70]. In der Folgepublikation von [70] änderten sich die Gesamtkosten nach einer Follow-up-Zeit von 36 Wochen zugunsten der Kombinationstherapie (KVT + FLX) im Vergleich zur FLX. Die Differenz der Gesamtkosten war allerdings nicht statistisch signifikant ($p > 0,05$) [71]. Einen Placebovergleich nahm die Folgestudie nicht mehr vor. Bei einem alleinigen Medikamentenwechsel fielen im Vergleich zur Kombinationstherapie mit einer KVT niedrigere Gesamtkosten an, wobei sich die Differenz auf 1633 \$ belief und statistisch signifikant war ($p = 0,01$) [69]. Eine übliche Behandlung bei Depressionen erwies sich im Vergleich zur Kombinationstherapie KVT + ÜB als teurer ($p < 0,05$), da der Leistungsumfang des ÜB-Settings in beiden Interventionen unterschiedlich war.

Hinsichtlich der Outcomes (HoNOSCA, QALYs, CDRS-R, DFDs, DFD-QALYs, PQ-LES-Q, PQ-LES-Q-QALYs) war in 2 Publikationen [68,71] eine alleinige Therapie mit FLX besser als eine Kombinationstherapie mit KVT. Die Differenz hatte allerdings nur für PQ-LES-Q-QALYs statistische Signifikanz ($p < 0,01$) [68,71]. Für den Placebovergleich wurden keine absoluten Nutzenwerte oder Differenzen berichtet. Gegenüber einem alleinigen Medikamentenwechsel war jedoch die Kombinationstherapie hinsichtlich der Nutzenkennzahlen, DFDs, QALYs und DIDs, überlegen. Die Differenzen in den Nutzenwerten waren für ein Signifikanzniveau von 0,05 statistisch signifikant ($p = 0,03 / 0,03 / 0,04$) [69]. Die KVT + ÜB wies mehr depressionsfreie Tage und QALYs auf als die Vergleichsintervention. Die Differenzen waren allerdings in beiden Fällen nicht statistisch signifikant [72].

Für den Vergleich KVT + FLX versus FLX allein beliefen sich die IKNV in 1 Studie auf 102 965 £ und in einer anderen auf 458 818 \$ (nach 12 Wochen). Laut der 1. Studie [68] beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Kombinationstherapie im Vergleich mit FLX alleine kosteneffektiv ist, bei Schwellenwerten von 50 000 beziehungsweise 150 000 £ weniger als 4 %. Die Publikation mit einer Follow-up-Zeit von 12 Wochen [70] berichtete, dass bei einer IKNV von 458 818 \$ und Schwellenwerten von 100 000 beziehungsweise 125 000 \$ [229] eine Therapie mit FLX der Kombinationstherapie überlegen ist. Die Folgepublikation mit einer Follow-up-Zeit von 36 Wochen [71] zeigte, dass bei einem Schwellenwert von 100 000 \$ die Kombinationstherapie [229] gegenüber der Therapie mit FLX allein mit einer 90 %-Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv war. Eine Studie berichtet, dass bei einem Schwellenwert von 125 000 \$ die KVT + FLX-Therapie im Vergleich zu Placebo kosteneffektiv ist [70]. In der Studie mit dem Medikamentenwechsel ist die KVT + RX verglichen mit RX allein bei einem Schwellenwert von 100 000 \$ mit mittlerer Wahrscheinlichkeit (61 %) kosteneffektiv. Das

IKNV belief sich auf 78 948 \$. Zur Berechnung der expliziten Wahrscheinlichkeiten bei der Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve wurden willkürliche Schwellenwerte in Höhe von 50 000, 100 000, 350 000 und 3 060 000 \$ gewählt [229,230]. Im Vergleich KVT + ÜB versus ÜB in 1 Studie über einen 24-monatigen Zeitraum ist die Therapie KVT + ÜB bei allen Zahlungsbereitschaften kosteneffektiv [72].

Bei einem Vergleich der Kombinationstherapie mit einer üblichen Behandlung ergaben die univariaten Sensitivitätsanalysen, dass sich die Kosten für eine Kombinationstherapie im Vergleich zur üblichen Behandlung nur im Falle einer Vernachlässigung der stationären Leistungen signifikant erhöhten ($p < 0,01$) [72]. Die verschiedenen Szenarien [68] beim Vergleich KVT + FLX versus FLX allein stimmten allesamt überein, dass die Kombinationstherapie stets teurer ist als eine Therapie mit FLX. Eine Sensitivitätsanalyse hinsichtlich der IKNV wurde nicht angestellt. In den univariaten Sensitivitätsanalysen beim Vergleich KVT + FLX versus FLX nach 12 Wochen ergaben sich zwar Veränderungen in den Werten der IKNV, nicht aber in der Kosteneffektivität vor dem Hintergrund der angegebenen Schwellenwerte [70]. Nach 36 Wochen war die Kombinationstherapie gegenüber FLX in allen Varianten der durchgeführten Sensitivitätsanalyse und unter der Annahme eines Schwellenwerts von 200 000 anstatt 100 000 \$ kosteneffektiv [71].

A4.2.3.3 Kurzfristige Psychoanalytische Psychotherapie

1 Studie [65] verglich grundsätzlich eine kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie mit einer kurzen psychosozialen Intervention, nahm darüber hinaus aber auch einen Head-to-Head-Vergleich zwischen 3 Alternativen vor: einer KVT, einer BPI und einer STPP. Für alle Schwellenwerte hatte die KVT die größte Wahrscheinlichkeit, kosteneffektiv zu sein. Allerdings wurde trotzdem ein Vergleich von dominierten Interventionen (STPP und BPI) gemacht.

Die Gesamtkosten der STPP waren höher als jene der BPI (3081,70 versus 2678,39 £). Die Differenz von 609,55 £ erwies sich allerdings nicht als statistisch signifikant ($p = 0,238$). Hinsichtlich der Nutzwerte berichtete die Studie von minimal höheren EQ-5D- und QALY-Werten der STPP. Die Differenz wurde als nicht statistisch signifikant eingestuft ($p = 0,992$). Ein explizites IKNV wurde nicht berichtet, aber Kosten-Effektivitäts-Ebenen (Cost-Effectiveness-Planes) wurden dargestellt. Im Vergleich mit BPI zeigte sich die STPP als nicht kosteneffektiv für angegebene Schwellenwerte von 20 000 beziehungsweise 30 000 £ [81]. Bei den verschiedenen Szenarien der Sensitivitätsanalysen im Vergleich STPP versus BPI änderte sich, was Gesamtkosten und IKNV anlangte, nichts an der Rangordnung: STPP blieb in allen Fällen teurer als eine BPI und gegenüber einer BPI nicht kosteneffektiv [65].

Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
Byford	Gesamtkosten^b MW (SD): KVT + FLX: 6940 (11 122) £ FLX: 4640 (4516) £ Diff. MW (95 %-KI): 2340 (- 91; 4772) £ p-Wert = 0,059	HoNOSCA^c MW (SD): KVT + FLX: 15,39 (8,58) FLX: 14,52 (8,26) HoNOSCA Diff. MW (95 %- KI): 1,24 (- 1,05; 3,52) p -Wert = 0,287 QALYs MW (SD): KVT + FLX: 0,36 (0,15) FLX: 0,38 (0,14) QALYs Diff. MW (95 %-KI): - 0,02 (- 0,07; 0,05) p -Wert = 0,137	HoNOSCA: 2873 £ ^d QALYs: - 102 965 £ (n. v.) bzw. - 71 212 £ ^e	50 000 £ (25 %) und 150 000 £ (< 26 %) KVT + FLX vs. FLX 50 000 £ und 150 000 £ (< 4 %) KVT + FLX vs. FLX	Kostendiff. MW (95 %-KI), p- Wert Variation Gehalt / Expertise: 2126 (- 294; 4546) £; 0,085 inkl. nicht in Anspruch genommener Sitzungen: 2436 (10; 4862) £; 0,049 inkl. Supervision: 2444 (14; 4874) £; 0,049 exkl. Personen mit hohen Kosten (stationäre Behandlung): 890 (- 517; 2297) £; 0,202 inkl. elterlicher Reisekosten / Produktivitäts- verluste: 2357 (- 178; 4892) £; 0,068 nationale Einheitskosten: 2376 (- 63; 4815) 0,056 £	Über das Follow-up von 28 Wochen war KVT + FLX aufgrund der zusätzlichen KVT-Sitzungen teurer als eine Therapie mit FLX allein (nicht statistisch signifikant). Es gab keinen Hinweis, dass KVT + FLX eine kosteneffektivere Strategie ist als FLX allein. Die Sensitivität der Kostenergebnisse gegenüber Änderungen in den Annahmen änderte nichts an den Gesamtergebnissen.

(Fortsetzung)

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
Dickerson	Gesamtkosten^b MW (SD): KVT + ÜB: 2811 (5550) \$ ÜB: 7354 (24 403) \$ Diff. MW (SF): - 4976 (2225) \$ p-Wert < 0,05	DFDs MW (SF): KVT + ÜB: 500,7 (21) ÜB: 457,4 (19,7) DFDs Diff. MW (SF): 43,3 (24,6) p-Wert = n. v. / nicht signifikant QALYs MW (SF): KVT + ÜB: 1,427 (0,053) ÜB: 1,319 (0,049) QALYs Diff. MW (SF): 0,109 (0,062) p-Wert = n. v. / nicht signifikant	DFDs: 12 Monate: - 51 \$ (95 %-KI: - 394; 9) 24 Monate: - 115 \$ (95 %-KI: - 1090; - 6) QALYs: 12 Monate: - 20 282 \$ (95 %-KI: - 156 741; 3617) 24 Monate: - 45 792 \$ (95 %-KI: - 440 991; - 2731)	n.v. 50 000 \$ (99 %) und 100 000 \$ (98 %) [229] KVT vs. ÜB	Kostendiff. MW (SF) p-Wert Winsorising / exkl. Ausreißer: - 4345 (1963) \$ < 0,05 exkl. stationäre Leistungen: 607 (183) \$ < 0,01	Die Autorinnen und Autoren stellten fest, dass die KVT am Ende des 24-monatigen Follow-up gegenüber der ÜB kostensparend ist (Cost-Offset). Obwohl die Verbesserung hinsichtlich DFDs und QALYs in der 24-monatigen Nachbeobachtung nicht statistisch signifikant war, ist unter der Annahme einer Zahlungsbereitschaft von 50 000 \$ pro QALY von einer kosteneffektiven Therapie gegenüber der ÜB auszugehen. Eine kurze, primärversorgungs-basierte KVT ist daher eine kosteneffektive Option für die

Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität (Fortsetzung)

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
						Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen, die die Pharmakotherapie ablehnen oder diese schnell abbrechen.
Domino08	Gesamtkosten^f MW (SD): KVT + FLX: 3322 (1983) \$ FLX: 1714 (2743) \$ KVT: 2678 (1933) \$ Placebo: 1433 (2643) \$ MED: KVT + FLX vs. KVT 2832 > 2287 \$ KVT + FLX vs. FLX 2832 > 942 \$ KVT + FLX vs. Placebo 2832 > 841 \$ p-Wert < 0,01	absolute Werte: n. v.^g Diff.: n. v.^g	CDRS-R: KVT + FLX vs. FLX: 542 \$ KVT + FLX vs. Placebo: 249 \$ KVT vs. Placebo: n. v. \$ ^h DFDs: KVT + FLX vs. FLX: 502 \$ KVT + FLX vs. Placebo: 135 \$ KVT vs. Placebo: 10 087 \$	100 000 \$ (n. v.) und 125 000 \$ (n. v.) [229] für FLX und KVT + FLX vs. Placebo	ICER (QALYs): KVT vs. Placebo / KVT + FLX vs. Placebo / KVT + FLX vs. FLX 50 %iger FLX-Preis: 9 210 622 / 120 610 / 460 036 \$ 25 %iger FLX-Preis: 9 210 622 / 119 343 / 461 080 \$ niedrigere Vergütungssätze (80 %): 7 754 576 / 106 308 / 384 284 \$ Gewichtung Depressionsgrad 0,2: 18 421 435 / 246 287 / 917 637 \$ Gewichtung Depressionsgrad 0,6: 6 140 347 / 82 096 / 305 829 \$ Jugendliche ohne CDRS-R-Score nach 6 bzw. 12 Wochen: n. v. ^h / 120 438 / 463 541 \$	Sowohl die Therapie mit Fluoxetin als auch KVT + Fluoxetin sind kurzfristig mindestens genauso kosteneffektiv wie andere in der Primärversorgung übliche Behandlungen (bei einem Schwellenwert von 125.000 \$ pro QALY). Fluoxetin ist nach 12 Wochen Behandlungsdauer kosteneffektiver als eine Kombinationstherapie. Fluoxetin allein oder in Kombination mit KVT ist nach 12 Wochen kosteneffektiver als

(Fortsetzung)

Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität (Fortsetzung)

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
			QALYs: KVT + FLX vs. FLX: 458 818 \$ KVT + FLX vs. Placebo: 123 143 \$ KVT vs. Placebo: 9 210 622 \$			Placebo plus Medikamentenmanagement, KVT allein jedoch nicht.
Domino09	Gesamtkosten^f MW (SD): KVT + FLX: 6338 (436) \$ FLX: 6684 (883) \$ KVT: 5640 (526) \$ MED: KVT vs. FLX 4040 vs. 3511 \$ KVT + FLX vs. KVT 4749 vs. 4040 \$ KVT + FLX vs. FLX 4749 vs. 3511 \$ p-Wert = n. v.	absolute Werte: NV marginale Effekte / Diff.ⁱ KVT vs. FLX CDRS-R: 0,99 DFDs: - 19,4* PQ-LES-Q: - 0,12 HoNOSCA: - 0,27 DFD-QALYs: - 0,02* PQ-LES-Q-QALYs: - 0,0067	n. v. ^j	100 000 \$ (> 90 %) KVT + FLX vs. FLX [229]	ICER (QALYs): Gewichtung Depressionsgrad 0,2: KVT + FLX ist im Vergleich zu FLX immer noch kosteneffektiver (Wahrscheinlichkeit von 89 %) bei einer WTP von 200 000 \$ Gewichtung Depressionsgrad 0,6: KVT + FLX ist im Vergleich zu FLX immer noch kosteneffektiver (Wahrscheinlichkeit von 94 %) bei einer WTP von 200 000 \$	KVT + FLX ist mit hoher Sicherheit (> 90 %) kosteneffektiver als FLX. Es wurden keine Belege für eine unterschiedliche Kosteneffektivität von KVT und FLX gefunden. Ergebnisse und Kosten in der kurzen Frist (12 Wochen) zeigen einen signifikanten Unterschied in der Kostenwirksamkeit zwischen den 3 aktiven

(Fortsetzung)

Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität (Fortsetzung)

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
	Diff. MW (SF): KVT + FLX vs. FLX - 346 \$ (NV) KVT vs. FLX - 1044 \$ (n. v.) nicht signifikant für p- Wert ≤ 0,05	KVT + FLX vs. FLX CDRS-R: 1,18 DFDs: - 13,3 PQ-LES-Q: - 3,49 HoNOSCA: - 0,044 DFD-QALYs: - 0,015 PQ-LES-Q-QALYs: - 0,012* *p-Wert < 0,1			KVT vs. FLX ist nicht kosteneffektiver	Behandlungen zugunsten von FLX. Unter Verwendung klinischer Point-in-Time-Skalen, die nach 36 Wochen gemessen wurden (CDRS-R und HoNOSCA), fanden die Autorinnen und Autoren heraus, dass sowohl KVT als auch KVT + FLX gleichermaßen kostenwirksam sind wie FLX allein.
Goodyer	Gesamtkosten^k MW (SD): KVT: 2379,01 (3643,85) £ BPI: 2678,39 (2678,39) £ STPP: 3081,70 (3573,17) £ Diff. MW/Koeff.^l (95 %-KI): KVT vs. BPI: -338,54 (- 1333,17; 656,09) £ STPP vs. BPI: 609,55 (- 406,73; 1625,83) £	EQ-5D MW^m (SD): KVT: 0,780 (0,256) BPI: 0,817 (0,228) STPP: 0,808 (0,240) QALYs MW (SD): KVT: 1,228 (0,304) BPI: 1,241 (0,270) STPP: 1,246 (0,293)	n. v. ⁿ	20 000–30 000 £ [81] KVT > BPI (> 50 % für alle Schwellenwerte)	Gesamtkosten MW (SD): Nicht-Teilnahme zu 50 % Kosten: KVT: 3050,05 (5891,69) £ BPI: 2907,3 (2939,08) £ STPP: 3364,14 (3563,08) £ Multiple Imputation: KVT: n. v. BPI: n. v. STPP: n. v.	Im Durchschnitt waren die beobachteten Kosten der Interventionen bei denjenigen, für die in der Hauptanalyse vollständige Daten verfügbar waren, für KVT am niedrigsten und für STPP am höchsten, die Unterschiede sind

(Fortsetzung)

Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität (Fortsetzung)

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
		QALYs Diff. MW / Koeff.^l (95 %-KI): KVT vs. BPI: - 0,009 (- 0,091; 0,074) STPP vs. BPI: 0 (- 0,081; 0,082) p-Wert = 0,839 / 0,992 / 0,648		STPP ist nicht kosteneffektiver als BPI für angegebene Schwellenwerte Head-to-Head-Vergleich: Für alle Schwellenwerte hat die KVT die größte Wahrscheinlichkeit, kosteneffektiv zu sein	Gesamtkosten pro Woche: KVT: 25,25 (38,35) £ BPI: 28,76 (31,63) £ STPP: 32,42 (35,84) £ Diff. MW / Koeff.l (95 %-KI), p- Wert: Nicht-Teilnahme zu 50 % Kosten: KVT vs. BPI: 185,15 (- 392,71; 1657,16) £, 0,225 STPP vs. BPI: 632,21 (- 392,71; 1657,16) £, 0,225 Multiple Imputation: KVT vs. BPI: - 425,07 (- 1384,58; 534,43) £, 0,381 STPP vs. BPI: 448,95 (- 609,77; 1507,66) £, 0,399 Gesamtkosten pro Woche: KVT vs. BPI: - 3,95 (- 14,58; 6,68) £, 0,207 STPP vs. BPI: 6,12 (- 4,47; 16,72) £, 0,256	jedoch marginal und nicht statistisch signifikant; die klinische Besserung und letztlich die Kosteneffektivität ist ebenfalls bei allen 3 Interventionen ähnlich.

(Fortsetzung)

Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität (Fortsetzung)

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
Lynch	Gesamtkosten^o MW (SD): KVT + RX: 6306 (12 029) \$ RX: 4673 (7173) \$ Diff. MW (SF): KVT + RX vs. RX 1633 \$ p-Wert = 0,01	DFDs MW (SD): KVT + RX: 83,7 (56,7) RX: 77 (52,9) DFD Diff. MW^p (SD) p- Wert: 8,3 (n. v.) 0,03 QALYs MW (SD): KVT + RX: 0,799 (0,135) RX: 0,783 (0,126) QALYs Diff. MW^p (SD) p- Wert: 0,020 (n. v.) 0,03 DIDs MW (SD): KVT + RX: 144,3 (87,5) RX: 133,9 (82,1) DIDs Diff. MW^p (SD), p- Wert: 11 (n. v.), 0,04	DFDs: 188 \$ (95 %- KI: - 22; 1613) QALYs: 78 948 \$ (95 %-KI: - 9261; 677 448) DIDs: 142 \$ (95 %- KI: - 14; 2529)	50 000 \$ bzw. 100 000 \$ (61 %) ^q [229,230] bzw. 350 000 \$ (90 %) und 3 060 000\$ (95 % KVT + RX vs. RX	ICER (DFDs / QALYs / DIDs): andere QALY-Gewichtung (konservativ): NA / 105 264 \$ / n. v. andere QALY-Gewichtung (schwere Depression): NA / 63 158 \$ / n.v. alternative DFDs-Berechnung: 205 / 86 204 \$ / n. v. Ausschluss Ausreißer (hohe Kosten): 166 / 69 796 / 127 \$ Ausschluss Studienteilnehmer (langer Krankenhausaufenthalt): 128 / 53 560 / 94 \$ Ausschluss Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationären Kontakten (n = 24): 103 / 43 066 / 79 \$	Bei einer WTP von \$ 100 000 pro QALY ist KVT + RX-Therapie im Vergleich zu RX für alle Jugendlichen mit behandlungsresisten- ter Depression über einen Zeitraum von 24 Behandlungswochen mit mittlerer Wahrscheinlichkeit kosteneffektiver. Darüber hinaus stellen die Autorinnen und Autoren fest, dass bei einigen Subgruppen von Jugendlichen mit therapieresistenter Depression die Wahrscheinlichkeit wesentlich höher ist, dass die Kombinationstherapie im Vergleich zum alleinigen Wechsel der Medikation

(Fortsetzung)

Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität (Fortsetzung)

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
					Berücksichtigung nur der ambulanten Kosten: 113 / 47 350 / 90 \$	kosteneffektiver ist. Zumindest ist eine Ausweitung des Einsatzes der Kombinationstherapie auf bestimmte Untergruppen von Jugendlichen mit therapieresistenter Depression gerechtfertigt.
a: Prob. steht für die Wahrscheinlichkeit / Probabilität, dass eine Intervention im Vergleich zu einer anderen Intervention kosteneffektiver ist und wird im Kontext einer Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve dargestellt. b: Gesamtkosten nicht auf Basis von Bootstrapping, sondern tatsächliche Kosten nach ITT, Differenzen sind adjustiert (MW, 95 %-KI) bzw. Bias-korrigiert (SF). c: Ergebnisse der Endpunkte nach dem 28-wöchigen Follow-up d: Da höhere Werte des HoNOSCA-Scores hinsichtlich der Schwere der Depression ein schlechteres Ergebnis implizieren, bedeutet eine positive ICER, dass KVT + FLX im Vergleich zu FLX allein nicht so effizient ist. e: Da höhere Werte der QALYs hinsichtlich der Schwere der Depression ein besseres Ergebnis implizieren, bedeutet eine negative ICER, dass KVT + FLX im Vergleich zu FLX allein nicht so effizient ist. Im dazugehörigen HTA [60] wurde eine ICER von -71 212 £ geschätzt. f: Gesamtkosten sind durchschnittliche Kosten pro Jugendlicher / Jugendlichem pro Behandlungstyp nach 12 (Domino08) beziehungsweise 36 (Domino09) Wochen. In Domino08 wurden die Mediane verglichen und auf Unterschiede getestet, in Domino09 wurde bivariat auf Differenzen getestet. g: In der ges.ök. Studie werden die Veränderungen der Nutzenwerte für die studienspezifische Studienpopulation (n = 369) nicht berichtet. h: Die Schätzung des Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses für KVT war negativ, da der durchschnittliche Effekt auf der CDRS-R-Skala negativ war. i: Die Autorinnen und Autoren berechneten die inkrementellen Kosten und Ergebnisse von KVT und KVT + FLX im Vergleich zu FLX mit separaten Regressionen von Kosten und Ergebnissen bei randomisierter Zuordnung. Anschließend wurden die marginalen Effekte in Verhältnis gesetzt. Zusätzlich wurden die Koeffizienten aus den Regressionen der Endpunkte auf den Behandlungsarm getestet. Die Koeffizienten stellen marginale (durchschnittliche) Effekte dar. j: Kosten-Effektivitäts-Ebenen wurde dargestellt, aber keine expliziten ICER-Werte berichtet						

(Fortsetzung)

Tabelle 29: Ergebnisse Kosten und / oder Kosteneffektivität (Fortsetzung)

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen p. P.	Nutzen absolut und Nutzendifferenzen p. P.	ICER p. P.	Schwellenwert (Prob.) ^a	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren
k: Gesamtkosten pro Jugendlicher / Jugendlichen (n = 275) nach 86 Wochen. Die Gesamtkosten werden in 2 Kategorien unterschieden: Gesundheits-, Sozialpflege- und Bildungskosten: 1459,26 (3481,02) / 1368,04 (1368,04) / 1668,51 (3425,68) €; Behandlungskosten: 904,57 (607,25) / 1292,91 (1292,91) / 3081,70 (3573,17) €. l: Die Differenz / Koeffizienten hat man mittels linearer Regressionsmodelle unter Berücksichtigung von Kovariaten (Baseline-Kosten, Region etc.) geschätzt. m: In der Tabelle wurden nur die Endpunkte nach dem 86-Wochen-Follow-up berichtet. n: Kosten-Effektivitäts-Ebenen wurden dargestellt, aber keine expliziten ICER-Werte berichtet. o: Die Gesamtkosten wurden mittels multipler Imputation mit verketteten Gleichungen berechnet, falls diese fehlten. p: Die bereinigten inkrementellen Differenzen auf ITT-Basis und Hypothesentests zwischen den Gruppen wurden unter Verwendung von OLS-Regression mit Bootstrap-Intervallschätzungen geschätzt, alle Analysen hinsichtlich der Baseline-Charakteristika angepasst. q: KVT + RX ist bei einer WTP von 100 000 \$ im Vergleich zu RX kosteneffektiver mit einer Wahrscheinlichkeit von 61 %. Ein häufig angeführtes Kriterium ist, dass, wenn eine Intervention zusätzliche Kosten pro QALY von 50 000 \$ oder weniger verursacht, dies ein vernünftiger Schwellenwert im Vergleich zu vielen der medizinischen Behandlungen ist, die derzeit von typischen Versicherungspaketen abgedeckt werden [229,230]. Abkürzungen: BPI: Brief Psychosocial Intervention / kurze psychosoziale Intervention; CDRS-R: Children's Depression Rating Scale – Revised; DFDs: Depression Free Days / depressionsfreie Tage; DIDs: Depression-Improvement-Days / Depressionsbewältigungstage; Diff.: Differenz; FLX: Fluoxetin; HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents; ICER: Incremental Cost-Effectiveness Ratio / inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis; ITT: Intention to treat; K-SADS-PL: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; MED: Median; MW: Mittelwert; n. v.: nicht verfügbar; p. P.: pro Patientin / Patient; PQ-LES-Q: Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; Prob.: Probabilität / Wahrscheinlichkeit; QALYs: Quality-Adjusted Life Years / qualitätsadjustierte Lebensjahre; RX: Medikamentenwechsel; SD: Standard Deviation / Standardabweichung; SF: Standardfehler; STPP: Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy / kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie; ÜB: übliche Behandlung (Treatment as usual / TAU); vs.: versus; WTP: Willingness-to-pay / Zahlungsbereitschaft						

A4.2.4 Bewertung der Berichtsqualität, methodische Studienqualität und Übertragbarkeit

A4.2.4.1 Berichtsqualität und methodische Studienqualität

Die Bewertung der Berichtsqualität der berücksichtigten gesundheitsökonomischen Studien orientiert sich an den CHEERS-Kriterien [29].

Hintergrund

Alle eingeschlossenen Studien richteten den Fokus auf eine KVT für Kinder und Jugendliche im Einzelsetting und versuchten die Frage zu beantworten, ob eine reine KVT [65,70] beziehungsweise eine KVT in Kombination mit einer anderen Behandlungsstrategie [68-72] im Vergleich zu anderen Interventionen kosteneffektiv ist. Dies wurde im Titel, Abstrakt und Hintergrund größtenteils dargelegt. In 1 Studie beziehungsweise 2 Publikationen [70,71] wurde nur der Titel hinsichtlich der Interventionen allgemein gewählt, ohne Hinweis auf eine spezifische Therapie.

Methoden

Alle Studien führten die untersuchte Studienpopulation nach mehreren Charakteristika deskriptiv, nicht immer aber auch die Ein- und Ausschlusskriterien komplett an [68-71]. Fast alle Studien bis auf 1 [72] berichteten und führten eine Subgruppenanalyse durch, um die gesundheitsökonomischen Implikationen zu testen. Wie oben erwähnt, betrachteten alle Studien ähnliche Interventionen beziehungsweise Interventionskombinationen. 2 Studien stellten einen Vergleich der untersuchten Interventionen in verschiedenen bivariaten Konstellationen an. Der Vergleich wurde somit nicht in einem stufenweisen Verfahren mit dem Ausschluss dominierter Interventionen gemacht, das heißt in diesen Publikationen [65,70,71] wurde ein Vergleich von dominierten Strategien durchgeführt, auf diese aber nicht explizit hingewiesen. Der Großteil der Studien berichtete nicht über darüberhinausgehende optionale eigenständige psychotherapeutische Therapiemöglichkeiten oder über optionale Add-on-Therapien bei einer Depression, wie beispielsweise interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapieformen, systemische Therapie, Bewegungstherapie, Entspannungstrainings, Psychoedukation, künstlerische Therapien oder Ergotherapien. Des Weiteren wurden in 2 Studien [69,72] die Interventionen nur zum Teil beschrieben beziehungsweise wurde auf die klinischen Studien verwiesen.

Die Perspektive der Kostenberechnung und der Entscheidungs- beziehungsweise Versorgungskontext werden in allen Studien angegeben und dargelegt. Sie berichten durchwegs aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive. Allerdings sind nicht alle verwendeten Kostenpositionen über alle Studien hinweg homogen, da die Studien in unterschiedliche Gesundheitssysteme eingebettet wurden. Die Kostenpositionen innerhalb der Kostenkategorien ähneln einander aber größtenteils. So verwendete etwa 1 Studie für die

Bezeichnung der Kostenkategorien explizit das Gehalt der Fachkraft (inklusive Steuern und Abgaben) für die psychotherapeutische Sitzung und 1 andere Studie setzte die allgemeinere Bezeichnung Kosten der psychotherapeutischen Sitzung für das Studienpersonal ein.

Alle Studien betrachten den Zeithorizont der jeweils zugrundeliegenden randomisierten kontrollierten Studie. Die gesundheitsökonomischen Studien wurden als Piggy-Back-Studien größtenteils einige Jahre nach der klinischen Studie durchgeführt, die Follow-up-Zeiten beliefen sich meist nur auf ein paar Wochen. Das gibt Anlass, den gewählten Zeithorizont der meisten Studien zu hinterfragen, da für das Krankheitsbild einer Depression eine längerfristige Perspektive relevant erscheint. Allerdings gaben alle Studien eine Begründung für den gewählten Zeithorizont an und erwähnten in den Limitationen die Notwendigkeit einer längerfristigen Beobachtung.

Schwellenwerte hinsichtlich der Zahlungsbereitschaft beziehungsweise sogenannte Willingness-to-pay-Werte oder Ceiling Ratios wurden in allen Studien berichtet. Diese Werte geben an, wie viele Geldeinheiten eine Gesellschaft oder ein Entscheidungsträger für eine weitere Einheit eines klinischen Endpunktes oder Nutzeneinheit bereit wäre zu zahlen. Allerdings wurde die Wahl der berichteten Schwellenwerte nicht in allen Studien begründet. Teilweise zog man willkürliche Schwellenwerte bei der Analyse der Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven heran. Wahrscheinlichkeiten der Kosten-Effektivität wurden nur zum Teil berichtet. Die US-amerikanischen Studien bedienten sich der in den USA gebräuchlichen 50 000- beziehungsweise 100 000-Dollar-Kriterien [229]. Allerdings gibt es in den USA keinen offiziellen Standardwert, und Expertenkreise schätzen dieses Kriterium als zu konservativ ein. Ein Schwellenwert von 109 000 bis 297 000 \$ im US-amerikanischen Kontext wurde als angemessener betrachtet [69]. 1 britische Studie führte den vom NICE vorgeschlagenen Schwellenwert von 20 000 bis 30 000 £ an [81]. In den Studien wurden zudem höhere Schwellenwerte für eine Sensitivitätsanalyse hinsichtlich der Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz herangezogen.

Nutzenparameter und Nutzwerte

Auswahl, Quellen und Qualität der Nutzenparameter beziehungsweise klinischen Parameter wurden größtenteils in allen Studien berichtet und auch begründet. 1 Studie [70] gab keine Auskunft über absolute Nutzenparameter und wies auch die Veränderungen der Werte in den jeweiligen Interventionen nicht aus. Bei den QALYs zeichnete sich für die Quellen ein ähnliches Bild. Hier wurden die Quellen berichtet und auch dargelegt. Allerdings ergaben sich bei den Erhebungsmethoden und Referenzkollektiva einige bekannte Schwächen in Berichterstattung, Begründung und Anwendung. Die Studien zogen ausschließlich Erhebungsmethoden von Nutzwerten für Erwachsene heran. Teilweise wurden keine präferenzbasierten Ansätze für die Nutzwerte, dafür aber allgemeingültige Umrechnungsmethoden für das Mapping von Nutzenparameter in Nutzwerte verwendet [69-]

72], zum Beispiel DFDs auf Basis von CDRS-R in QALYs. Im Allgemeinen wird von einem Mapping krankheitsspezifischer Instrumente auf generische Instrumente abgeraten. Allerdings sind durch die Angabe der Erhebungsmethoden übliche Standards wie Nachweis der Objektivität, Reliabilität, Validität und Änderungssensitivität bei der Implementierung entsprechender Verfahren erfüllt [183]. Mortalitätsraten, die interpersonelle und soziale Funktionsfähigkeit sowie die Anzahl unerwünschter Ereignisse werden nicht explizit berichtet.

Ressourcenverbrauch und Kosten

Alle Studien führen eingehende Kostenparameter und auch die dazugehörigen Quellen an. Die dazugehörigen exakten Mengenverbräuche finden nur teilweise Erwähnung. Zwar werden die Behandlungsschritte und -mengen laut Protokoll wie etwa die Anzahl der Sitzungen einer KVT angegeben, aber größtenteils nur die relative Inanspruchnahme aller relevanten Leistungen in Prozent berichtet. Über die Erhebungsmethoden der Ressourcen, Kostenparameter und deren Qualität wird größtenteils Auskunft gegeben, sie stammen aus zuverlässigen Quellen. Da die untersuchte Periode beziehungsweise die Follow-up-Zeit in den meisten Studien nicht länger als ein Jahr betrug, brauchte es hinsichtlich der untersuchten Periode auch keine Inflationsanpassung. Allerdings zogen die meisten Studien 4 bis 5 Jahre alte Kostendaten heran. Beispielsweise wurden für 1 Studie aus dem Jahr 2007 [68] Daten von 2003/04 verwendet. Hinsichtlich dieses Aspektes erfolgte nur in 2 Studien [65,72] eine Inflationsanpassung. Zudem ist unklar, ob die Behandlungsstandards und Preisverhältnisse über einen so langen Zeitraum unverändert blieben. Aufgrund des kurzen Zeithorizonts wurden die Kosten und Nutzen in den allermeisten Studien nicht diskontiert, allerdings berichteten und begründeten das nicht alle Studien [69,71,72]. Nur 1 Studie [65] mit einer Follow-up-Zeit von 2 Jahren berichtete die verwendeten Diskontierungssätze und Methoden [81]. Des Weiteren wurden auch aufgrund des kurzen Zeithorizonts der Studien keine möglichen Langzeitkosten kalkuliert, die aus einer Depression resultieren. Es gibt Hinweise, dass von einer Depression betroffene Jugendliche meist schlechtere schulische Leistungen aufbringen oder eine geringere Bildungsverwirklichung als Gleichaltrige ohne Depression aufweisen [231].

Statistische Verfahren

Alle Studien berichteten und begründeten den Einsatz der angewendeten univariaten Sensitivitätsanalysen und der probabilistischen Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven ebenso wie der weiteren analytischen Methoden. Unter anderem kamen nicht parametrische Bootstrapping-Methoden für Kosten- und Effektivitätsmaße, Testen der Datenverteilungen, Berücksichtigung der Baseline-Charakteristika durch Regressionsmethoden, Imputation fehlender Daten oder Bias-Korrekturen der IKNV zum Einsatz.

Ergebnisse

Der Großteil der Studien stellte die Ergebnisse absolut und inkrementell dar. In 2 Studien beziehungsweise 3 Publikationen [65,70,71] wurden zwar Kosten-Effektivitäts-Ebenen (Cost-Effectiveness-Planes) dargestellt, allerdings keine exakten IKNV und Konfidenzintervalle berichtet oder die Veränderung der Endpunkte nicht absolut dargestellt. Wie oben erwähnt, unterzog 1 Studie den Vergleich zwischen den Interventionen nicht strikt einem stufenweisen inkrementellen Verfahren, sondern verglich alle inkludierten Interventionen individuell mit einem Placebo. Dies entspricht nicht dem State of the Art beim Vergleich mehrerer Interventionen in einer gesundheitsökonomischen Evaluation. Die Ergebnisse der angewendeten Sensitivitätsanalysen wurden in allen Studien berichtet und interpretiert. Allerdings bezogen sich nicht alle Sensitivitätsanalysen auf die IKNV. In den Studien mit den Subgruppenanalysen wurden die Ergebnisse nur in 1 Publikation nicht berichtet [71].

Diskussion

Alle Studien diskutierten die Ergebnisse und die Limitationen. Eine Debatte über die Übertragbarkeit wurde nur teilweise in Hinblick auf eine nationale Übertragbarkeit geführt. 3 Publikationen [69-71] nahmen keine Diskussion zur Generalisierbarkeit vor. Die Schlussfolgerungen wurden in allen Studien klar dargelegt und begründet. Auch Interessenkonflikte und Studienfinanzierung fanden sich in allen Studien offengelegt.

In Tabelle 30 werden die Ergebnisse der Bewertung der Berichtsqualität der eingeschlossenen Studien dargestellt.

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität

Kriterium		Byford	Dickerson	Domino08	Domino09	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar						
Hintergrund						
1	Hintergrund der Studie und Präzisierung der Studienfrage	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	Domino08 /Domino09: allgemeiner Titel
Methoden						
2	Charakterisierung der Studienpopulation und der Subgruppen	tlw. / ja	ja / ja	tlw. / nein	tlw. / ja	Byford: Subgruppenanalyse hinsichtlich Zentrum und Erkrankungsgrad, Dickerson: keine Subgruppenanalyse / Population sehr homogen / spezifisch, Domino08 /Domino09: Subgruppenanalyse hinsichtlich Geschlecht, Alter, Familieneinkommen und Baseline-Schweregrad, Byford /Domino08/ Domino09: Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien nur tlw. berichtet
3	Interventionsalternativen	ja / ja	tlw. / ja	ja / ja	ja / ja	Dickerson: Verweis der Interventionsbeschreibung / -auswahl auf klinische Studie (nur kurze Beschreibung)
4	Entscheidungs- / Versorgungs-kontext	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
5	Wahl der Perspektive	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
6	Zeithorizont	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
7	Schwellenwert	ja / nein	ja / ja	tlw. / tlw.	ja / ja	Byford: Angabe von willkürlichen Schwellenwerten (Ceiling Ratios), aber keine Quellenangabe, Domino08: Schwellenwerte teilweise willkürlich

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität (Fortsetzung)

Kriterium		Byford	Dickerson	Domino08	Domino09	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar						
8	Nutzenparameter / klinische Parameter					
8a	Auswahl der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	ja / ja	ja / ja	tlw. / tlw.	ja / ja	Domino08: absolute Nutzenparameter und Veränderungen in den jeweiligen Interventionen werden nicht berichtet
8b	Quellen der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
8c	Qualität der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
9	Nutzwerte					
9a	Quellen der in die Analyse eingehenden Nutzwerte	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
9b	Erhebungsmethode und Referenzkollektiv der Nutzwerte	ja / ja	tlw. / ja	tlw. / ja	tlw. / ja	Byford: EQ-5D/VAS für Erwachsene, Dickerson /Domino08 /Domino09: kein präferenzbasierter Ansatz, aber Anwendung allgemeingültiger Umrechnungsmethoden der Nutzenparameter in Nutzwerte für Erwachsene / Mapping
10	Ressourcenverbrauch und Kosten					
10a	Eingehende Ressourcen und Kostenparameter	ja / ja	tlw. / nein	nein / nein	nein / nein	Dickerson: Ressourceninanspruchnahme, aber keine genauen Mengen werden berichtet, Domino08/Domino09: keine genauen Mengen werden berichtet

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität (Fortsetzung)

Kriterium		Byford	Dickerson	Domino08	Domino09	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar						
10b	Quellen des in die Analyse eingehenden Ressourcenverbrauchs und der Preise	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
10c	Erhebungsmethode der Ressourcen und Kostenparameter	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
10d	Währung (inkl. Umrechnung) und Indexjahr (inkl. Inflation)	tlw. / ja	tlw. / ja	tlw. / ja	tlw. / ja	Byford: Pfund Sterling 2003/04, Dickerson: US-Dollar, Domino08 /Domino09: US-Dollar 2003
11	Modelle (sofern zutreffend)					
11a	Wahl der Modellierungstechnik	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11b	Darstellung der Modellstruktur	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11c	Zykluslänge	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11d	in das Modell einfließende Daten (z. B. Übergangswahrscheinlichkeiten, Verteilungen)	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11e	Annahmen	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11f	Modellvalidierung	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität (Fortsetzung)

Kriterium		Byford	Dickerson	Domino08	Domino09	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar						
12	Diskontierung Kosten und Nutzen	nein / ja	nein / nein	nein / ja	nein / nein	Byford /Domino08: kurzer Zeithorizont
13	Statistische Verfahren					
13a	Methoden zur Analyse der Unsicherheit (z. B. Sensitivitätsanalysen)	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	Byford /Dickerson /Domino08 /Domino09: univariate Sensitivitätsanalysen und probabilistische Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven
13b	weitere analytische Methoden (z. B. Datensynthese, Umgang mit unterschiedlichen Datenverteilungen, fehlenden / zensierten Daten, Extrapolationen)	ja / ja	ja / ja	ja / ja	tlw. / tlw.	Byford: nicht parametrisches Bootstrapping für Kosten und Effektivitätsmaße, t-test für Kosten, Einfluss der Drop-outs, Berücksichtigung der Baseline-Charakteristika (multiple Regression), Dickerson: nicht parametrisches Bootstrapping für die Hypothesentests, Net-Benefit-Regression für die Niveaus der Zahlungsbereitschaft (WTP), Kostenschätzung angepasst um Baseline-Charakteristika, Dickerson /Domino08: Imputation der fehlenden Daten / Lost-to-Follow-up, Domino08: Bias-Korrektur der IKNV, Domino09: Berechnung inkrementeller Kosten und Ergebnissen mit separaten Regressionen von Kosten und Ergebnissen bei randomisierter Zuordnung, jedoch Vorgehen tlw. unklar
14	Ergebnisse					
14a	Ergebnisse der Analyse / Modellierung für jede Intervention absolut und inkrementell	ja / ja	ja / ja	tlw. / tlw.	tlw. / tlw.	Domino08 /Domino09: Vergleich der 4 Interventionsalternativen nicht nach einem stufenweisen Verfahren mit dem Ausschluss dominierter Interventionen gemacht, sondern verschiedene Interventionen wurden in verschiedenen bivariaten Konstellationen miteinander verglichen, Domino09: exakte IKNV wurden nicht berichtet

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität (Fortsetzung)

Kriterium		Byford	Dickerson	Domino08	Domino09	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar						
14b	Ergebnisse von Sensitivitätsanalysen (uni- / multivariat, probabilistisch)	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	Byford/Dickerson/Domino08/Domino09: univariate Sensitivitätsanalyse
14c	Heterogenität / Subgruppen mit unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich Kosten, Nutzenparametern oder Kosteneffektivität	ja / ja	n. z. / n. z.	ja / ja	nein / nein	Byford: keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Kosten, Dickerson: keine Subgruppen / homogene Population, Domino08: differenzielle Kosten-Effektivitäts-Analysen für Teilpopulationen, Domino09: Ergebnisse für Teilpopulationen wurden nicht berichtet
15	Diskussion					
15a	Diskussion der Ergebnisse und Limitationen	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
15b	Diskussion der Übertragbarkeit	tlw. / ja	tlw. / ja	nein / nein	nein / nein	Byford: Generalisierbarkeit für UK, Dickerson: Generalisierbarkeit für USA
15c	Schlussfolgerungen	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
16	Weiteres					
16a	Interessenkonflikte und Studienfinanzierung	ja / ja	ja / ja	ja / ja	ja / ja	
a: Die Studie enthält zum jeweiligen Kriterium eine kurze Erläuterung oder eine Quellenangabe. Abkürzungen: CA-SUS: Child and Adolescent Service Use Schedule; IKNV: inkrementelles Kosten-Nutzen-Verhältnis; n. z.: nicht zutreffend; tlw.: teilweise, VAS: Visual Analogue Scale / visuelle Analogskala						

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität (Fortsetzung)

Kriterium		Goodyer	Lynch	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar				
Hintergrund				
1	Hintergrund der Studie und Präzisierung der Studienfrage	ja / ja	ja / ja	
Methoden				
2	Charakterisierung der Studienpopulation und der Subgruppen	ja / ja	tlw. / ja	Goodyer: Es wurden 2 Hypothesen hinsichtlich des Nutzens mithilfe von Moderator-Variablen getestet, Lynch: Subgruppenanalyse mit Fokus auf Komorbiditäten, Suchtmittelabhängigkeit, Niveau der Hoffnungslosigkeit mithilfe einer Net-Benefit-Regression, Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien nur tlw. berichtet
3	Interventionsalternativen	ja / ja	tlw. / tlw.	Lynch: Medikamentenwechsel ohne genaue Angabe, auf welches Medikament Wechsel erfolgt
4	Entscheidungs- / Versorgungskontext	ja / ja	ja / ja	
5	Wahl der Perspektive	ja / ja	ja / ja	
6	Zeithorizont	ja / ja	ja / ja	
7	Schwellenwert	ja / ja	ja / ja	Goodyer: NICE-Schwellenwert (20 000–30 000 £) [81]
8	Nutzenparameter / klinische Parameter			
8a	Auswahl der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	ja / ja	ja / ja	
8b	Quellen der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	ja / ja	ja / ja	

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität (Fortsetzung)

Kriterium		Goodyer	Lynch	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar				
8c	Qualität der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	ja / ja	ja / ja	
9	Nutzwerte			
9a	Quellen der in die Analyse eingehenden Nutzwerte	ja / ja	ja / ja	
9b	Erhebungsmethode und Referenzkollektiv der Nutzwerte	ja / ja	tlw. / ja	Lynch: kein präferenzbasierter Ansatz, aber Anwendung allgemeingültiger Umrechnungsmethoden des Nutzenparameters in Nutzwerte (EQ-5D) für Erwachsene
10	Ressourcenverbrauch und Kosten			
10a	eingehende Ressourcen und Kostenparameter	tlw. / nein	ja / ja	Goodyer: Ressourceninanspruchnahme, aber keine genauen Mengen werden berichtet
10b	Quellen des in die Analyse eingehenden Ressourcenverbrauchs und der Preise	ja / ja	ja / ja	
10c	Erhebungsmethode der Ressourcen und Kostenparameter	ja / ja	ja / ja	
10d	Währung (inkl. Umrechnung) und Indexjahr (inkl. Inflation)	tlw. / ja	tlw. / ja	Goodyer: Pfund Sterling, Lynch: US-Dollar 2006, keine Indexanpassung
11	Modelle (sofern zutreffend)			
11a	Wahl der Modellierungstechnik	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11b	Darstellung der Modellstruktur	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11c	Zykluslänge	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität (Fortsetzung)

Kriterium		Goodyer	Lynch	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar				
11d	in das Modell einfließende Daten (z. B. Übergangswahrscheinlichkeiten, Verteilungen)	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11e	Annahmen	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
11f	Modellvalidierung	n. z. / n. z.	n. z. / n. z.	
12	Diskontierung Kosten und Nutzen	ja / ja	nein / nein	Goodyer: NICE-Diskontierungssätze [81]
13	Statistische Verfahren			
13a	Methoden zur Analyse der Unsicherheit (z. B. Sensitivitätsanalysen)	ja / ja	ja / ja	Goodyer/Lynch: univariate Sensitivitätsanalysen und probabilistische Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven
13b	weitere analytische Methoden (z. B. Datensynthese, Umgang mit unterschiedlichen Datenverteilungen, fehlenden / zensierten Daten, Extrapolationen)	ja / ja	ja / ja	Goodyer: Imputation der fehlenden Daten aufgrund von Lost-to-Follow-up, Differenz / Koeffizienten der Kosten wurde mittels linearer Regressionsmodelle unter Berücksichtigung von Kovariaten (Baseline-Kosten, Region etc.) geschätzt, Lynch: multiple Imputation mit verketteten Gleichungen der fehlenden Daten (missing at random)
14	Ergebnisse			
14a	Ergebnisse der Analyse / Modellierung für jede Intervention absolut und inkrementell	ja / tlw.	ja / ja	Goodyer: exakte IKNV wurden nicht berichtet
14b	Ergebnisse von Sensitivitätsanalysen (uni- / multivariat, probabilistisch)	ja / ja	ja / ja	Goodyer /Lynch: univariate Sensitivitätsanalysen und probabilistische Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven
14c	Heterogenität / Subgruppen mit unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich Kosten, Nutzenparametern oder Kosteneffektivität	ja / ja	ja / ja	Lynch: KVT + RX bei Jugendlichen mit komorbiden Erkrankungen; Suchtmittelabhängigkeit und Hoffnungslosigkeit wies günstigere, wenn auch bescheidenere Kosten-Effektivitäts-Ergebnisse im Vergleich zum Basisfall auf

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Bewertung der Berichtsqualität (Fortsetzung)

Kriterium		Goodyer	Lynch	Kommentare
		Berichtet / Begründet ^a	Berichtet / Begründet ^a	
ja / nein / tlw. / unklar				
15	Diskussion			
15a	Diskussion der Ergebnisse und Limitationen	ja / ja	ja / ja	
15b	Diskussion der Übertragbarkeit	tlw. / nein	nein / nein	Goodyer: Generalisierbarkeit nur für UK, Lynch: keine Diskussion
15c	Schlussfolgerungen	ja / ja	ja / ja	
16	Weiteres			
16a	Interessenkonflikte und Studienfinanzierung	ja / ja	ja / ja	
a: Die Studie enthält zum jeweiligen Kriterium eine kurze Erläuterung oder eine Quellenangabe.				
Abkürzungen: CASA: Child and Adolescent Services Assessment; IKNV: inkrementelles Kosten-Nutzen-Verhältnis; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zutreffend; RX: Medikamentenwechsel; tlw.: teilweise				

A4.2.4.2 Übertragbarkeit

In den eingeschlossenen Studien lag das Hauptaugenmerk auf einer kognitiven Verhaltenstherapie oder einer Kombinationstherapie. Im vorliegenden HTA wurden Publikationen ausgeschlossen, die unterschiedliche Psychotherapieformen miteinander verglichen. 1 Studie [65] stellte eine kurzfristige psychoanalytische Psychotherapie einer kurzzeitigen psychosozialen Intervention gegenüber. Diese Studie wurde eingeschlossen, da psychosoziale Interventionen meist auf mehreren Ebenen inklusive psychologischer Beratung ansetzen und keine „reinen“ psychiatrischen Interventionen darstellen. Dementsprechend erfüllten die identifizierten Studien zwar die Einschlusskriterien, allerdings war das Spektrum der untersuchten Interventionen limitiert; die exakte Fragestellung dieses HTA-Berichtes kann abschließend nicht beantwortet werden, da gesundheitsökonomische Bewertungen zu zahlreichen psychotherapeutischen Interventionen fehlen.

Bei der Studienpopulation ergaben sich teilweise Einschränkungen hinsichtlich der Übertragbarkeit. Vor allem ist fraglich, ob die Studienpopulation in den US-Studien für die deutsche Bevölkerung repräsentativ ist, da sich beide Länder hinsichtlich epidemiologischer, demografischer und sozioökonomischer Parameter unterscheiden. Zusätzlich kommt bei allen Studien hinzu, dass zumeist Kinder und Jugendliche mit komorbiden psychischen Erkrankungen, Suchtmittelabhängigkeiten und zum Teil mit einer AD-Historie eingeschlossen wurden. Psychische Komorbiditäten kommen zwar bei einer depressiven Erkrankung häufig vor, allerdings ist unklar, ob diese in Deutschland ähnlich verteilt sind wie in den eingeschlossenen Kontexten.

Für die relevanten Endpunkte zog man in den Studien ein krankheitsspezifisches klinisches und ein die Lebensqualität betreffendes Maß heran. Größtenteils sind die berichteten Endpunkte für das deutsche Gesundheitssystem relevant. Allerdings wurden in 2 Studien unterschiedliche Diagnoseinstrumente für die Verlaufskontrolle verwendet: die HoNOSCA und der MFQ. Zwar existiert eine HoNOSCA-Skala auf Deutsch, die HoNOSCA-D [232], sie ist jedoch in der S3-Leitlinie [6] für die Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen nicht angeführt. Die restlichen Studien verwenden den in Deutschland gebräuchlicheren CDRS-R-Score beziehungsweise die CGI-Rating-Skala.

Alle Studien wurden in den angloamerikanischen Versorgungskontext eingebettet. 3 US-Studien setzten auf eine übliche Behandlung bei Depressionen, eine Placebo-Kontrollintervention oder einen Medikamentenwechsel auf andere SSRIs beziehungsweise SSRNIs (Venlafaxin). Im 1. Fall ist unklar, ob sich die übliche Behandlung und folglich auch die Ergebnisse auf den deutschen Kontext übertragen lassen. Zwar wird die Leistungsanspruchnahme berichtet, trotzdem ist aber aufgrund der strukturellen Unterschiede der Systeme unklar, ob diese Leistungen der Behandlungsrealität in Deutschland und den klaren Behandlungsempfehlungen der S3-Leitlinie entsprechen. Die

Placeboverwendung als Kontrollintervention bei einer moderaten bis schweren Depression stellt nicht die Versorgungsrealität in Deutschland dar [6,182]. Der Medikamentenwechsel auf andere SSRIs ist in Deutschland generell nicht zulässig, da für Kinder ab 8 Jahren ausschließlich Fluoxetin zugelassen ist und Venlafaxin generell nicht eingesetzt werden sollte [6]. Eine Studie aus UK stellte einen Vergleich mit einer psychosozialen Intervention an. Diese Interventionen sind allerdings eher in den englischsprachigen Ländern verbreitet [182], wenngleich sie im deutschen Kontext zunehmend Bedeutung erlangen.

Die Kostenkategorien der US-Studien lassen sich zwar an sich grob auf den deutschen Kontext umlegen, allerdings gestaltet sich die Übertragung von spezifischen Kostendaten aus dem US-amerikanischen Gesundheitssystem als schwierig. Hauptgründe dafür sind das unterschiedliche Gesundheitssystem, andere Abrechnungsweisen, die tatsächliche Verschreibungspraxis von Medikamenten, Kostenerstattung, Perspektive, Kosten, Tarife und ein generell höheres Preisniveau im Gesundheitssystem. Im Fall der Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendliche kommen, wie oben erwähnt, Unterschiede in den Behandlungsleitlinien dazu. In der S3-Leitlinie [6] wird explizit erwähnt, dass einer Psychotherapie Vorrang gegeben werden sollte beziehungsweise diese die Behandlung 1. Wahl darstellt. Da eine Pharmakotherapie zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen kann, stellt diese das Mittel 2. Wahl dar. Ähnlich gestaltet sich die Formulierung in der NICE-Guidance zu Depression bei Kindern und Jugendlichen: Wenn eine mittelschwere bis schwere Depression bei Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren nach 4 bis 6 Sitzungen nicht auf eine spezifische Psychotherapie anspricht, kann nach multidisziplinärer Prüfung Fluoxetin angeboten werden. Bei Kindern zwischen 4 und 11 Jahren sollte man den Einsatz von Fluoxetin aufgrund der fehlenden Evidenz jedoch nur mit Vorsicht nach 4 bis 6 Sitzungen und multidisziplinärer Prüfung in Betracht ziehen [147]. Im Vergleich dazu wird in den USA empfohlen, dass ein SSRI angemessen ist, wenn die klinische Diagnosefeststellung (Major Depressive Disorder [MDD] ohne komorbide Zustände) und die Präferenz des Kindes beziehungsweise Jugendlichen und / oder der Familie dies indizieren [233]. Dass einer Psychotherapie vor einer Pharmakotherapie Vorrang zu geben sei, wird hier nicht explizit erwähnt. Die Kostendaten aus den UK-Studien weisen aufgrund des dortigen öffentlichen Gesundheitssystems im Vergleich zu den US-Daten eher auf eine Ähnlichkeit zum deutschen Gesundheitssystem hin. Allerdings ist aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten und der unterschiedlichen Überweisungspraxis unklar, ob im GKV-System Deutschlands die Kosten in selber Höhe anfallen würden.

Aufgrund des unterschiedlichen Gesundheitssystems in den USA mit unterschiedlicher Abrechnungsweise, Kostenerstattung, Perspektive, Kosten und Tarifen, unterschiedlichen epidemiologischen Daten der Population und Behandlungsleitlinien ist eine Übertragung der Ergebnisse aus den US-amerikanischen Studien generell nicht empfohlen. Bei den UK-Studien gestaltet sich eine vollständige Übertragung aufgrund der unklaren beziehungsweise

teilweisen Übertragbarkeit der Teildomänen schwierig und wird deshalb für diese Studien nur teilweise empfohlen.

In Tabelle 31 werden die Ergebnisse der Bewertung der Übertragbarkeit der eingeschlossenen Studien dargestellt.

Tabelle 31: Bewertung der Übertragbarkeit

Übertragbarkeit auf die zu untersuchende Fragestellung und den Kontext	Byford	Dickerson	Domino08	Domino09	Goodyer	Lynch	Kommentare
	ja / nein / tlw. / unklar						
Bildet die Fragestellung der Studie exakt die Fragestellung des HTA-Berichtes ab?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Byford /Dickerson /Domino08 /Domino09 / Goodyer /Lynch: KVT als psychotherapeutische Intervention, Goodyer: psychosoziale / psychologische Vergleichsintervention
Entspricht die Studienpopulation in der Publikation der Population der Fragestellung des HTA-Berichtes (Bezugspunkte: Patientenselektion, Baseline-Charakteristika)?	ja	tlw.	tlw.	tlw.	ja	tlw.	Byford /Goodyer: UK-Population, komorbide Verhaltensstörungen (Angstzustände), Dickerson: Jugendliche mit AD-Historie, andere komorbide psychische Erkrankungen (exkl. Suizidalität), Dickerson /Domino08 /Domino09 /Lynch: US-amerikanische Studienpopulation (siehe Charakteristika), Domino08 /Domino09: mehr als die Hälfte der Stichprobe (52,1 %) war komorbid für mindestens 1 weitere psychische Störung, Lynch: Jugendliche mit tlw. komorbiden Erkrankungen und Suchtmittelabhängigkeit, nicht adäquate SSRI-Response
Werden die für die Fragestellung des HTA-Berichtes relevanten Endpunkte in der Studienpublikation berichtet?	tlw.	ja	ja	ja	tlw.	ja	Byford /Domino09: HoNOSCA, Dickerson /Domino08 /Domino09 /Lynch: CDRS-R, Goodyer: MFQ, Domino08 /Domino09 /Lynch: CGI
Sind die in der Studienpublikation herangezogenen Daten für die Effekte übertragbar auf die Fragestellung des HTA-Berichtes?	ja	unklar	nein	nein	unklar	tlw.	Dickerson: ÜB im US-Kontext als Vergleichsintervention, Domino08: Placebo als Kontrollintervention (entspricht nicht Standard of Care), Goodyer: psychosoziale / psychologische Vergleichsintervention

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Bewertung der Übertragbarkeit (Fortsetzung)

Übertragbarkeit auf die zu untersuchende Fragestellung und den Kontext	Byford	Dickerson	Domino08	Domino09	Goodyer	Lynch	Kommentare
	ja / nein / tlw. / unklar						
Sind die in der Studienpublikation herangezogenen Kosten übertragbar auf das deutsche Gesundheitssystem (Perspektive, Versorgungskontext, Empfehlungen in Leitlinien, zusätzlich erforderliche Leistungen etc.)?	tlw.	tlw.	tlw.	tlw.	tlw.	tlw.	Byford /Goodyer: Gesellschaftsperspektive UK, nur partiell für eine GKV-Perspektive anwendbar, Dickerson /Domino08 /Domino09 /Lynch: Gesellschaftsperspektive USA, nur bedingt auf D übertragbar
Sind epidemiologische, demografische und sozioökonomische Parameter (Prävalenz und Inzidenz, genetische Varianten, Lebenserwartung, Patientenpräferenzen) übertragbar auf die Studienpopulation im HTA-Bericht?	tlw.	nein	nein	nein	tlw.	nein	Byford /Goodyer: UK-Population (Manchester, Cambridge), Dickerson /Domino08 /Domino09 /Lynch: US-amerikanische Studienpopulation (siehe Charakteristika)
Ist die Modellstruktur übertragbar auf die zu untersuchende Fragestellung des HTA-Berichtes?	kein Modell	kein Modell	kein Modell	kein Modell	kein Modell	kein Modell	
Gibt es weitere relevante Aspekte, die einen Einfluss auf die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Fragestellung des HTA-Berichtes haben?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Byford: tlw. distinktes Gesundheitssystem, Anwendung der HoNOSCA anstatt CDRS-R und K-SADS-PL für Diagnosestellung, Responsekontrolle bei Pharmakotherapie sollte nach 4 Wochen stattfinden, Dickerson: K-SADS-PL für Diagnosestellung, distinktes Gesundheitssystem (USA), ÜB im US-Kontext als Vergleichsintervention (kann von SC in Deutschland abweichen), Domino08: distinktes Gesundheitssystem (USA), Placebo als Kontrollintervention (entspricht nicht Standard of Care in D), kein stufenweiser Vergleich der

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Bewertung der Übertragbarkeit (Fortsetzung)

Übertragbarkeit auf die zu untersuchende Fragestellung und den Kontext	Byford	Dickerson	Domino08	Domino09	Goodyer	Lynch	Kommentare
	ja / nein / tlw. / unklar						
							Interventionen / IKNV, Domino09 : distinktes Gesundheitssystem (USA), kein stufenweiser Vergleich der Interventionen / IKNV, Goodyer : psychosoziale / psychologische Vergleichsintervention, Lynch : Medikamentenwechsel auf andere Psychopharmaka / Antidepressiva, nur Fluoxetin in D für Kinder ab 8 Jahren zugelassen
Abkürzungen: AD: Antidepressiva; CDRS-R: Children's Depression Rating Scale – Revised; CGI Rating Skala: Clinical Global Impression Rating Skala; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; HoNOSCA: Health of Nation Outcome Scales for Children and Adolescents; IKNV: inkrementelles Kosten-Nutzen-Verhältnis; K-SADS-PL: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; MFQ: Mood and Feeling Questionnaire; n. z.: nicht zutreffend; SC: Standard Care/Regelversorgung ÜB: Übliche Behandlung							

A4.2.5 Diskussion

Diese gesundheitsökonomische systematische Übersichtsarbeit stellt die gesundheitsökonomische Evidenz zu psychotherapeutischen Behandlungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen mit einer Depression dar. Es zeigt sich, dass sich in diesem Kontext der Fokus der gesundheitsökonomischen Studien auf eine einzige Form der psychotherapeutischen Behandlung – nämlich die KVT im Einzelsetting – beschränkt. Die kritische Bewertung der methodischen Qualität und der Berichtsqualität zeigt, dass die Studien zwar keine erheblichen methodischen Limitationen aufweisen, eine direkte Übertragung der Studien auf den deutschen Versorgungskontext aufgrund zu großer Systemunterschiede und weiterer Faktoren aber nicht möglich ist. Die Verwendung der Studien als gesundheitsökonomische Entscheidungsgrundlage für Deutschland wird nicht beziehungsweise nur bedingt empfohlen.

A5 Details der Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

A5.1 Ethische Aspekte

A5.1.1 Recherche zu ethischen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Auf Grundlage der Checkliste des sokratischen Ansatzes von Hofmann [31] identifizierten wir ethisch relevante Aspekte in Bezug auf die Zielgruppe, die Krankheit, die Interessengruppen sowie die betreffende Intervention. Gegebenenfalls wird zwischen jenen Aspekten unterschieden, die sich auf Kinder (0 bis 12 Jahre) beziehungsweise Jugendliche (13 bis 18 Jahre) beziehen, da depressive Symptome in verschiedenen Untergruppen von Kindern und Jugendlichen unterschiedlich ausgeprägt sein können. Die Aufarbeitung ethischer Aspekte beruhte auf 78 Publikationen. Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.3.1.

A5.1.2 Identifizierte ethische Aspekte

Ethische Aspekte in Bezug auf die Zielpopulation

Benefizienz

Der ethische Imperativ zur Behandlung von Depression beruht auf dem Prinzip der Benefizienz (Fürsorge); er besagt, dass Personen in Gesundheitsberufen verpflichtet sind, nach dem besten Interesse des Patienten und der Patientin zu handeln. Bis zu 15 % aller Kinder und Jugendlichen weisen im Lauf ihres Kindes- und Jugendalters Symptome einer Depression auf, wobei die Inzidenz depressiver Störungen nach der Pubertät deutlich zunimmt [92]. In der Pubertät sind depressive Störungen bei Mädchen fast doppelt so häufig wie bei Buben [92]. Eine Studie deutet darauf hin, dass mehr als die Hälfte der depressiven Jugendlichen auch im Erwachsenenalter depressive Symptome haben wird [234]. Die Gefahr, dass die Depression bis ins Erwachsenenalter andauert, ist ein Grund für die Notwendigkeit, depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen zu behandeln, mit dem Ziel, zukünftige Beeinträchtigungen zu verhindern. Unbehandelte Depressionen können neben dem emotionalen Leid auch zu Schädigungen des Gehirns führen, die durch den toxischen Spiegel von Stresshormonen [235,236] verursacht werden, und zu einem erhöhten Risiko für ischämische Herzerkrankungen und Myokardinfarkte beitragen [237].

Eine Depression kann Veränderungen im Denken, in der Motivation, der Stimmung und im Verhalten zur Folge haben. Unbehandelt kann eine Depression ein Suizidrisiko darstellen [82]. Selbstmord ist die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen (10–19 Jahre) in den einkommensstarken Ländern Europas (insbesondere bei Buben) [238], und die Häufigkeit von Suizidgedanken nimmt im Allgemeinen neben riskanten Verhaltensweisen wie Alkoholkonsum oder körperlichen Auseinandersetzungen zu [239]. Die frühesten Suizidversuche im Zusammenhang mit Depression werden bereits bei 4-jährigen Kindern vermutet [83].

Aus den oben genannten Gründen rät die United States Preventive Services Task Force (USPSTF) zu einem Screening auf eine Major Depressive Disorder in der Population von Jugendlichen, jedoch wird ein Screening für Kinder unter 11 Jahren aufgrund mangelnder Evidenz nicht empfohlen [240]. Auch wenn die USPSTF zu dem Schluss kommt, dass das Screening selbst wahrscheinlich nicht mit signifikanten Schäden verbunden ist, sind Opportunitätskosten und potenzielle Stigmatisierung Nachteile, die das Screening in der Population bei Kindern und Jugendlichen mit sich bringen kann [240]. Auch verschiedene Präventionsprogramme für Depressionen gelten als wirksam (zumindest kurzfristig [241]), um die Zahl der depressiven Jugendlichen zu verringern oder sie daran zu hindern, Selbstmord zu begehen. Beispiele hierfür sind Unterstützungsprogramme für Gleichaltrige [242] oder Programme zur Förderung körperlicher Aktivität [243,244].

Vulnerabilität

Da die Zielpopulation dieses Assessments Kinder und Jugendliche sind, eine Depression negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen hat und entwicklungsbezogene Überlegungen nach sich zieht, ist der Begriff der Vulnerabilität hier von besonderer ethischer Relevanz [82,84-86]. Unter Vulnerabilität wird hier jener Zustand verstanden, in dem Personen oder Personengruppen der Möglichkeit ausgesetzt sind, geschädigt zu werden. Einer der Gründe, warum Kinder und Jugendliche als vulnerabel gelten, ist, dass Depressionen auftreten können, wenn sie alleine sind und befürchten, die überwältigenden Emotionen allein durchstehen zu müssen [96]. Depressionen vermindern die Lebensqualität; kombiniert mit Schüchternheit und geringem Selbstwertgefühl, schließt sich ein Teufelskreis, der zu weiterer Einsamkeit führen kann [87,88]. Des Weiteren fehlt Kindern das Verständnis dafür, was während einer depressiven Episode vor sich geht. Als Jugendlichen erlaubt ihnen ihre sich entwickelnde Fähigkeit zur Vernunft zwar, ihren Zustand als „deprimiert beziehungsweise depressiv sein“ zu erkennen, aber das Konzept des Leidens zu verstehen übersteigt ihre Kapazitäten. Dies kann auf Jugendliche genauso beunruhigend wirken wie die Symptome der Depression selbst [96]. Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt im Kontext Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen ist, dass eine Depression zusätzlich zu dauerhaften klinischen Beschwerden und Erkrankungen auftreten kann. Das kann bedeuten, dass betroffene Kinder und Jugendliche einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, an einer sekundären Depression zu erkranken [89]. Darüber hinaus finden sich Depressionen häufiger bei Kindern aus benachteiligten Familien (einschließlich Minderheiten und Migranten) [238] sowie bei Kindern aus Pflegeheimen [245].

Familiär verursachte Vulnerabilität stellt ein großes ethisches Problem dar [90]. Das familiäre Umfeld betreffende negative Faktoren, die zu Depressionen bei Kindern und Jugendlichen beitragen, sind körperlicher und sexueller Missbrauch, mangelnde Unterstützung bei gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung [91], Vernachlässigung, Bindungsversagen, elterliche depressive Erkrankungen [92], Familienkonflikte, Stress und Zusammenbruch, eine

unsichere Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen [90] sowie Kindstraumata [94]. Kognitive Stile der Eltern können die kognitiven Stile / Schemata der Kinder und Jugendlichen prägen [246]. Diese Forschung basiert auf der kognitiven Theorie der Depression, die davon ausgeht, dass negative kognitive Stile / Schemata eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung von Depressionen spielen. Negative kognitive Stile sind für negative Urteile und Einschätzungen verantwortlich, bei denen das Individuum sich selbst als Grund für das Scheitern in bestimmten Aspekten des Lebens sieht. Psychotherapien wie die kognitive Verhaltenstherapie beruhen auf ebendieser Theorie [246]. Neben kognitiven Stilen können auch genetische Veranlagungen und die Rolle einer sicheren Bindung zur Entstehung einer Depression beitragen. Bei Vorliegen einer unsicheren Bindung zwischen Elternteil und Kind kann das Kind Schwierigkeiten haben, enge Beziehungen und soziale Unterstützung zu erfahren und effektiv für die Emotionsregulation zu nutzen [247]. Eine deutsche Studie mit 1035 Jugendlichen bestätigt, dass mütterliche Depressionen mit einer als unsicher erlebten Bindung zwischen Müttern und Jugendlichen zusammenhängen [90]. Auch in Bezug auf die Auswirkungen elterlichen Selbstmords auf die nachfolgenden Generationen wird in einer Einzelstudie angeführt, dass Selbstmord möglicherweise die 2. als auch die 3. Generation in der Entwicklung von Mustern massiver Nachsichtigkeit, Scham, Abwehrbarrieren gegen depressive Affekte beeinflussen kann und sich auch auf die Vermeidung von Fortpflanzung auswirken könnte [248].

Elterliche depressive Erkrankungen können Kinder und Jugendliche negativ beeinflussen, aber eine Verbesserung der elterlichen Depression kann positive Auswirkungen auf die Depression von Kindern und Jugendlichen haben [93]. Dasselbe gilt für die elterliche Unterstützung: Ihr Fehlen (insbesondere in Kombination mit empfundener Diskriminierung) kann bei Kindern und Jugendlichen zu Depression führen [249], aber robuste Forschung bestätigt auch den gegenteiligen Effekt, dass also elterliche Unterstützung und jene von Gleichaltrigen Kinder und Jugendliche vor der Entwicklung affektiver Störungen schützt [250].

Soziale Netzwerke / Medien, in denen ein Großteil der Interaktion zwischen Kindern und Jugendlichen stattfindet, können ebenfalls zur Vulnerabilität Kinder und Jugendlicher beitragen. Einige Hinweise deuten darauf, dass, je mehr Zeit junge Menschen in sozialen Medien verbringen, es desto häufiger zu selbstverletzendem Verhalten und Selbstmordgedanken kommen kann [251]. Die Nutzung sozialer Netzwerke wurde auch signifikant mit einer Zunahme von Depressionen in Verbindung gebracht [252], und es zeigte sich, dass die Medienberichterstattung beispielsweise über Selbstmord von Prominenten die Zahl der Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen erhöht [92].

Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Krankheit

Die Krankheit betreffende ethische Fragen beinhalten Aspekte, die im Zusammenhang mit der Diagnose (Unterdiagnose oder Medikalisierung), mit Vorurteilen und Stigmatisierung sowie mit Autonomie, Authentizität und Handlungsfähigkeit stehen.

Diagnose

Die Diagnose einer Depression bei Kindern und Jugendlichen stellt eine Herausforderung für Gesundheitsfachkräfte dar. Erstens unterscheidet sich die Ausprägung von Depressionssymptomen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Reizbarkeit oder Wut stellen bei Jugendlichen häufige Anzeichen einer Depression verglichen mit Erwachsenen dar [82]. Bei Kindern sind körperliche Symptome wie Schmerzen, Unruhe oder das Klammern an Eltern / Erziehungsberechtigte wahrscheinlicher [82]. Zweitens handelt es sich bei der Diagnose der primären Depression um eine Ausschlussdiagnose [82]. Das bedeutet, dass das Gesundheitsfachpersonal, um eine primäre Depression zu diagnostizieren, zunächst andere medizinische Ursachen ausschließen muss, die eine Depression als eines ihrer Symptome haben, wie Endokrinopathien, bösartige Tumore, chronische Krankheiten, infektiöse Mononukleose, Anämie, Vitaminmangel (insbesondere Folsäure) oder Nebenwirkungen von Medikamenten (wie Isotretinoin) [92]. Drittens stehen Gesundheitsfachkräfte vor der Herausforderung, dass es keine deutlichen Abgrenzungen zwischen pathologischem und normalem Verhalten gibt. Von Gesundheitsfachkräften wird im klinischen Alltag jedoch eine kategorische Entscheidung darüber gefordert, welche Pathologie schwer genug sei, um eine Behandlung zu erfordern [253]. Aus diesem Grund beruht die Diagnose notwendigerweise auf einem Werturteil der beteiligten Akteurinnen und Akteure. Dieses Werturteil kann von kulturellen Unterschieden, aber auch von unterschiedlichen Erwartungen seitens Eltern oder Erzieherinnen und Erzieher beeinflusst werden [253].

Unterdiagnose

Im Zusammenhang mit den oben skizzierten Problemen bei der Diagnose von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen steht der Begriff der Unterdiagnose. Da die Prävalenz von Depressionen von der frühen Adoleszenz bis ins frühe Erwachsenenalter steil ansteigt [88], argumentieren viele Stimmen, dass depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach wie vor zu wenig erkannt und behandelt werden [95]. Dies würde gesellschaftlich bei somatischen Erkrankungen als inakzeptabel gelten [236]. Eine US-Studie weist darauf hin, dass nur ein Drittel der Kinder mit Depressionen professionelle Unterstützung erhält, und führt diesen Umstand auf die schlechte Erkennung depressiver Symptome, versicherungstechnische Schwierigkeiten, Stigmatisierung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Versorgungsmängel zurück [84]. Außerdem hat sich im US-Kontext gezeigt, dass die Zahlungsmethode für eine personenbezogene Therapiesitzung auch Auswirkungen auf die Diagnose hat, da Managed-Care-Klienten viel häufiger eine Diagnose erhielten als jene, die ihre Behandlung aus „eigener Tasche“ (Out-of-Pocket-Zahlung)

beglichen [254]. Für den deutschen Kontext ist das insofern relevant, als in der Vergangenheit und teilweise auch nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie immer noch ein Mangel an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen bestehen blieb [255]. Kinder und Jugendliche mussten im Schnitt 5 Wochen auf einen 1. Sprechstundentermin und rund 18 Wochen auf eine Richtlinienpsychotherapie warten [256,257]. Diese längere Wartezeit kann die Wahrscheinlichkeiten erhöhen, sich entweder für eine Out-of-Pocket-Zahlung zu entscheiden wenn dies finanziell möglich ist – oder erst recht keine Therapie in Anspruch zu nehmen. Ein weiterer Grund für die Unterdiagnose von Depression wurde aus Interviews mit Jugendlichen erkennbar. Verzögerungen bei der Behandlung können auch von der Einstellung der Jugendlichen verursacht werden, erst Hilfe zu suchen, wenn die Situation richtig ernst wird [96]. Darüber hinaus stehen Kontroversen um den Einsatz von Antidepressiva bei dieser Patientenpopulation im Zusammenhang mit der Weigerung der Eltern, eine Diagnose und Behandlung für ihre depressiven Kinder anzustoßen [97]. In diesem Fall wird teilweise auch von „medizinischer Vernachlässigung“ [245,258] gesprochen.

Medikalisierung

Der Begriff der Unterdiagnose muss jedoch mit dem Begriff der Medikalisierung in Kontrast gesetzt werden, um zu vermeiden, dass menschliche (Gemüts-)Zustände als medizinische Zustände definiert und behandelt werden. Eine Extremposition argumentiert, dass die Konzepte wie „Kind“, „Jugendlicher“ sowie „Depression“ einer relativ neuen sozialen Konstruktion unterliegen würden [104]. Stewart behauptet, die Auffassung, dass Kinder und Jugendliche vor den Behörden geschützt werden müssen, um Zeit für das Erwachsenwerden zu bekommen, zu Beginn des 20. Jahrhunderts infolge historischer Umstände entstanden sei. In gleicher Weise argumentiert er, dass die Ansicht, Kinder und Jugendliche seien in erster Linie psychologische Akteurinnen und Akteure (die mit der Ordnung ihrer emotionalen Zustände zu kämpfen haben) und nicht moralische (die Verantwortung für ihre Handlungen tragen), mit der gleichen sozialen Konstruktion einhergegangen sei. In der heutigen Zeit, so Stewart, spiegelten Kinder und Jugendliche das Paradigma wider, in erster Linie psychologische Agentinnen und Agenten zu sein, und würden entsprechend handeln – was zu einer Zunahme an depressiven Erkrankungen führt [104].

Laut weiterer Stimmen aus dem US-Kontext, die sich gegen die Medikalisierung Kinder und Jugendlicher aussprechen, zeigten zahlreiche Untersuchungen einen dramatischen Anstieg der Verschreibungen psychotroper Medikamente (insbesondere SSRIs) an Kinder und Jugendliche seitens ärztlichen und psychiatrischen Personals [98]. Neben der Zunahme an Verschreibungen kam es zu einem deutlichen Sinken der durchschnittlichen Dauer der Personentherapie [99]. Einige vertreten die Ansicht, dass man sich dem Behandlungsimperativ zu behandeln, nur weil es möglich ist – widersetzen und die Behandlung menschlicher Gemütszustände einstellen sollte [100]. Wie Lidz es ausdrückt, sollten wir „aufhören, unseren normalen Nihilismus mit Prozac zu behandeln“ [100]. Andere halten die Depression für eine

Manifestation des Zusammenbruchs der Gemeinschaft oder unserer sozialen Voreingenommenheit gegenüber leicht dysthymischen Individuen [259]. Darüber hinaus wird mit dem Ziel, eine Medikalisierung zu vermeiden, vorgeschlagen, dass depressive Patientinnen und Patienten zunächst eine nichtärztliche Gesundheitsfachkraft aufsuchen sollen, die beurteilt, ob Medikamente notwendig seien [260].

Ein Mittelweg zwischen Unterdiagnose und Medikalisierung erfordert therapeutische Demut, die die Grenzen unseres Verständnisses anerkennt. Aufgrund verschiedener Wesensarten bei Kindern und Jugendlichen und der unterschiedlichen Anpassungsform an ihre soziale Lebenswelt müssen wir uns bemühen, zwischen hilfreichen und nicht hilfreichen Formen der Medikalisierung zu differenzieren, um den Unterschied zwischen „Badness“ und „Madness“ nicht zu verschleiern [253].

Der Begriff der Medikalisierung ist auch im Kontext religiöser Ansichten über depressive Erkrankungen relevant. Religiöse Perspektiven können dazu neigen, Depression als eine Form der spirituellen Übung zu sehen; so kann das religiöse Verständnis Depression als eine moralische Angelegenheit betrachten, „wenn es sich um eine potenziell sinnvolle Begegnung mit gestörten Beziehungen, Aktivitäten, Werten und Selbstachtung handelt“ [259]. In dieser Hinsicht kann die religiöse Interpretation sinnstiftend für Erfahrungen depressionsbedingten Leidens wirken. Darüber hinaus zeigt eine kanadische Studie, dass die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen (Gottesdiensten etc.) bei depressiven Jugendlichen mit einem geringeren Grad an Depression assoziiert ist [102].

Vorurteil und Stigmatisierung

Die Begriffe Vorurteil und Stigmatisierung sind für die Population von depressiven Jugendlichen besonders relevant. Die European Depression Association (EDA) teilt die Einschätzung, dass manche politische Entscheidungsträger als auch Gesundheitsdienstleister gegenüber Menschen mit Depression negativ eingestellt sind, was die Möglichkeiten der Erkennung und Behandlung von Depression verringert und zu zusätzlicher Selbststigmatisierung führen kann [236]. Dies beruht auf dem Mechanismus, dass sich negative Stereotype in Vorurteilen manifestieren, die wiederum negative Verhaltensmuster bei der betreffenden Person erzeugen. Diese kognitive Struktur bildet dann die Grundlage für depressives Verhalten [261]. Kinder und Jugendliche können sich daraufhin zurückziehen, beginnen, sich einsam zu fühlen, und behalten so die Last für sich – als Schutzmaßnahme vor einer möglichen weiteren Stigmatisierung [96]. Es wird berichtet, dass Stigmatisierung und Scham die wichtigsten Barrieren bei der Suche nach Hilfe bei psychischen Problemen darstellen [262].

Autonomie

Im Hinblick auf Depressionserfahrungen sind der Autonomiebegriff und die damit verbundenen Herausforderungen an Authentizität und Handlungsfähigkeit die ethischen Schlüsselaspekte. Das liegt daran, dass eine pathologische Depression die Autonomie – das Recht oder die Fähigkeit zur Selbstverwaltung – beeinträchtigt, indem sie Konzentration, Enthusiasmus, Energie oder Hoffnung verringert [103,259]. Es ist genau dieses autonome und authentische Selbst mit seinen Lebensentwürfen, Wünschen und Werten, das das Gesundheitswesen wiederherzustellen versucht [100,263]. Diese Vorstellung von einem beständigen Selbst ist jedoch besonders bei jungen Menschen problematisch. Das ist darauf zurückzuführen, dass Kinder und Jugendliche „rasche Entwicklungsänderungen im physischen, kognitiven, affektiven, kommunikativen und zwischenmenschlichen Bereich“ [86] durchlaufen. Außerdem lässt sich schwer definieren, was tatsächlich das wiederherzustellende authentische Selbst bei Kindern und Jugendlichen ist, da sich junge Menschen in einem ständigen Veränderungsprozess befinden. Je mehr Handlungsfähigkeit der junge Mensch besitzt, desto mehr Beteiligung und damit verbundene Verantwortung ist zu erwarten [264]. Die gegenwärtigen Fragen der krankheitsbezogenen Autonomie gehen über zu Fragen der interventionsbedingten Autonomie, des Einverständnisses und der Vertraulichkeit, die im folgenden Abschnitt analysiert werden.

Ethische Aspekte bezüglich Intervention, Komparatoren und Stakeholdern***Autonomie und Einverständnis***

Ein relevantes Ziel der Psychotherapie besteht in der Förderung der Autonomie der Patientinnen und Patienten [104], um deren Eigenständigkeit zu verbessern [105]. Allerdings ist gleichzeitig die besagte Autonomie am Beginn einer Therapie Voraussetzung für eine klare Einverständniserklärung. Aus diesem Grund erscheint der Beginn einer (Psycho-)Therapie ohne einleitende Aufklärungsgespräche mit Blick auf die Autonomie etwas widersprüchlich, da die meisten Kinder und Jugendlichen eine Therapie nicht selbst aufsuchen, sondern diese vielmehr von ihren Eltern / Erziehungsberechtigten in die Wege geleitet wird [106]. Die Gesundheitsfachkräfte begeben sich somit in die ambivalente Situation, dass sie versuchen, die Autonomie von Personen zu fördern, die sich vielleicht von vornherein nicht mit einer Therapie einverstanden erklärt haben. Natürlich stellt diese Ambiguität eine zusätzliche Herausforderung dar, wenn das Kind, die oder der Jugendliche aufgrund einer psychischen Erkrankung hospitalisiert wird, was besonders bei Vorliegen von Suizidgedanken erforderlich sein kann. Das Gesetz geht davon aus, dass Kinder und Jugendliche nur beschränkt geschäftsfähig sind; während dies bei Kindern eindeutig der Fall ist, trifft es bei Jugendlichen nicht notwendigerweise zu [106]. Das liegt daran, dass Heranwachsende nach und nach in die Handlungsfähigkeit hineinwachsen und das „nominelle“ Alter einer Person nicht notwendigerweise das „wirkliche“ Alter widerspiegelt (das Lebenserfahrungen und die jeweilige innere Reife einschließt). Daher gibt es eine Reihe von Ausnahmen von der

Geschäftsunfähigkeit, zu denen „emanzipierte“ oder „reife Minderjährige“ gehören, die vom Gericht aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände als solche bezeichnet wurden [85]. Die Behandlung junger Menschen stellt somit eine zusätzliche Herausforderung für die Gesundheitsfachkräfte dar; sie müssen in der Lage sein, die rechtlichen Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten zu verstehen, die in ihren spezifischen Kontexten gelten [85].

Alle nicht emanzipierten Jugendlichen sind durch ihr Einverständnis und die Zustimmung ihrer Eltern / Erziehungsberechtigten zur Teilnahme an der Behandlung verpflichtet [106]. „Es ist hilfreich, die Einwilligung und die Zustimmung nach Aufklärung als ein Kontinuum zu betrachten“ [107]. Während die Zustimmung nach Aufklärung voraussetzt, dass die Patientin oder der Patient den Zweck, den Nutzen und die potenziellen Risiken einer Intervention versteht, setzt die Zustimmung durch Bevollmächtigte voraus, dass die mit der Entscheidung beauftragte Person (Eltern / Erziehungsberechtigte) den Zweck, den Nutzen und potenzielle Risiken versteht. Die Einwilligung bezieht sich auf das Einverständnis des Kindes, der oder des Jugendlichen zur Teilnahme, das jedoch für die legale Durchführung der Behandlung nicht unbedingt erforderlich ist [106]. Mit der im Lauf der Psychotherapie zunehmenden Entwicklung ihrer Fähigkeit, sich am Entscheidungsprozess zu beteiligen, sollten junge Menschen kontinuierlich darauf hinarbeiten, ihre Zustimmung zur Therapie sowohl erteilen als auch widerrufen zu können [107]. Die Zustimmung durch Bevollmächtigte ist vor allem dann sinnvoll, wenn Autonomie nicht nur als reines Selbstbestimmungsrecht eines Individuums, sondern in einem relationalen Kontext verstanden wird und Beziehungen zwischen Eltern sowie Kindern und Jugendlichen und gegenseitige Abhängigkeiten berücksichtigt werden [265]. Der Begriff der relationalen Autonomie bezieht sich auf Situationen, in denen das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen aus einer breiteren Perspektive betrachtet wird, die die Rolle von fürsorglichen und kompetenten Eltern anerkennt. Deshalb sollten alle Beteiligten die besten Interessen der gesamten Familieneinheit anstreben und nicht ausschließlich jene des Kindes oder Jugendlichen [85]. Die Verfolgung der besten Interessen kann dennoch mit dem Begriff der Vertraulichkeit kollidieren.

Vertraulichkeit und beste Interessen

Die Vertraulichkeit oder die Geheimhaltung von Informationen über Kinder und Jugendliche kann bei der Beurteilung ihrer beziehungsweise seiner besten Interessen einen Konflikt darstellen. Wenn der Gesundheitsfachkraft Informationen über eine mutmaßliche Misshandlung (zum Beispiel Missbrauch oder Vernachlässigung) oder die Absicht der Selbstverletzung oder des Selbstmordes des Jugendlichen vorliegen, kann das Versprechen der Vertraulichkeit und das damit verbundene Vertrauen gebrochen werden, um in ihrem oder seinem besten Interesse zu handeln, da die Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung über der Vertraulichkeit stehen kann [106]. Ein Vertrauensbruch kann

jungen Menschen als Grund für einen Therapieabbruch dienen, und das stellt eine Herausforderung für die Angehörigen der Gesundheitsberufe dar [108].

Zusätzliche Spannungen können sich aus einer übermäßigen Beteiligung der Eltern / Erziehungsberechtigten ergeben. Da sie dazu neigen, eine Behandlung einzuleiten, neigen sie auch dazu, ihre eigene Agenda zu verfolgen und eine Rückmeldung zum Gesundheitszustand des Jugendlichen zu erwarten [85,106]. Die TADS-Studie zur Behandlung von Jugendlichen mit Depressionen fand heraus, dass die Haupthindernisse im Zusammenhang mit der elterlichen Beteiligung „die elterliche Psychopathologie, die Arbeit mit geschiedenen Eltern und Eltern aus verschiedenen Familienkonstellationen und kulturellen Hintergründen“ [266] darstellten. Eine Kultur wie beispielsweise die indische, in der „die Überzeugung herrscht, dass Kinder nichts vor ihren Eltern verbergen und dass Eltern alles wissen müssen, wenn es um die Probleme ihres Kindes geht“, stellt in Bezug auf Vertraulichkeit eine offensichtliche Herausforderung dar [267]. Solche Dilemmata können durch Umstände wie Teenagerschwangerschaft, Abtreibung oder Fragen der sexuellen Orientierung und des Geschlechts noch verschärft werden. Das Prinzip der Vertraulichkeit und des damit verbundenen Vertrauens ist auch dann von besonderer Bedeutung, wenn Gesundheitsfachkräfte jugendliche Bandenmitglieder oder Kinder behandeln, die aus Kontexten kommen, in denen Gewalt und mangelndes Vertrauen die Regel sind [85].

Beurteilung, Umsicht, Grenzen und Stakeholder

In den oben skizzierten besonderen Situationen wie auch in der Realität der täglichen Arbeit mit depressiven Kindern und Jugendlichen sind die Gesundheitsfachkräfte verpflichtet, bedachte klinische wie auch moralische Urteile zu fällen, wobei moralische Prinzipien gegeneinander abgewogen werden müssen (bestes Interesse versus Vertraulichkeit und Vertrauen [109], individuelle Autonomie der Kinder und Jugendlichen versus relationale Autonomie [110]). Sie müssen Kinder und Jugendliche über unrealistische Erwartungen aufklären (informierte Einwilligung) [109], gleichzeitig positive Wirkungen der Behandlung maximieren und Schaden minimieren (im Einklang mit dem hippokratischen Eid) [84]. Letzteres ist besonders bei jungen Kindern von Bedeutung, da es für Kinder unter 8 Jahren keine ausreichende Evidenzbasis für wirksame Behandlungen gibt [41]. Darüber hinaus sehen sich Gesundheitsfachkräfte mit Abgrenzungsproblemen konfrontiert [106], da einzelnen Fallstudien zufolge einige Kinder Körperkontakt während der Therapie suchen oder das Gesundheitspersonal zu ihren sozialen Veranstaltungen einladen wollen [267]. Die Wahrung einer gesunden Distanz und die Herstellung eines Vertrauensverhältnisses birgt daher eine weitere Herausforderung für das umsichtige Urteilsvermögen der Gesundheitsfachkräfte.

Weitere ethische Herausforderungen ergeben sich aus der bloßen Beschaffenheit der Situation, in der Eltern / Erziehungsberechtigte an die Gesundheitsfachkräfte herantreten, damit eine Behandlung für ihr Kind oder ihren Jugendlichen geleistet wird. Die erste

Herausforderung stellt gleich zu Beginn die Definition des Schlüsselproblems dar, das durch die Therapie gelöst werden soll. Eine Studie legt nahe, dass „mehr als drei Viertel von Kinder-Eltern-Therapeuten-Triaden die Behandlung ohne Konsens über ein einziges Problem begannen“ und „sich fast die Hälfte nicht einmal auf einen breiten Problembereich einigen konnte“ [268]. Während Therapeutinnen und Therapeuten bei das Kind betreffenden Problemen die Tendenz zeigten, mit den Eltern (und nicht mit den Kindern) übereinzustimmen, tendierten Therapeutinnen und Therapeuten bei Familien- und Umweltprobleme dazu, mit dem Kind (und nicht mit den Eltern) übereinzustimmen [268]. Die Herausforderung für Therapeutinnen und Therapeuten besteht dann darin, das durch die Therapie zu lösende Schlüsselproblem zu erkennen und gleichzeitig zu wissen, dass die Interessen aller Beteiligten nicht kongruent sind [85]. Vor dem Hintergrund der Suche nach dem Schlüsselproblem der Therapie steht der Aspekt der Macht. Es liegt in der Macht der Eltern / Erziehungsberechtigten, den Jugendlichen die Therapie zu erteilen, wo sie erwarten können, dass „ein mächtigerer / einflussreicherer Erwachsener“ - das heißt die psychotherapeutische Fachkraft- „ihnen hilft, den Jugendlichen dazu zu bringen, sich so zu verhalten, wie sie es wünschen“ [85]. Der junge Mensch ist dann derjenige, der in der Triage am wenigsten Macht besitzt und am verwundbarsten ist [85]. Im Behandlungsansatz muss berücksichtigt werden, dass die psychischen Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen eine Reaktion auf ein gestörtes familiäres Umfeld sein können, sodass eine Therapie für die ganze Familie erforderlich sein kann [90].

Nutzen-Schaden-Verhältnis der betreffenden Intervention

Die Analyse des Nutzen-Schaden-Verhältnisses der Psychotherapie führt ebenfalls zu ethisch relevanten Fragen. Wie oben erwähnt, gibt es zwar eine relativ solide Evidenz, die die Wirksamkeit der Psychotherapie für depressive Jugendliche belegt, aber nur eine begrenzte Anzahl von Forschungsarbeiten zu Kindern unter 12 Jahren [41]. Es wird argumentiert, dass es am einfachsten sei, Psychotherapie in Situationen anzuwenden, in denen die Depression milder ist oder sich die Stressoren beseitigen lassen [111]. Es wird außerdem angeführt, dass der Nutzen der Psychotherapie darin besteht, Kinder und Jugendliche zu bestärken, eine aktive Rolle in ihrer Behandlung zu übernehmen [107], und dass sie im Hinblick auf Nebenwirkungen ein sichereres Profil hat als eine pharmakologische Therapie [269]. Die betonten Nachteile der Psychotherapie liegen vor allem darin, dass sie oft „unterschiedlich stark in die innersten Gedanken und Motive des Patienten eindringt“, was dazu führen kann, dass sich Patientinnen und Patienten unwohl fühlen oder sogar die Therapie abbrechen [99].

Nutzen-Schaden-Verhältnis der aktiven Komparatoren (Antidepressiva)

Die ethisch widersprüchlichen Komparatoren sind Antidepressiva. Ein deutlicher Schaden im Zusammenhang mit der Einnahme von Antidepressiva wurde in qualitativen Studien mit Jugendlichen betont, die die Medikation als eine Bedrohung ihrer Autonomie empfanden, da sie „ihr Selbstbild als unabhängig und frei von Fremdbestimmung sahen“. Zur Sprache kamen

Schlüsselthemen wie „Angst vor Abhängigkeit“ und „der Wunsch nach Selbstbestimmung“ [112]. Wenn Antidepressiva als mögliche Therapieoption angeboten wurden, verstanden die Patientinnen und Patienten deren Einsatz „als ein zusätzliches Angebot neben der Therapie und nicht als eigenständige Behandlung“ [112]. Die Suche nach der geeigneten medikamentösen Behandlungsart, ihrer Dosierung, Häufigkeit oder Dauer [112] beschrieben Jugendliche als einen länger andauernden Prozess von Versuch und Irrtum. Die wichtigsten umstrittenen Aspekte im Zusammenhang mit dem Einsatz von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen beziehen sich jedoch auf die Evidenz ihrer Wirksamkeit in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, ihre ethisch problematische Forschungsgeschichte (nachstehend näher erläutert) und ihr potenziell negatives Nutzen-Schaden-Verhältnis (aufgrund des Auftretens unerwünschter Ereignisse). Im Jahr 2004 veröffentlichte die U.S. Food and Drug Administration eine Black-Box-Warnung für den Gebrauch aller Antidepressiva bei Kindern [92], da die Einnahme von Antidepressiva (insbesondere Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) das Selbstmordrisiko bei Kindern erhöhen kann [113]. Dies führte zu einem Rückgang der Verschreibung von Antidepressiva und einem größeren Zuspruch zur Psychotherapie [270]. Da mit der Einnahme von Antidepressiva Nebenwirkungen einhergehen, diese zu eigenständigen psychischen Gesundheitssyndromen wurden und es Nebenwirkungen im Zusammenhang mit dem Entzug gibt [99,271], werden Antidepressiva nur für die Behandlung von mittelschweren bis schweren Depressionen empfohlen, bei denen psychosoziale Interventionen entweder unwirksam oder nicht durchführbar sind [272-274]. Antidepressiva zeigen eine positive Wirkung bei Hochrisikopatientinnen / -patienten (insbesondere in Kombination mit KVT).

Eine gesonderte ethische Frage betrifft die Erforschung von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit einem besonderen Schwerpunkt auf der Forschung zu Antidepressiva [99]. Da teilweise keine Daten für einzelne Präparate aus der Forschung zu Depression bei Jugendlichen zur Verfügung stehen, müssen Psychiaterinnen beziehungsweise Psychiater, die Antidepressiva verschreiben, von Fall zu Fall mit der Dosierung, Häufigkeit und Dauer der Behandlung experimentieren [112]. Darüber hinaus gibt es identifizierte Mängel in der Forschung zu Antidepressiva, wie etwa inkonsistente Verblindung, Mangel an Langzeitdaten, Interessenkonflikte der Autorinnen und Autoren sowie eine scheinbare Verharmlosung der Nebenwirkungen [98]. Eines der beunruhigendsten Beispiele hierfür ist das GlaxoSmithKline (GSK)-Medikament Paxil (in Deutschland nicht zugelassen), das aufgrund verzerrter Forschungsergebnisse inzwischen für die Anwendung bei depressiven Kindern verboten wurde [275].

Ethische Fragen im Zusammenhang mit dem Assessment

Abgesehen von den methodischen Einschränkungen der vorliegenden systematischen Übersicht wurden keine weiteren ethischen Aspekte in Bezug auf die beiden Domänen Nutzen (klinische Wirksamkeit und Sicherheit) und Gesundheitsökonomie gefunden.

In Tabelle 32 sind die identifizierten ethischen Aspekte dargestellt. Es erfolgt dabei eine Zuordnung zu den übergeordneten Fragestellungen nach Hofmann [31] (Tabelle 33).

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
1. Was sind die moralisch relevanten Aspekte, bezogen auf die Erkrankung und die Patientengruppe?	Größe der Krankheitslast, die bei dieser Bewertung von Relevanz ist	Bis zu 15 % der Kinder und Jugendlichen zeigen irgendwann Symptome einer Depression. 5 % der 9- bis 17-Jährigen erfüllen die Kriterien einer schweren depressiven Störung, 3 % der Jugendlichen haben eine dysthymische Störung. Die Inzidenz depressiver Störungen nimmt nach der Pubertät deutlich zu. Mit 14 Jahren sind depressive Störungen bei Mädchen mehr als doppelt so häufig wie bei Buben, möglicherweise aufgrund von Unterschieden im Bewältigungsstil oder hormonellen Veränderungen während der Pubertät. Depressive Störungen bei Jugendlichen nehmen oft einen chronischen, zunehmenden und abnehmenden Verlauf, es besteht ein 2- bis 4-faches Risiko, dass die Depression bis ins Erwachsenenalter anhält.	„At any given time, up to 15 percent of children and adolescents have some symptoms of depression. Five percent of those nine to 17 years of age meet the criteria for major depressive disorder, and 3 percent of adolescents have dysthymic disorder. The incidence of depressive disorders markedly increases after puberty. By 14 years of age, depressive disorders are more than twice as common in girls as in boys, possibly because of differences in coping styles or hormonal changes during puberty. Adolescent depressive disorders often have a chronic, waxing-and-waning course, and there is a two- to fourfold risk of depression persisting into adulthood.“ [92]
		Anhaltende affektive Störungen bestehen bei mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten mit Depression im Kindes- und Jugendalter. Bei einem beträchtlichen Anteil (40 %) war die Depression rezidivierend mit signifikanten Remissionsphasen. Eine kleine, aber signifikante Untergruppe (18 %) blieb bis ins Erwachsenenalter anhaltend krank.	„Continued affective disorder was present in over half those with childhood / adolescent depression...For a substantial proportion (40%), depression was recurrent with significant periods of remission. A small but significant subgroup (18%) of individuals remained persistently unwell into adulthood.“ [234]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
	Schadenvermeidung und akute Behandlung von Depression zur Vermeidung künftiger Schäden	Stresshormonkonzentrationen im toxischen Bereich, ausgelöst durch schwere Formen der Depression, können Schädigungen im Gehirn bewirken.	„One impact of severe depression is the possibility of brain damage caused by toxic levels of stress hormones.“ [276]
		Depression gilt als Risikofaktor für koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt und instabile Angina pectoris.	„Depression is a risk factor for both ischemic heart disease and myocardial infarction...[and it]...is also associated with a worse prognosis in patients with unstable angina.“ [237]
		Unbehandelte Depression im Kindes- und Jugendalter kann ein Suizidrisiko darstellen.	„Untreated depression in childhood and adolescence can pose risk of suicide.“ [82]
		Alarm- und Panikzustände angesichts depressiver und suizidaler junger Menschen sind eine Herausforderung für Therapeutinnen und Therapeuten, insbesondere bei hohem Risiko.	„It is hard for therapists and teams not to be caught up in a sense of emergency and panic surrounding the presentation of a depressed and suicidal young person, particularly where there are high levels of risk.“ [90]
		Selbstmord ist die häufigste Todesursache bei Jugendlichen (10 bis 19 Jahre) in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen und die zweithäufigste in Ländern mit hohem Einkommen in der europäischen Region. 2015 verzeichnete man über 4000 Selbstmord-Todesfälle unter 10- bis 19-Jährigen, vor allem unter Buben.	„Suicide is the leading cause of death among adolescents (10–19 years old) in low- and middle-income countries and the second leading cause in high-income countries in the European Region. In 2015, there were over 4000 deaths from suicide among 10–19-year olds in the Region, principally among boys.“ [238]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Die Häufigkeit von Suizidgedanken steigt mit dem Vorhandensein von Risikoverhalten, wie beispielsweise Alkoholkonsum, Prügeleien ... Die Kombination von Depression und impulsiver Aggression als Reaktion auf Stress und Frustration wird häufig bei suizidalem Verhalten beobachtet.	„The frequency of suicidal ideation increases with the presence of risk behaviors, such as alcohol use and engaging in physical fights ...The combination of depression and a tendency to react with impulsive aggression to stress and frustration is often seen in cases of suicidal behavior.“ [239]
	Die Rolle des Screenings	Die USPSTF empfiehlt Screening auf MDD bei Jugendlichen von 12 bis 18 Jahren. Screening sollte mit adäquaten Systemen implementiert werden, um genaue Diagnose, wirksame Behandlung und angemessene Nachsorge zu gewährleisten. ... Überprüfung der Evidenz ergab mehrere kritische Forschungslücken, darunter die Notwendigkeit von Studien zur Früherkennung und Behandlung von MDD bei Kindern unter 11 Jahren. Die USPSTF kam zu dem Schluss, dass Screening selbst wahrscheinlich nicht mit signifikanten Schäden verbunden ist, abgesehen von den Opportunitätskosten, der Zuschreibung und der potenziellen Stigmatisierung im Zusammenhang mit einem positiven Ergebnis sowie von der Überweisung zur weiteren Auswertung und Behandlung.	„The USPSTF recommends screening for MDD in adolescents aged 12 to 18 years. Screening should be implemented with adequate systems in place to ensure accurate diagnosis, effective treatment, and appropriate follow-up.“ „... evidence review identified several critical research gaps, including the need for studies of screening for and treatment of MDD in children younger than 11 years.“ „The USPSTF concluded that screening itself is unlikely to be associated with significant harms, aside from opportunity costs, labelling and potential stigma associated with a positive result, and referral for further evaluation and treatment.“ [240]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
	Die Rolle der Prävention	... Schulung von Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe, wie sie einen von Selbstmord gefährdeten Gleichaltrigen erkennen und unterstützen können.	„... train senior secondary students in how to recognise and support a peer who is at risk of suicide.“ [242]
		Die Untersuchung ergab, dass Programme zur Prävention von Depression kurzfristig wirksam waren, einige Studien zeigten einen Rückgang depressiver Erkrankungen innerhalb eines Jahres.	„This review found that psychological depression prevention programs were effective in preventing depression in the short term with some studies showing a decrease in depressive illness over a year.“ [241]
		5 kleine Studien deuten darauf hin, dass körperliche Betätigung die berichteten Depressionswerte im Vergleich zu keiner Intervention verringert. Die Forschungsgrundlage für Kinder in Behandlung ist spärlich; nur 3 kleine Studien untersuchten den Effekt von Bewegung bei Depression.	„Five small trials indicate that exercise decreases reported depression scores when compared to no intervention. The research base for children in treatment is scarce; only three small trials investigated the effect of exercise in depression.“ [243]
		Die Häufigkeit der Aktivität korreliert positiv mit dem Wohlbefinden und negativ mit Angst- und depressiven Symptomen, bis zu einer Schwelle von moderater Bewegungshäufigkeit. Ein mehrstufiges Mixed-Effects-Modell zeigte, dass häufigere körperliche Aktivität und Sport unabhängig voneinander zu größerem Wohlbefinden und einem geringeren Grad an Angst und depressiven Symptomen in beiden Geschlechtern beitragen.	„Frequency of activity was positively correlated with well-being and negatively correlated with both anxiety and depressive symptoms, up to a threshold of moderate frequency of activity. In a multi-level mixed effects model more frequent physical activity and participation in sport were both found to independently contribute to greater well-being and lower levels of anxiety and depressive symptoms in both sexes.“ [244]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
	Vulnerabilität von Patientinnen bzw. Patienten, die das Ziel der Intervention sind: Vulnerabilität von Jugendlichen allgemein, durch die Familie entstandene Vulnerabilität, Vulnerabilität durch Komorbiditäten und soziale Benachteiligung, Vulnerabilität durch die Sozialen Medien	Von entscheidender Bedeutung ist ein Verständnis über die sich entwickelnden Fähigkeiten von Jugendlichen, zu argumentieren und Entscheidungen zu treffen, gepaart mit dem Wissen über emotionale und soziale Entwicklung.	„An understanding of adolescents’ evolving capacities to reason and make decisions, coupled with knowledge about emotional and social development, is critical.“ [85]
		Leiden wird als überwältigend empfunden. Die Vorstellung des Nicht-Verstehens dessen, was sie durchmachen, schien als ebenso beunruhigend erlebt zu werden wie die Symptome.	„Suffering Is Experienced as Overwhelming ... the notion of not being able to understand what they were going through ... seemed to be experienced as distressing as the symptoms.“
		Die Interviews vermittelten ein Gefühl der Angst vor dem Alleinsein, einer Angst davor, allein gegen die überwältigenden Emotionen ankämpfen zu müssen. Man kann darüber spekulieren, dass die jungen Menschen sich durch die Einsamkeit verwundbar fühlen, als stünden sie einem Feind gegenüber, der kurz davor ist zuzuschlagen, wenn man allein ist.	„The interviews conveyed a sense of fear of being alone; a fear of being left to fight the overwhelming emotions all by themselves. One may speculate that the YP feel that the loneliness makes them feel vulnerable, like being faced by an enemy who is about to strike when you are on your own.“ [96]
		Kinder oder Jugendliche, deren enge Familienmitglieder eine Geschichte der Depression oder anderer Gemütsstörungen (wie etwa bipolarer Störung) aufweisen, leiden häufiger an Depression, oft aufgrund genetischer Veranlagung.	„...children or teens who have immediate family members with a history of depression or other mood disorders (such as bipolar disorder) are more likely to suffer from depression, often due to a genetic predisposition.“ [92]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Problematische Eltern-Kind-Beziehungen können zu Schwierigkeiten führen, enge Beziehungen und soziale Unterstützung für die Emotionsregulation zu erfahren und effektiv zu nutzen, und die Entwicklung einer Psychopathologie einschließlich Depression zur Folge haben ... Jugendliche mit Bindungsangst oder Bindungsvermeidung berichten von höheren Graden der Depression als Jugendliche mit sicherer Bindung.	„Problems in the attachment relationship can lead to difficulties eliciting and effectively making use of close relationships and social support for emotion-regulation, and can lead to the development of psychopathology, including depression ... Adolescents with anxious or avoidant attachment also report higher levels of depression than adolescents with secure attachment.“ [247]
		Evidenz war zu finden für den Zusammenhang von mütterlichen- / väterlichen negativen kognitiven Stilen, festgestellt bei Müttern in der 18. Schwangerschaftswoche, und den negativen kognitiven Stilen der Nachkommen 18 Jahre später.	„We found evidence for an association between maternal / paternal negative cognitive styles, assessed when mothers were 18 weeks pregnant, and offspring negative cognitive styles 18 years later.“ [246]
		Niemand wagt Schätzungen darüber anzustellen, in welchem Ausmaß Elternselbstmord eine 3. Generation (und darüber hinaus) beeinflusst.	„No one dares conjure up estimates as to the frequency with which parent suicide sends powerful ripples or tentacles into still a third generation (and beyond).“ [248]
		Umfangreiche empirische Forschungen zeigen, dass das, was in den Familien geschieht, zur Entstehung, zur Beibehaltung und zum Verlauf von Depressionen bei Jugendlichen beiträgt. Die bedeutende Rolle ungünstiger Faktoren des familiären Umfelds wurde aufgezeigt, darunter: körperlicher und sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, Bindungsversagen, psychische	„There is extensive empirical research showing what happens in families contribute to the development, maintenance and course of adolescent depression. This literature consistently demonstrates the significant role of adverse family environment factors including: physical and sexual abuse, neglect, attachment failure, psychiatric illness in a parent (particularly maternal depression), family conflict,

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Erkrankungen der Eltern (insbesondere mütterliche Depressionen), Familienkonflikte, Stress und Zusammenbruch, eine unsichere Eltern-Jugendlichen-Beziehung und eine erfolglose Elternschaft. Laut einer deutschen Studie mit 1035 Jugendlichen waren eine depressive Mutter und eine als unsicher oder ambivalent empfundene Bindung an die Eltern signifikant mit Depressionen und Selbstmordgedanken verbunden.	stress and breakdown, a poor parent – adolescent relationship and ineffective parenting ... a German study of 1 035 adolescents found having a depressed mother and perceived poor attachment to parents was significantly associated with depression and suicidal ideation.“ [90]
		Der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Diskriminierung, mangelnder elterlicher Unterstützung und Depression bestätigt die lang anhaltenden und schädlichen Auswirkungen von Diskriminierung auf das psychische Wohlbefinden bei fehlender elterlicher Unterstützung.	„... association among perceived discrimination, lack of parental support, and depression confirms the long-lasting and harmful impact of discrimination on psychological wellbeing in the absence of parental support.“ [249]
		Die Ergebnisse unterstreichen die Robustheit der Schutzwirkung, welche die Unterstützung durch Eltern und Gleichaltrige hat, und die schädlichen Auswirkungen konfliktreicher Beziehungen auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen.	„The findings highlight the robustness of the protective effects of parent and peer support and the deleterious effects of conflictual relationships for adolescent mental health.“ [250]
		Elterliche Depressionen können nicht nur negative Auswirkung auf Kinder haben; gehen sie zurück, kann sich das auch positiv auf die Entwicklung ihrer Kinder auswirken.	„... not only can parental depression negatively impact children, but also that a reduction in parents’ depression may have positive effects on their children’s development.“ [93]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Benachteiligte junge Menschen – einschließlich Minderheiten und Migranten – sind besonders von psychischen Gesundheitsstörungen betroffen.	„Young people who are disadvantaged – including minorities and migrants – are particularly affected by mental health disorders.“ [238]
		Kinder in Pflegefamilien erhielten 16-mal häufiger Verschreibungen für eine Behandlung als jene, die nicht in Pflegefamilien leben.	„Zito and colleagues found that children in foster care were 16 times more likely to receive a prescription than their non-foster care counterparts.“ [245]
		Langfristige körperliche Beschwerden betreffen 10 bis 12 % der Kinder und Jugendlichen weltweit. Sie sind einem höheren Risiko ausgesetzt, psychische Probleme zu entwickeln, insbesondere Angst und Depressionen, die manchmal direkt mit ihrer Krankheit oder medizinischen Versorgung zusammenhängen.	„Long-term physical conditions affect 10% to 12% of children and adolescents worldwide. These individuals are at greater risk of developing psychological problems, particularly anxiety and depression, sometimes directly related to their illness or medical care.“ [89]
		Die Studie unterstreicht die Bedeutung der Identifizierung von Trauma-Geschichten bei der Behandlung depressiver Jugendlicher, insbesondere des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit.	„... this study highlights the importance of identifying trauma histories, particularly childhood sexual abuse, when treating depressed adolescents.“ [94]
		Die Wahrscheinlichkeit einer Depression ist bei Personen signifikant höher, die sich, was die Nutzung von Social-Media-Websites pro Woche betrifft, im höchsten Quartil bewegen. Alle Zusammenhänge zwischen unabhängigen Variablen und Depressionen zeigen starke lineare Dosis-Wirkung-Trends. Die Ergebnisse waren robust gegenüber allen Sensitivitätsanalysen.	„Compared with those in the lowest quartile, individuals in the highest quartiles of social media site visits per week ... had significantly increased odds of depression. All associations between independent variables and depression had strong, linear, dose-response trends. Results were robust to all sensitivity analyses.“ [252]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Je mehr Zeit in sozialen Netzwerken online verbracht wird, desto eher werden Selbstverletzungsverhalten und Selbstmordgedanken bei gefährdeten Heranwachsenden befördert.	„In conclusion, greater time spent on online social networking promotes self-harm behavior and suicidal ideation in vulnerable adolescents.“ [251]
		Medienberichterstattung über Selbstmord: Nachahmung spielt eine Rolle bei suizidalem Verhalten, sie tritt oft nach intensiver Medienberichterstattung über einen Prominenten-Selbstmord oder einer Reihe von Selbstmorden in der Schule auf.	„Media coverage of suicide: imitation plays a part in suicidal behavior, often following intense media coverage of a celebrity suicide or a string of suicides in school.“ [91]
		Gleichgeschlechtliche sexuelle Orientierung und sexueller Missbrauch sind Risikofaktoren, die einen unabhängigen Beitrag zum jugendlichen Selbstmord leisten.	„...other risk factors, such as same-sex sexual orientation and sexual abuse, while mediated by other psychosocial risks, have recently been found to make an independent contribution to youth suicide.“ [91]
		4 Prädiktoren (Geschlecht, Depression, Schüchternheit, Selbstwertgefühl) bildeten große Effektstärken bei der Vorhersage von Einsamkeit in der Adoleszenz.	„Four predictors (gender, depression, shyness, and self-esteem) had large effect sizes when predicting loneliness in adolescence.“ [87]
	Vorurteile und Stigma	Stigmatisierung und Scham erwiesen sich in qualitativen und quantitativen Studien als deutlichstes Hindernis bei der Suche nach Hilfe bei psychischen Problemen.	„... stigma and embarrassment about seeking help emerged in both the qualitative and quantitative studies as the most prominent barrier to help-seeking for mental health problems.“ [262]
		Junge Menschen behalten Belastungen für sich – zum Schutz vor einer möglichen Stigmatisierung.	„... feeling lonely, because the young people keep the burdens to themselves as a protection against potential stigma“ [96]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Stereotype über andere, die zu Vorurteilen führen, und Schemata über das Selbst, die Depressionen verursachen, haben die gleiche Art von kognitiver Struktur. Negative Stereotype (Schemata) werden in einer Quelle aktiviert, die Vorurteile gegenüber der Zielperson zum Ausdruck bringt; das führt zu einer Depression der Zielperson.	„Stereotypes about others leading to prejudice (e.g., Devine, 1989) and schemas about the self leading to depression (e.g., A. T. Beck, 1967) are fundamentally the same type of cognitive structure. According to the integrated perspective on prejudice and depression, negative stereotypes (i.e., schemas) are activated in a Source, who expresses prejudice toward the Target, causing the Target to experience depression.“ [261]
		Voreingenommenheit gegenüber Menschen mit Depressionen führt zur Isolation und Selbstverurteilung der Betroffenen; das verzögert nicht nur ihre Diagnose und Behandlung, sondern verhindert auch ihre Genesung.	„...many people – including policy-makers and healthcare providers – hold negative attitudes towards people with depression resulting in isolation, self-stigma and a lack of services ... Self-stigma undermines the ability of people to work towards their own recovery whilst stigma amongst health care providers means that opportunities to recognize and treat depression are missed.“ [277]
2. Was sind die ethischen, sozialen, kulturellen, rechtlichen und religiösen Herausforderungen in Bezug auf die Technologie?	Depressionen stellen eine Herausforderung für die individuelle Autonomie dar, insbesondere im Zusammenhang mit der authentischen Persönlichkeit der	Krankhafte Depression schränkt die Selbstständigkeit in unterschiedlicher Weise ein: unter anderem durch Verminderung von Energie, Enthusiasmus, Konzentration, Hoffnung, Optimismus, Selbstwertgefühl und Selbstachtung.	„Pathological depression damages autonomy, in varying degrees. It does so by reducing energy, enthusiasm, concentration, hope, optimism, self-esteem, and self-respect.“ [103,259]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
	depressiven Patientin bzw. des depressiven Patienten. Depression ist folglich mit Fragen der Identität und der echten freien Entscheidung verbunden.	Ziel des Gesundheitswesens ist die Wiederherstellung von Autonomie und Authentizität.	„Health care seeks to restore autonomy as authenticity ... [it] seeks to restore the self that is threatened or disabled by disease and injury, whether physical or emotional.“ [100,263]
		Authentische Persönlichkeit bedeutet, dass die Handlungen eines Individuums jene Werte, Einstellungen, Motivationen und Lebenspläne widerspiegeln, nach denen es zu leben wünscht.	„Authenticity requires that ,actions faithfully represent the values, attitudes, motivations, and life plans that the individual personally accepts upon due consideration of the way he or she wishes to live.“ [100]
		Kinder- und Jugendpsychiatrie befasst sich mit Individuen, deren Entwicklung von einem raschen Veränderungsprozess im physischen, kognitiven, affektiven, kommunikativen und zwischenmenschlichen Bereich gekennzeichnet ist.	„Child and adolescent psychiatry deals with individuals undergoing rapid developmental change in physical, cognitive, affective, communicative, and interpersonal spheres.“ [86]
		Laut Agency-Kriterium soll überprüft werden, inwieweit der geäußerte Wunsch einer Person mit stabilen und dauerhaften Wünschen übereinstimmt, die langfristig beständig sind.	„The ,agency‘ requirement ... [states that] ... consideration should be given to the degree to which a person’s expressed desire is consistent with stable and enduring desires ... that are consistent over time.“ [264]
	Autonomie, Zustimmung und Verantwortung	Ethische Fragen sollen mit dem Ziel angegangen werden, die Autonomie des Kindes / der jungen Person zu fördern, um die Eigenständigkeit zu verbessern.	„... it is important to address ethical issues with the aim of fostering the autonomy of the child / young person to improve self-reliance.“ [105]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Man muss untersuchen, welche Formen der Psychotherapie Passivität erzeugen und welche alternativ die Autonomie erhöhen.	„... assuming that increasing patient autonomy is at least a legitimate goal of psychotherapy, we need to investigate what forms of treatment engender passivity and what ones, alternatively, enhance autonomy.“ [104]
		Ausgenommen von der Geschäftsunfähigkeit sind Jugendliche, die von den Gerichten als „emanzipierte“ oder „reife Minderjährige“ nach den Gesetzen des Staates bezeichnet wurden.	„One class of exceptions to the presumption of incompetence are adolescents who have been specially designated by the courts as ‚emancipated‘ or ‚mature minors‘ under state statutes.“ [85]
		Es liegt in der Pflicht der Fachkräfte, die gesetzlichen Auflagen und Verantwortlichkeiten zu verstehen, die bei der Behandlung von Heranwachsenden gelten.	„It is the professional’s duty to understand the legal obligations and responsibilities that apply when treating adolescents.“ [85]
		Kinder- und Jugendpsychiatrie stützt sich auf Konzepte der Zustimmung und der stellvertretenden Zustimmung. Die Zustimmung erkennt die Bedeutung der Einbindung von Minderjährigen in den Entscheidungsprozess an, ist sich aber auch bewusst, dass Minderjährige nicht vollständig fähig sind, sich zu beteiligen. Die unfreiwillige Verpflichtung zur psychischen Versorgung ist dadurch erschwert, dass die Meinungen der Eltern und der Jugendlichen berücksichtigt werden müssen.	„...child and adolescent psychiatry relies on the concepts of assent and consent by proxy... Assent recognizes the importance of the involvement of minors in the decision-making process, while also recognizing that a minor’s level of participation is less than completely competent ... involuntary commitment for psychiatric care is complicated by having to consider the opinions of the parents and the youth.“ [106]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Die Zustimmung und die informierte Zustimmung sind als Kontinuum zu betrachten. Je größer die Fähigkeit des Jugendlichen, sich mit Zustimmung der Eltern am Informationsaustausch und am Entscheidungsprozess zu beteiligen, desto größer sollte die Rolle sein, die ihr oder ihm in diesem Prozess zugestanden wird.	„It is helpful to think of assent and informed consent as being on a continuum. As the minor develops an increased ability to participate in the information sharing and decision making process, with the parents’ agreement, she or he should be afforded an increased role in this process.“ [107]
	Die Herausforderungen der Vertraulichkeit und der besonderen Umstände	Das ethische Prinzip der Vertraulichkeit steht zuweilen im Widerspruch zur Fürsorge, insbesondere wenn Kinder- und Jugendpsychiater (CAP) Informationen über eine mutmaßliche Kindesmisshandlung (Kindesmissbrauch oder -vernachlässigung) erhalten.	„At times, the ethical principle of confidentiality may appear to be in conflict with beneficence. These conflicts might arise when a child and adolescent psychiatrist (CAP) obtains information concerning suspected child maltreatment (i.e., child abuse or neglect).“
		Vertraulichkeit ist ein häufiges Problem, weil Eltern / Erziehungsberechtigte in der Regel die Betreuung veranlassen. Sie erwarten legitimerweise Feedback von Psychiaterinnen und Psychiatern, um eine bessere Betreuung ihrer Kinder zu gewährleisten. Jugendliche sind darüber zu informieren, dass Drohungen, sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen, nicht vertraulich behandelt werden können.	„Confidentiality is a frequent concern...because parents / guardians commonly initiate care for their youth. The parents / guardians legitimately expect feedback from the CAPs to attempt improved care for their children ... They need to be informed that threats of harm to self or others will not be kept confidential.“ [106]
		In der indischen Gesellschaft herrscht mehr noch als im Westen die Überzeugung vor, dass Kinder nichts vor ihren Eltern verbergen und dass Eltern alles wissen müssen, wenn es um die Probleme ihrer Kinder geht.	„In Indian society more so than in the West, the belief is that children hide nothing from their parents and that parents must know all when it comes to their child’s problems.“ [267]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Die Herausforderungen für die Wirksamkeit der elterlichen Einbeziehung in die TADS-CBT-Behandlung umfassen die Elternbeteiligung, die Psychopathologie der Eltern, die Arbeit mit geschiedenen Eltern und Eltern aus einer Vielzahl von Familienkonstellationen und kulturellen Hintergründen.	„Finally, challenges to the effectiveness of parent involvement in TADS CBT treatment are described and include parent engagement, parent psychopathology, working with divorced parents and parents from a variety of family constellations and cultural backgrounds.“ [266]
		Bei der Behandlung jugendlicher Bandenmitglieder ergeben sich spezifische ethische Dilemmata aus dem spezifischen Behandlungskontext. Die jugendliche Person kann große Schwierigkeiten haben, der Therapeutin oder dem Therapeuten zu vertrauen, da sie viel Gewalt erlebt und beobachtet und sich in der Regel selbst an kriminellen Aktivitäten beteiligt hat.	„Therapists treating adolescent gang members also face unique ethical dilemmas that arise directly from the unique clinical context. The adolescent gang member may have great difficulty trusting the therapist, having experienced and observed much violence and usually having participated in criminal activities.“ [85]
		Insgesamt fanden sich in dieser Stichprobe junger Menschen mit Depressionen nur wenige Prädiktoren für einen Abbruch vor Behandlungsbeginn. 3 Typen von Abbrecherinnen und Abbrechern: „Unzufriedene“; solche, die bekommen haben, was sie brauchten; und „Problembehaftete“. Unzufriedene fanden die Therapie nicht hilfreich. Personen, die „bekamen, was sie brauchten“, profitierten von der Therapie. Problembehaftete Personen brachen die Therapie wegen mangelnder Stabilität in ihrem Leben ab.	„Overall, there were few pre-treatment predictors of dropout in this sample of young people with depression ...“ [108] „Three types of dropout were constructed: ‚dissatisfied‘ dropout, ‚got-what-they-needed‘ dropout, and ‚troubled‘ dropout. ‚Dissatisfied‘ dropouts reported stopping therapy because they did not find it helpful. ‚Got-what-they-needed‘ dropouts reported stopping therapy because they felt they had benefitted from therapy. ‚Troubled‘ dropouts reported stopping therapy because of a lack of stability in their lives.“ [108]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
	Fragen im Zusammenhang mit klinischem und moralischem Urteilsvermögen	Jugendliche werden von Eltern, Vormund oder Vertreterinnen beziehungsweise Vertretern sozialer Einrichtungen gebracht, die eine bestimmte Absicht verfolgen. Klinikerinnen und Kliniker müssen in der Lage sein, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eigenständig einzuschätzen – unter umfassender Berücksichtigung des Faktums, dass jedes Familienmitglied andere „beste Interessen“ haben kann.	„... adolescents ... are brought to us by parents, guardians, or representatives of social agencies who have a particular agenda ... In addition, clinicians must be able to perform their own assessment of the clients' needs with a full recognition that any given family member may have different 'best interests' from the others ...“ [85]
		Dylans Fall veranschaulicht die ethische Komponente bei der klinischen Beurteilung. Klinische Fakten müssen klar verstanden werden, um ein fundiertes klinisches Urteil fällen zu können. Daher ist technische Kompetenz die erste Voraussetzung für einen guten Arzt. Wenn die Situation klinisch problematisch ist, ist sie oft auch moralisch problematisch. Dr. Emory muss bestimmen, was für seinen Patienten im weitesten Sinne das Beste ist. Dylans Fall zeigt auch, dass Patientinnen und Patienten häufig unrealistische Erwartungen an die Wirksamkeit von Medikamenten haben und in völliger Unkenntnis ihrer Risiken sind. Ärztinnen und Ärzte müssen ihre Patientinnen und Patienten über diese Vorteile und Risiken aufklären. Dylans Fall bietet die Gelegenheit, über die Grenzen von Autonomieprinzipien und Selbstbestimmung im Falle von Jugendlichen nachzudenken.	„...Dylan's case illustrates the ethical component inherent in clinical judgment. Of course the clinical facts must be clearly understood to make sound clinical judgment; technical competence is thus the first virtue of a good doctor. But when a situation is clinically problematic, it is often morally problematic as a corollary. Dr. Emory must determine what is best for his patient in the broadest sense ... Dylan's case also exposes how patients frequently have unrealistic expectations about the efficacy of medications and a complete ignorance of their risks. Doctors need to educate their patients on those benefits and risks ... The story affords us the opportunity to think about the limitations of the principles of autonomy and self determination in the case of minors.“ [109]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Bei ihren Behandlungsempfehlungen versuchen Klinikerinnen und Kliniker, die positiven Effekte im Einklang mit dem Prinzip der Fürsorge (Benefizienz) zu maximieren und gleichzeitig Schaden zu minimieren.	„In making their treatment recommendations, clinicians seek to maximize positive effects in accord with the principle of beneficence while at the same time minimizing harm.“ [84]
		Abgrenzungsfragen (zum Beispiel Grenzüberschreitungen oder Grenzverstöße) sind vielschichtiger und kontroverser Aspekt der klinischen Praxis. Bei Grenzüberschreitungen handelt es sich um Abweichungen von der traditionellen therapeutischen Tätigkeit und nicht um Ausbeutung. Grenzverstöße sind schädlich für Patientinnen und Patienten und dienen der Ausbeutung.	„...boundary issues (e.g., boundary crossings or boundary violations) are a multifaceted and controversial aspect of clinical practice... Boundary crossings are about deviating from traditional therapeutic activity and are not about exploitation. Boundary violations are harmful to patients and are about exploitation.“ [106]
		Ein Kind will auf unserem Schoß sitzen oder uns umarmen. Manchmal ziehen Kinder die Schuhe aus, heben den Rock hoch oder wollen ihr Hemd ausziehen. Andere laden zu sich nach Hause oder zu einer gesellschaftlichen oder religiösen Veranstaltung ein. In all diesen Situationen müssen Kinder- und Jugendpsychiater von Handlungen absehen, die Grenzen aufweichen, und stattdessen fördern, dass das Kind Sehnsüchten und Impulsen durch Worte Ausdruck verleiht.	„...the child who wants to sit on our lap or hug us. Sometimes children of this age may remove their shoes, raise their skirts, or want to take off their shirts. Others may want to invite us to their homes or have us attend a social or religious event. In all of these situations, the child and adolescent psychiatrist is challenged to refrain from actions that confuse boundaries and instead promote the child's expression of longings and impulses in words.“ [267]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Die sehr begrenzte Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an RCTs bedeutet, dass keine schlüssige Evidenz zur psychischen Behandlung von Depressionen bei Kindern im Alter von 12 Jahren und darunter vorhanden ist.	„The very limited number of participants in randomized controlled trials means that there is inconclusive evidence for the psychological treatment of depression in children aged 12 years and below.“ [41]
		Viele Aspekte der Psychotherapie beinhalten nicht, dass sich der Patient „wohl fühlt“. Bei der Psychoanalyse werden die innersten Gedanken und Beweggründe oft in unterschiedlichem Maße erforscht und die Fragen können Unbehagen hervorrufen. Der Fachbereich rechtfertigt die schmerzhaften Aspekte der Psychotherapie als „lohnenswert“ – so wie etwa die schmerzhafteste Chemotherapie bei einer Krebserkrankung durch den Nutzen der Behandlung gerechtfertigt ist.	„Many aspects of psychotherapy do not involve making the patient "feel good." Psychoanalysis often involves varying degrees of intrusive examination of a patient's innermost thoughts and motivations, and the questions a therapist asks can often make patients feel uncomfortable. The psychiatric profession justifies the painful aspects of psychotherapy as being "worth it" in the same way that a painful procedure, such as chemotherapy for cancer, is justified by the benefits the treatment produces.“ [99]
	Schaden-Nutzen-Profil von Psychotherapie-Interventionen	Das Risiko-Nutzen-Profil über einen Zeitraum von 5 Jahren berücksichtigend, bietet die CBT im Hinblick auf Todesfälle durch Selbstmord und auf Suizidversuche ein sichereres Profil als eine Kombinationsbehandlung oder SSRIs allein. Jeder zusätzliche Nutzen von SSRIs, entweder allein oder in Kombination mit CBT, muss gegen die erwartete Zunahme von Selbstmorden abgewogen werden.	„Considering the risk-benefit profile over a 5-year period, CBT offers a safer profile than combination treatment or SSRIs alone with respect to suicide deaths and attempts. Any additional benefits of SSRIs, either alone or in combination with CBT, must be weighed against the expected increase in suicides.“ [269]
		Am einfachsten bei milder Depression	„Easiest if depression is milder“ [111]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
	Schaden-Nutzen-Profil von Antidepressiva	Alle Antidepressiva sind mit einer Black-Box-Warnung vor dem Risiko suizidalen Verhaltens versehen.	„All antidepressants have a black box warning because of the risk of suicidal behaviour.“ [92]
		Die Suizidwarnung der FDA war mit einem allgemeinen Rückgang der Antidepressivabehandlung bei Jugendlichen mit Depressionsdiagnose, nicht aber bei Personen mit MDD verbunden. Auch die Psychotherapie ohne Medikamente nahm nach der Warnung zu.	„The FDA suicidality warning was associated with an overall decrease in antidepressant treatment for youth with a clinician- reported diagnosis of depression, but not for those with MDD. Also, following the warning, psychotherapy without medication increased.“ [270]
		Die jüngste Analyse der FDA suggeriert ein reales – wenngleich geringes – Suizidrisiko bei Kindern und Jugendlichen, die SSRIs erhalten.	„The FDA’s recent analysis suggests that the risk of emergent suicidality in children and adolescents receiving SSRIs is real — but small.“ [113]
		Es gibt Nebenwirkungen, die Arzneimittelhersteller eingestehen ... Nebenwirkungen, die zu eigenständigen psychischen Syndromen wurden, die im DSM-IV angeführt sind ... Nebenwirkungen, die beim Absetzen der Medikamente auftreten.	„There are side effects admitted by drug manufacturers ... side effects that have become separate mental syndromes listed in the DSM-IV...side effects associated with withdrawing from the drugs.“ [99]
		Diese Arbeit hält die Evidenz für Antidepressiva in dieser Population in Bezug auf wichtige Messgrößen wie Sterblichkeit, Krankenhausaufenthalt und Lebensqualität für unvorteilhaft.	„This paper...finds that on important measures such as mortality, hospitalization and quality of life, the evidence is unfavourable for antidepressants in this population.“ [271]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Angesichts der hohen Rate des Ansprechens auf nicht spezifische Interventionen und Sicherheitsbedenken sollten Antidepressiva bei Jugendlichen vorsichtig eingesetzt werden und sich auf Patientinnen und Patienten mit mittelschweren bis schweren Depressionen beschränken, bei denen psychosoziale Interventionen entweder wirkungslos oder nicht durchführbar sind.	„Considering both the high response to non-specific intervention and safety concerns, antidepressants should be used cautiously in youth, and limited to patients with moderate-to-severe depression for whom psychosocial interventions are either ineffective or not feasible.“ [272,273]
		Antidepressiva sollten nur wenn notwendig eingesetzt werden. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte mögen „schnelle Lösungen“. Manchmal sollten Tabletten jedoch durch andere Behandlungsformen ersetzt werden.	„Anti-depressive medications should be used only when they are necessary. Both patients and physicians like ‚quick fixes‘. However, sometimes tablets should be replaced with other treatment modalities.“ [274]
		Medikation empfanden manche Jugendliche als Bedrohung für ihr Autonomiegefühl. Die Einnahme von Medikamenten schien ihr Selbstbild als unabhängig und frei von Fremdbestimmung infrage zu stellen. Dieser Themenbereich war durch 2 miteinander verbundene Subthemen bestimmt: „Angst vor Abhängigkeit“ und „Wunsch nach Selbstbestimmung“.	„For some adolescents, medication seemed to be a threat to their sense of autonomy. Taking medication appeared to challenge their view of themselves as independent and free from external control. This theme was characterized by two interconnected sub-themes: ‚a fear of dependency‘ and ‚a desire for self-determination‘.“
		Die Rolle der Medikation wurde als förderlich angesehen; hingegen beschrieben Jugendliche die Einnahme von Medikamenten als zusätzliches Angebot zur Therapie und nicht als eigenständige Behandlung.	„role [of medication] was deemed to be facilitative, whereby adolescents described medication...as offering something additional alongside therapy rather than a standalone treatment.“

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Für diese Jugendlichen war die Einnahme von Medikamenten kein geradliniger Prozess, sondern vielmehr ein fortlaufender rekursiver Prozess von Versuch und Irrtum, in dessen Verlauf sie um die richtige Art, Dosierung, Häufigkeit und Dauer der Behandlung kämpften.	„To these adolescents, taking medication was not a straightforward process, rather, it was an ongoing, recursive process of trial and error during which they struggled to find the right type, dosage, frequency, and length of treatment.“ [112]
3. Was sind die moralischen Herausforderungen der strukturellen Änderungen, die mit der Gesundheitstechnologie zusammenhängen?	Herausforderungen bei der Diagnose von Depressionen bei jungen Menschen	Depressionen in der Kindheit / Jugend können sich anders manifestieren als bei Erwachsenen. Reizbarkeit und / oder Wut sind häufiger Anzeichen einer Depression bei Kindern und Jugendlichen ... Jüngere Kinder weisen eher physische Symptome wie Schmerzen, Unruhe, Kummer bei Trennung von den Eltern auf, da sie möglicherweise nicht über die emotionale Koordination und die Ausdrucksfähigkeit verfügen, über ihre Gefühle zu sprechen ... Wenn Symptome in einem Zeitraum von mindestens 2 Wochen an den meisten Tagen auftreten, sind die Kriterien einer Depression erfüllt.	„Depression in childhood / adolescence can manifest somewhat differently than it does in adults. Irritability and / or anger are more common signs of depression in children and teens ... When depressed, younger children are more likely to have physical or bodily symptoms, such as aches or pains, restlessness, distress during separation from parents, as they may not have the emotional attunement and / or expressive abilities to talk about their emotions ... Symptoms usually occur on most days, for at least 2 weeks, in order to meet criteria for depression.“ [82]
		Die Diagnose primärer depressiver Gemütsstörungen setzt voraus, dass Ärzte medizinische Ursachen wie Endokrinopathien, bösartige Tumore, chronische Krankheiten, infektiöse Mononukleose, Anämie und Vitaminmangel (insbesondere Folsäure) und Wirkungen von Medikamenten wie Isotretinoin ausschließen. Ist eine dieser Ursachen vorhanden, spricht man von einer sekundären depressiven Gemütsstörung.	„Diagnosis of primary depressive mood disorders requires that physicians rule out depression from medical causes, such as endocrinopathies, malignancies, chronic diseases, infectious mononucleosis, anemia, and vitamin deficiency (especially folic acid), and from medications, such as isotretinoin. If any of these causes are present, the condition is referred to as secondary depressive mood disorder...“ [92]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Es gibt keine deutlichen Abgrenzungen zwischen pathologischem und normalem Verhalten. Es kann Uneinigkeit darüber herrschen, ob ein Kind eine Störung hat und um welche Störung es sich handelt. Der kategorische Ansatz bei psychischen Störungen – sprich: die Unterteilung mittels klarer diagnostischer Linien – bildet die klinische Realität nicht so genau ab wie ein dimensionaler Ansatz. Letzterer erkennt an, dass fast alle Symptome bei allen Kindern in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden sind. Kliniker, Psychiater und Psychologen müssen zwangsläufig kategorische Entscheidungen treffen (beispielsweise ob sie behandeln).	„...there are no bright lines between normal and pathological behavior... there can be disagreement about whether a particular child has a disorder and which particular disorder it is... The categorical approach to mental disorders – dividing them by bright, diagnostic lines – does not represent clinical reality as accurately as would a dimensional approach, which recognizes that almost all symptoms are present to differing degrees in all children.“ „clinicians, psychiatrists and psychologists have to make decisions (like whether to treat) that are inevitably categorical.“ [253]
		Die aktuellen inter- und intranationalen Unterschiede bei Diagnose und Behandlung psychische Störungen im Kindesalter spiegeln Wertunterschiede wider – und nicht bloß Unterschiede im Auftreten bestimmter Gemütslagen und Verhaltensweisen oder Unterschiede in der Verfügbarkeit und Qualität psychosozialer Dienste. Sie können Ausdruck kultureller Unterschiede hinsichtlich elterlicher und pädagogischer Erwartungen an Kinder oder auf Unterschiede in den diagnostischen Systemen verschiedener Länder zurückzuführen sein.	„Current inter- and intranational variations in the diagnosis and treatment of childhood psychiatric disorders reflect value differences, and not simply differences in occurrence of particular moods and behaviors or differences in the availability and quality of mental health services. These variations may reflect cultural differences in parental and educational expectations of children. They may also result from differences in the diagnostic systems that different countries employ.“

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
	Ethische Herausforderungen im Zusammenhang mit Unterdiagnose	Psychische Diagnosen beinhalten ein Werturteil, nämlich dass ein bestimmtes Maß an Leiden als schlecht einzustufen ist.	„...psychiatric diagnoses entail the value judgment that a certain level of suffering is bad.“ [253]
		MDD wird in der Population der Kinder und Jugendlichen nach wie vor unzureichend erkannt und unterbehandelt.	„MDD in this (children and adolescents) population remains under-recognized and undertreated.“ [95]
		Immer mehr Menschen erkranken an Depressionen und haben keinen Zugang zu qualitativ hochwertiger Unterstützung, die das gesamte Spektrum an Symptomen abdeckt. In jeglichem körperlichen Krankheitsfeld wäre das inakzeptabel.	„More and more people are becoming unwell with depression and are unable to access good quality support when they need it that addresses the full range of symptoms. This would not be acceptable in any physical disease area...“ [277]
		Die Prävalenz von Depressionen nimmt stark zu, von etwa 2 % in der frühen Adoleszenz auf etwa 18 % im frühen Erwachsenenalter.	„The prevalence of depression increases sharply from around 2% in early adolescence to around 18% in early adulthood.“ [88]
		Bei anderen jungen Menschen der Studie ist eine Behandlungsverzögerung teilweise auf die Vorstellung zurückzuführen, dass es erst richtig schlimm werden muss, bevor man Hilfe sucht. Kipppunkte waren zum Beispiel zusätzliche traumatische Erlebnisse oder eine zunehmend unerträgliche Schwere der Symptome.	„For the other young people in this study, treatment delay seemed to be partly due to the notion that things have to be really bad before you seek help. The tipping points were, for instance, additional traumatic experiences or an increasingly unbearable level of symptom severity.“ [96]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Nur ein Drittel der Kinder mit Depressionen erhielt professionelle Hilfe. Hindernisse waren die schlechte Erkennbarkeit depressiver Symptome, versicherungstechnische Schwierigkeiten, Stigmatisierung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Versorgungsmängel.	„Wu et al found that within a community sample, only one-third of the children with depression received professional assistance. Barriers to care include poor identification of depressive symptoms, insurance difficulties, stigma around mental illness, and provider shortages.“ [84]
		Ein weiterer Grund für den Versorgungsmangel: Anhaltende Kontroversen über den Einsatz von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen haben Eltern hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten ihrer Kinder verwirrt.	„Another reason why families are not getting mental health care for their children is because ongoing controversies regarding the use of antidepressants in children and adolescents have left them confused about their options for treatment.“ [97]
		Die Zahlungsmethode hatte signifikanten Einfluss auf die Diagnose. Managed-Care-Klientinnen und -Klienten erhielten im Vergleich zu Out-of-Pocket-Klienten viel eher Diagnosen, vor allem zu Anpassungsstörungen.	„Payment method had a very significant impact on diagnosis such that relative to out-of-pocket clients, managed care clients were much more likely to receive diagnoses and more likely to receive adjustment disorder diagnoses in particular.“ [254]
	Ethische Herausforderungen im Zusammenhang mit der Medikalisierung	Eltern wurden teils von staatlichen Kinderschutzbehörden beschuldigt, ihr Kind vernachlässigt zu haben, weil sie ihm eine Behandlung verweigerten.	„Reports have surfaced of parents facing accusations of neglect by state child protection agencies because of their refusal to medicate their child.“ [245]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Ein möglicher Weg besteht darin, bewussten Verzicht auf die Behandlung von Depressionen als eine Form des Kindesmissbrauchs zu betrachten. Der Begriff „medizinische Vernachlässigung“ bezieht sich darauf, dass einem Kind durch mangelnde medizinische Versorgung Schaden zugefügt wird.	„One possible way to overcome this is to view a deliberate lack of providing treatment for depression as a form of child abuse. The term “medical neglect” refers to a child being harmed due to a lack of medical care.“ [258]
		Die Verschreibungspraxis im ärztlichen und psychiatrischen stationären und ambulanten Bereich in den vergangenen 10 Jahren verweist auf einen dramatischen Anstieg der Verschreibungen von psychotropen Medikamenten an Kinder und Jugendliche.	„Virtually every survey or analysis of prescribing practices for both physicians and psychiatrists, in both in-patient and out-patient settings, within the last ten years indicates a dramatic rise in prescriptions to children and adolescents for psychotropic medications.“ [98]
		Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten auf der Couch ging signifikant zurück ... der Anteil der Patienten, die Antidepressiva und andere Psychopharmaka erhielten, nahm dagegen erheblich zu.	„the average length of time patients spent on the couch dropped significantly...with a substantial increase in the proportion of patients receiving antidepressants and other psychiatric drugs.“ [99]
		Verhaltensweisen wurden zu sehr medikalisiert. Das Gesundheitswesen greift zu oft und in zu vieler Hinsicht ein. Die Kategorie „Kind“ ist ein relativ neues Konstrukt, ebenso die Vorstellung von einem Teenager und einem Heranwachsenden. Die Idee einer jugendlichen Depression war nicht immer schon präsent. Das Konzept der „menschlichen“ oder	„...we have medicalized behavior too much, and ... health care intervenes too often and in too many places.“ „... the very category ‚child‘ is subject to a fairly recent construction. So too is the idea of a teenager and adolescent a recent construction ... The idea of adolescent depression has not always been with us. We need then to understand the concept of

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		„interaktiven“ Form ist zu verstehen, um zu sehen, wie interaktive Arten wie Kinder und Jugendliche konstruiert werden.	„human‘ or ‚interactive‘ kind and to see how interactive kinds such as children and adolescents get constructed.“ [104]
		So wie die Akutmedizin dem „technologischen Imperativ“ trotzen sollte – was technisch möglich ist, muss gemacht werden –, sollte die Psychiatrie dem „Behandlungsimperativ“ widerstehen: Zustände zu behandeln, nur weil es möglich ist. Im vergangenen Jahrhundert wurden pharmakologische und psychotherapeutische Errungenschaften entwickelt, um emotionale, psychische und existenzielle Schmerzen zu lindern. Die Entwicklung und der relative Erfolg solcher medizinischen Formen der Linderung hat einige dazu veranlasst, die Angemessenheit der „Behandlung unseres normalen Nihilismus mit Prozac“, der Medikalisierung normalen Leidens, infrage zu stellen.	„Just as acute care medicine should resist the ‚technological imperative‘ – if it is technically possible, it must be tried – the mental health professions should resist a ‚treatment imperative‘ that treats conditions simply because it is possible to do so.“ „In the past century, pharmacological and psychotherapeutic interventions have been developed to relieve emotional, psychic, and existential pain. The development and relative success of such medical modalities of relief has led some to question the appropriateness of ‚treating our normal nihilism with Prozac‘, of medicalizing normal suffering.“ [100]
		Statt einer psychischen Störung ist die Depression eher eine Manifestation des Zusammenbruchs der Gemeinschaft. Als solche kann sie „eine normale Reaktion auf pathologische soziale Strukturen“ darstellen. Depressionen entstehen aus einer enorm komplizierten, sich ständig verändernden, schwer fassbaren Verkettung von sozialen Umständen, individuellen Wesensarten und Biochemie.	„... rather than a psychiatric disorder, depression is a manifestation of the breakdown of community. As such, it can be ‚a normal response to pathological social structures‘ ... depression arises out of an enormously complicated, constantly shifting, elusive concatenation of social circumstance, individual temperament, and biochemistry.“ „The social bias against mildly dysthymic individuals can pressure them into using medication.“ [259]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Die soziale Voreingenommenheit gegenüber leicht dysthymischen Personen kann diese dazu zwingen, Medikamente einzunehmen.	
		Eine Patientin oder ein Patient sucht zunächst eine nichtärztliche Gesundheitsfachkraft auf und diese entscheidet, ob die Person mit Medikamenten weiterbehandelt wird.	„If a patient first sees a non-physician clinician, then that person will decide whether the patient will be further evaluated for medications.“ [260]
		Bei Kindern gibt es eine große Bandbreite an Wesensarten und Anpassungsformen an ihre soziale Lebenswelt – diese Variation ist völlig normal. Anstatt für oder gegen Medikalisierung der Emotionen und Verhaltensweisen von Kindern zu sein, muss besser zwischen hilfreichen und nicht hilfreichen Formen der Medikalisierung unterschieden werden. Eine solche Medikalisierung läuft Gefahr, den grundlegenden Unterschied zwischen „Badness“ und „Madness“ zu verschleiern.	„...children have a huge range of temperaments and ways of adjusting to their social worlds – and that this variation is perfectly normal...Rather than be for or against medicalizing children’s emotions and behaviors, we need to get better at distinguishing between helpful and unhelpful forms of medicalization ... Such medicalization risks obscuring the fundamental difference between ‚badness‘ and ‚madness‘...“
		Einigkeit sollte über „therapeutische Demut“ herrschen – das heißt, sich der Grenzen unseres Verstehens bewusst zu sein.	„All should agree, however, that what we might call ‚therapeutic humility‘ – being clear about the limits of our understanding – is called for.“ [253]
		Depressionen haben im Allgemeinen gesundheitliche wie moralische Dimensionen. Eine moralische Angelegenheit sind sie dann, wenn es sich um eine potenziell sinnvolle Begegnung mit gestörten Beziehungen, Aktivitäten, Werten und Selbstachtung handelt. Eine therapeutische	„In general, much depression has both health and moral dimensions. Depression is a moral matter when it is a potentially meaningful encounter with troubled relationships, activities, values and self-respect. It is a therapeutic matter when it is a clinical syndrome of mood disorder, cognitive

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Angelegenheit liegt beim klinischen Syndrom einer Gemütsstörung vor, bei kognitiver Dysfunktion, geringem Selbstwertgefühl und chemischem Ungleichgewicht.	dysfunction, low self-esteem, and chemical imbalance.“ [259]
		Die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen prognostiziert eine schwächere Depression beim Follow-up bei Mädchen, möglicherweise durch eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Bei Buben prognostiziert sie beim Follow-up eine geringere Wahrscheinlichkeit, immer noch depressiv zu sein. Dieser Zusammenhang bei Buben ist bidirektional.	„Religious attendance independently predicts lower depression at follow-up among girls, and may do so by increasing self-efficacy. Among boys with depression, religious attendance predicts a lower likelihood of still being depressed at follow-up. The relation between religious attendance and depression in boys is bidirectional.“ [102]
		Der Mechanismus ist ein indirekter: Religiösere Jugendliche konsumieren weniger wahrscheinlich Substanzen, und da der Substanzkonsum Menschen für Depressionen prädisponiert, senkt ein geringerer Substanzkonsum bei religiöseren Jugendlichen deren Depressionsrisiko.	„... commonly suggested mechanism is indirect, such that more religious adolescents are less likely to use substances, and given that substance use predisposes people to depression, lower substance use among more religious adolescents lowers their risk of depression.“ [102]
4. Was sind die moralischen Fragen in Bezug auf die Merkmale der Technologie?	Ziel der Psychotherapie	Gemeinsam mit unterstützenden und zuhörenden Therapeutinnen und Therapeuten machen die Jugendlichen Fortschritte, indem sie sich im Rahmen einer zeitlich begrenzten Behandlungszeit selbst erforschen. Die Verbesserung scheint in besseren Beziehungen zu sich selbst und zu anderen, durch das Finden des eigenen Platzes in der Familie oder in der Schule erlebt zu werden. Jugendliche wertschätzen Problemlösung und Hilfe bei konkreten Herausforderungen. Daher sollte die Therapie auf die Bedürfnisse von Jugendlichen mit	„Together with a supportive and listening therapist, the adolescents improve by exploring themselves within the frames of a time-limited treatment period. Improvement seems to be experienced through better relations to oneself and to others and by finding one's place in the family, or at school. Adolescents value problem solving and help with concrete challenges. Hence, therapy should be tailored to the needs of adolescents with depression and incorporate the challenges they face in their everyday life.“ [110]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Depressionen zugeschnitten sein und ihre Alltags Herausforderungen miteinbeziehen.	
5. Was sind die moralischen Fragen im Zusammenhang mit den Stakeholdern?	Herausforderungen mit Uneinigkeit, Macht und elterlicher Beteiligung	Gelegentlich verstehen Eltern die Zuweisung eines Jugendlichen zur Psychotherapie als eine zwangsläufige Erweiterung des Sozialisierungsprozesses, indem ihnen ein einflussreicherer Erwachsener (sprich: die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut) dabei hilft, den Jugendlichen dazu zu bringen, sich so zu verhalten, wie sie es wünschen (zum Beispiel „Können Sie ihn / sie nicht dazu bringen, auf den gesunden Menschenverstand zu hören?“) Gesteht man ein, dass ambulante Psychotherapie für Jugendliche Zwangspotenzial hat, dann stellt die Institutionalisierung oder stationäre Behandlung sicherlich ein extremes Szenario in diesem Kontinuum dar. Die Fachkraft muss sich ethischer Feinheiten und der relativen Verletzlichkeit aller Parteien gewahr sein. Da minderjährige Kinder per Definition am wenigsten Kontrolle haben und daher am verletzlichsten sind, muss die Therapeutin oder der Therapeut ihre Interessen an die erste Stelle setzen. Das ist keine leichte Aufgabe, denn zum Wohl Heranwachsender tragen fürsorgliche und kompetente Eltern bei.	„Occasionally, parents view enrolling an adolescent for psychotherapy as a coercive extension of the socialization process whereby a more powerful adult (i.e., the psychotherapist) will help them to get the adolescent to behave in the manner they would prefer (e.g., ‚Can’t you make her / him listen to common sense?’)“ „If one concedes that outpatient psychotherapy for adolescents has coercive potential, then institutionalization or residential treatment certainly represents an extreme end of that continuum ...“ „The professional who negotiates psychotherapy for adolescents must be sensitive to ethical subtleties and the relative vulnerabilities of all parties. Because minor children are by definition the least in control and hence the most vulnerable, the therapist must keep their best interests paramount. This is no mean feat, since an adolescent’s best interests includes having caring and competent parents.“ [85]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Vorgeschlagen und in der Literatur unterstützt wird ein integrativer Behandlungsansatz, der eine individuelle psychotherapeutische Behandlung wie CBT, gegebenenfalls Medikamente und eine familientherapeutische Intervention einschließt. Letztere konzentriert sich auf die Psychoedukation, den Aufbau von Resilienz und Hoffnung, die Verbesserung der Kommunikation, den Abbau von Beziehungskonflikten zwischen Eltern und Jugendlichen sowie die Behandlung von Bindungs- und Beziehungsfragen.	„It suggests an integrative treatment approach that includes individual psychological treatment like CBT, medication where required and a family therapy intervention is supported by the literature. The focus of the latter is psychoeducation, building resilience and hope, enhancing communication, reducing relational conflict between parents and adolescents and addressing attachment and relationship issues ...“ [90]
		Bei mehr als drei Viertel der Kind-Eltern-Therapeuten-Triaden beginnt die Behandlung, ohne Einigung über ein einziges Problem zu erzielen; fast die Hälfte konnte sich nicht einmal auf 1 breites Problemfeld einigen (zum Beispiel Aggression versus Angst / Depression). Bei den meisten kindlichen Problemen stimmten die Therapeutinnen oder Therapeuten eher mit den Eltern als mit den Kindern überein; bei Familien- und Umweltenproblemen war das Gegenteil der Fall. Bei der Identifizierung von Behandlungsschwerpunkten sind Therapeutinnen oder Therapeuten im Dilemma, wenn Patientinnen und Patienten nicht kooperieren. Eventuell bieten Erkenntnisse eine Erklärung für die in früheren Forschungsarbeiten berichteten schlechten Auswirkungen der klinikbasierten Therapie.	„More than 3/4 of child–parent–therapist triads began treatment without consensus on a single problem; nearly half failed to agree on even 1 broad problem domain (e.g., aggression vs. anxiety / depression). Therapists agreed more with parents than children for most child problems, but for family and environmental problems the reverse was true. Findings highlight the therapist’s dilemma in identifying treatment foci when clients disagree and may help explain the poor effects of clinic-based therapy reported in previous research.“ [268]

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		Manchmal stimmen die Absichten der Erwachsenen mit jenen der Jugendlichen überein. Die Psychotherapeutin beziehungsweise der Psychotherapeut darf jedoch niemals einfach davon ausgehen, dass alle Interessen kongruent sind.	„Sometimes the adults' agenda will be highly congruent with the adolescent's. The psychotherapist asked to provide services, however, must never simply presume that all interests in the case are congruent.“ [85]
6. Was sind die moralischen Fragen im Zusammenhang mit der Bewertung der Technologie?		Abgesehen von den im Diskussionsabschnitt dargestellten methodischen Einschränkungen wurden keine moralisch relevanten Fragen zum Prozess der HTA-Bewertung gefunden.	
7. Gibt es zusätzliche moralische Fragen?	Herausforderungen im Zusammenhang mit der Forschung	Die Firma Glaxo-Smith-Kline wird 3 Milliarden Dollar für einen Vergleich zahlen, nachdem mehrjährige kriminelle Machenschaften zugegeben wurden: Ungünstige Evidenz wurde vertuscht, Artikel in medizinischen Fachzeitschriften wurden manipuliert und wohlgesonnene Ärztinnen und Ärzte mit Geschenken überhäuft. Das betreffende Medikament, Paxil, ist inzwischen für Kinder verboten, weil es Suizid auslösen kann.	„The company [Glaxo-Smith-Kline] will pay 3bn dollars to settle a slew of charges in the US after admitting a multi-year criminal scheme to hide unhelpful evidence, manipulate articles in medical journals and lavish gifts on sympathetic doctors. The drug at the centre of the scheme, the blockbuster pill Paxil...has since been banned for use by children because I can make them suicidal.“ [275]
		Nur wenige Forschungsergebnisse gibt es darüber, ob Psychopharmaka verantwortungsbewusst verschrieben oder überverschrieben werden, da Krankenkassen bekanntlich zögern, für „Sprechtherapien“ und andere nicht medikamentöse Behandlungen zur Linderung oder Heilung psychischer Krankheitssymptome	„Moreover, little research is available to show whether psychiatric drugs are being prescribed in a responsible manner, or whether they are being over-prescribed, given that health insurance companies are known to be reluctant to pay for 'talk' therapy and other non-medication treatments for the amelioration or cure of mental illness

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten (Fortsetzung)

Übergeordnete Fragestellungen	Konkreter ethischer Aspekt	Übersetzungen der Zitate	Erläuterung / Zitat / Referenz
		aufzukommen. Was die Festlegung wirksamer Dosierungsstärken und die Einnahmedauer psychiatrischer Medikamente bei Kindern angeht, sind nur wenige Bestrebungen zu erkennen. Es ist ein beunruhigender medizinischer Trend, Kinder mit ernsten oder weniger ernsten psychischen Gesundheitsbedürfnissen medikamentös zu behandeln, insbesondere angesichts begrenzter wissenschaftlicher und klinischer Daten zu den möglichen dauerhaften Auswirkungen auf das Gehirn von Kindern.	symptoms ... Finally, there is little guidance in establishing the effective doses and duration of psychiatric medications for children. I believe that it is a disturbing medical trend to medicate children with serious, or perhaps not-so-serious, mental health needs, particularly in the face of limited scientific and clinical data that address the potential lasting impacts on the brain of children.“ [99]
		1. schlugen sie vor, dass Patientinnen und Patienten sowie das Forschungspersonal wissen, wer Placebo erhält. 2. stellen die Autorinnen und Autoren das verwendete Messinstrument infrage. 3. berichteten viele Studien nicht über langfristige Ergebnisse. 4. befinden sich viele Psychopharmakologie-Forscherinnen und -Forscher in einem Interessenkonflikt. Nebenwirkungen von Medikamenten werden heruntergespielt, und die öffentliche Berichterstattung sollte besser sein.	„First, they suggested patients and research staff know who is receiving a placebo ... Second, the authors question which measure of outcome is actually used to determine results ... Third, they indicated many studies do not report long-term outcomes ... Fourth, they argue that many psychopharmacology researchers have a conflict of interest ... Finally, the authors argue that side effects of medicines are minimized and should be better reported to the public.“ [98]

Tabelle 33: Übergeordnete Fragestellungen des Fragenkataloges nach Hofmann

#	Fragestellung
1	What are the morally relevant issues related to the disease and the patient group?
2	What are the ethical, social, cultural, legal, and religious challenges related to the health technology?
3	What are the moral challenges with structural changes related to the health technology?
4	What are the moral issues related to the characteristics of the health technology?
5	What are the moral issues related to stakeholders?
6	What are the moral issues related to the assessment of the health technology?
7	Are there additional moral issues?

A5.2 Soziale Aspekte

A5.2.1 Recherche zu sozialen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Für die Aufarbeitung sozialer Aspekte wurden orientierende Recherchen in MEDLINE, der Leitliniendatenbank der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und auf Websites relevanter Institutionen durchgeführt (RKI, G-BA, Gesundheitsinformation.de). In MEDLINE wurden folgende Suchbegriffe verwendet: child*, adolescent*, youth, psychotherap*, depression*, perception, acceptance, barrier*, feeling* (die Suche erfolgte gemeinsam mit der Suche nach organisatorischen Aspekten). Zusätzlich wurde während des Screenings für die Nutzenbewertung auf relevante Publikationen geachtet. Ebenso wurden die SÜs, die für die Nutzenbewertung, sowie die Studien, die für gesundheitsökonomische Einschätzung inkludiert wurden, nach sozialen Aspekten durchsucht. Ergänzend kam die Methode „reflective thoughts“ gemäß INTEGRA-HTA Anleitung zur Anwendung [32].

1 Person sichtete die Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen auf Aussagen zu sozialen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Intervention. Das Ergebnis wurde durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Insgesamt wurden 17 Publikationen zur Aufarbeitung sozialer Aspekte herangezogen. Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.3.2.

A5.2.2 Identifizierte soziale Aspekte

Soziale und soziokulturelle Aspekte im HTA greifen die wechselseitigen Interaktionen zwischen Behandlungsmethode und sozialer Umwelt (zum Beispiel Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, Zugang zu Behandlungen, Präferenzen von Patientinnen und Patienten, gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen) auf.

Die Informationsaufbereitung zu sozialen Aspekten orientierte sich an dem von Mozygemba 2016 [33] vorgeschlagenen umfassenden konzeptionellen Rahmen, der auf das soziale Konstrukt / Verständnis der Erkrankung, das soziale Bild / Verständnis der Interventionen und auf soziokulturelle Aspekte der Anwendung der Interventionen fokussiert. Die Aufarbeitung dieser Aspekte ist in Tabelle 34 zusammengefasst.

Tabelle 34: Informationsaufbereitung zu den identifizierten soziokulturellen Aspekten

Soziokulturelle Aspekte		Erläuterung und Quellenangaben
Soziales Konstrukt / Verständnis von Depression bei Kindern und Jugendlichen		Diagnose von Depression Depression bei Kindern und Jugendlichen ist eine anerkannte Erkrankung mit klar definierten diagnostischen Kriterien laut ICD-10. Dennoch wird Depression bei Kindern und Jugendlichen häufig nicht oder sehr spät erkannt, da die Krankheit oft durch andere Symptome (zum Beispiel Aggressivität, Hyperaktivität) und Komorbiditäten (etwa Suchtverhalten) überlagert wird oder depressive Symptome als typisch jugendliches Verhalten missinterpretiert werden [20,96,278]. Subjektive Wahrnehmung der Erkrankung Eine qualitative Studie zeigte, dass Kinder und Jugendliche ihre Erkrankung als sehr belastend und aussichtslos wahrnehmen. Sie berichten auch von Schwierigkeiten, ihre Erkrankung zu verstehen, was den Leidensdruck noch erhöhen kann. Ebenso berichten Jugendliche, dass sie ihre Gefühle lange für sich behalten haben, um nicht stigmatisiert zu werden, Freunde nicht zu verlieren oder Familie und Freunde nicht zu belasten [96].
Soziales Bild / Verständnis der Intervention	Wahrgenommener Nutzen	Psychotherapie versus Antidepressiva Psychotherapie wird von Jugendlichen als eine Möglichkeit gesehen, das Problem ihrer Erkrankung ursächlich zu behandeln, während Antidepressiva eher als Mittel zur Symptombekämpfung wahrgenommen werden [112]. Erwartungen an die psychotherapeutische Behandlung Jugendliche erwarten sich von der Therapie Antworten auf die Frage, warum es ihnen schlecht geht. Sie möchten ihren Emotionen auf den Grund gehen, Anleitung und Unterstützung erhalten, die ihnen hilft, den Alltag besser zu meistern. Viele wünschen sich, „normal“ zu sein, wieder in der Schule, in der Familie und im Freundeskreis integriert zu sein [110]. Auch jüngere Kinder gaben in Interviews der Hoffnung Ausdruck, durch die psychotherapeutische Behandlung wieder gesund zu werden [116].
	Wissen und Verständnis der Intervention	Therapie als Hilfsangebot wenig bekannt Ein häufiger Grund unter mehreren, warum Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen keine professionelle Hilfe erhalten, ist das fehlende Wissen ihrer Eltern über das vorhandene Hilfsangebot in Deutschland [117]. Verständnis der Intervention bei Kindern und Jugendlichen Während anzunehmen ist, dass Kinder die Intervention Psychotherapie nicht kennen und sich schwer vorstellen können, was sie umfasst, vermögen Jugendliche die Intervention zu verstehen.

(Fortsetzung)

Tabelle 34: Informationsaufbereitung zu den identifizierten soziokulturellen Aspekten
(Fortsetzung)

Soziokulturelle Aspekte	Erläuterung und Quellenangaben
Einstellungen und Akzeptanz gegenüber der Intervention	Akzeptanz bei Kindern Kinder beginnen meist eine Therapie, weil Erwachsene diese initiieren. Therapeutinnen und Therapeuten nähern sich dann spielerisch. Eine Vorher-nachher-Befragung mittels qualitativer Interviews unter 6- bis 10-Jährigen zeigte, dass Kinder eine Therapie als hilfreich und positiv wahrnehmen [116]. Akzeptanz bei Jugendlichen Ob Jugendliche eine Psychotherapie akzeptieren, hängt zum einen davon ab, ob sie diese freiwillig durchführen. Wenn ihnen eine Therapie aufgezwungen wird, geht dies mit einer negativen Einstellung und geringer Akzeptanz einher, was einen Therapieabbruch fördern kann. Zum anderen ist eine gute, vertrauensvolle Therapeuten-Patient-Beziehung essenziell, um die Therapie zu akzeptieren und langfristig durchzuführen. Unzufriedenheit über die Beziehung, den Therapieansatz oder die erreichten Verbesserungen können zum Therapieabbruch führen [108]. Interviews mit Jugendlichen haben auch gezeigt, dass viele eine Therapie als letzten Ausweg sehen, wenn ihre Depression sie so sehr beeinträchtigt, dass sie damit alleine nicht mehr umgehen können. Zuvor versuchen sie lange, ihre Probleme selbst zu lösen. Gründe dafür sind zum einen, dass es ihnen schwer fällt, die Grenze zwischen „normalen“ Teenagergefühlen und -problemen sowie ernsthaften depressiven Stimmungen zu ziehen, dass sie autonom bleiben wollen und Sorge vor einer Therapie und etwaigen damit verbundenen sozialen Folgen haben [96]. Akzeptanz bei Eltern Eine Studie aus Südamerika zeigte, dass der Großteil der Eltern eine positive Einstellung gegenüber Psychotherapie hat und diese als hilfreiche Behandlungsoption wahrnimmt [118]. Auch in Deutschland sind mittlerweile viele Eltern einer Psychotherapie gegenüber aufgeschlossen. Dennoch sucht rund ein Viertel der Eltern keine professionelle Hilfe für ihr Kind, aus Sorge darüber, was andere Menschen denken könnten [117]. Für einige Personen sind Depression und Psychotherapie nach wie vor mit Stigma und Scham verbunden. Unterschiedliche kulturelle Hintergründe können die Akzeptanz sowohl von Depression als auch von Psychotherapie beeinflussen [119]. Akzeptanz therapeutischer Verfahren Zusätzlich ist hervorzuheben, dass es verschiedene Therapieverfahren gibt und den Kindern und Jugendlichen eventuell ein Verfahren mehr zusagt als ein anderes. Um den passenden Therapieansatz und Therapeuten zu finden, müssten

(Fortsetzung)

Tabelle 34: Informationsaufbereitung zu den identifizierten soziokulturellen Aspekten
(Fortsetzung)

Soziokulturelle Aspekte		Erläuterung und Quellenangaben
		unterschiedliche Therapeutinnen und Therapeuten für ein Erstgespräch aufgesucht werden, was aufwendig und kostenintensiv sein kann.
	Wahrgenommenes Risiko der Intervention	Vergleich Psychotherapie versus Antidepressiva Während Eltern eine Behandlung mit Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit wenigen Risiken verbinden, assoziierte mehr als die Hälfte der befragten Eltern in einer US-Studie Antidepressiva mit Risiken wie Abhängigkeit oder selbstverletzendem Verhalten [120]. Auch Jugendliche selbst verbinden Antidepressiva mit mehr Risiken und fürchten dadurch einen Autonomieverlust und Substanzabhängigkeit [112]. Risiken Psychotherapie aus Sicht der Eltern Einige Eltern befürchten, dass das Aufleben von Traumata den Gesundheitszustand ihres Kindes verschlechtern könnte. Außerdem haben manche Eltern Sorge, was ihre Kinder den Therapeuten erzählen und wie sich eine Therapie langfristig auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirkt [121]. Laut Expertenauskunft fürchten Eltern auch zu viel Autonomie des Kindes. Risiken Psychotherapie aus Sicht der Kinder und Jugendlichen Kinder und Jugendliche sorgen sich teilweise, dass sie durch die Teilnahme an einer Psychotherapie Peer-Ablehnung erfahren und stigmatisiert werden [122]. Psychotherapie kann auch sehr zeitintensiv sein; das Fehlen in der Schule oder bei Nachmittagsveranstaltungen könnte sozial sowie in Bezug auf schulische Leistung negative Folgen mit sich bringen.
Soziokulturelle Aspekte der Anwendung der Intervention	Soziokulturelle Aspekte der Zielgruppe	Unterschiede in der Prävalenz Mädchen sind in Deutschland etwas häufiger von Depressionen betroffen als Jungen (3,7 % versus 2,5 %). Regionale Unterschiede (Ost-/Westdeutschland) sind nicht zu beobachten [124]. Laut BELLA-Studie sind vor allem ein niedriger Bildungsstatus der Eltern und stressige Lebensereignisse (zum Beispiel Tod oder Erkrankung einer wichtigen Person, Arbeitsplatzverlust eines Elternteils, Scheidung) Prädiktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen bei Kindern. Es zeigte sich, dass in Familien mit niedrigem Bildungsstatus häufiger stressige Lebensereignisse eintreten, aber auch, dass Eltern mit geringer Bildung weniger gut mit diesen Ereignissen umgehen können als solche mit höherem Bildungsstatus [279].
	Soziale Ungleichheit	Die Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten ist in Deutschland sozial ungleich verteilt. Kinder aus sozialökonomisch schwächeren Familien leiden häufiger unter psychischen Problemen (26 %) als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem (9,7 %) oder mittlerem (16,1 %) sozioökonomischen Status [123].

(Fortsetzung)

Tabelle 34: Informationsaufbereitung zu den identifizierten soziokulturellen Aspekten
(Fortsetzung)

Soziokulturelle Aspekte		Erläuterung und Quellenangaben
		Ebenso ist das Angebot an Psychotherapieplätzen in Deutschland nicht gleichmäßig verteilt. Die Versorgung ist in Städten besser als auf dem Land und im Westen dichter als im Osten [125]. Grundsätzlich werden die Kosten für eine Psychotherapie bei der Diagnose Depression in ganz Deutschland von den Krankenkassen übernommen.
	Beziehung und Entscheidungsfindung zwischen Patientin / Patient und Health-Professionals	Patient-Therapeut-Beziehung Für das Gelingen einer Psychotherapie ist ein gutes Verhältnis zwischen Patientin / Patient und Therapeutin / Therapeut unerlässlich. Vertrauen in die Kompetenz und Erfahrung der Therapeutin / des Therapeuten sind ebenso notwendig wie ein wertfreier Umgang seitens der Therapeutin /des Therapeuten, damit Kinder und Jugendliche sich öffnen, die Therapie als hilfreich erleben und weiterführen [110]. Einbezug der Eltern Dass Eltern häufig die Therapie initiieren und dass Eltern teilweise in die Therapie miteinbezogen werden müssen, ist ein Aspekt, der die Umsetzung der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen verkomplizieren kann.
	Beziehung zwischen Health-Professionals, die die Intervention anbieten	Zusammenarbeit Zusammenarbeit verschiedener Health-Professionals ist notwendig, um Kinder und Jugendliche von Beginn an zielgerichtet durch das Versorgungssystem zu begleiten. Dies bedeutet, dass primäre Anlaufstellen wie Hausärztinnen / -ärzte, Pädagoginnen / Pädagogen oder Kinderärztinnen / -ärzte bei Verdacht auf Depression Kinder und Jugendliche an spezialisierte Gesundheitsberufe weiterleiten. Niedrigschwellige Früherkennungsdienste, bestehend aus einem Netzwerk an Einrichtungen der Prävention und Therapie, stellen erste Anlaufstelle dar, geben aber auch Angebote für Entstigmatisierung und Aufklärung [117]. Unterschiedliche Befugnisse Im Zuge der Therapie gilt es zu beachten, dass Fachärztinnen /-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie auch Medikamente verschreiben dürfen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen / -therapeuten aber nur Psychotherapie anbieten dürfen. Sollte eine Kombinationstherapie erforderlich sein, müssen nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten mit Medizinerinnen und Medizинern zusammenarbeiten [280].
Abkürzungen: BELLA: BEfragung zum seelischen Wohlbe finden und VerhAlten; ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10		

A5.3 Rechtliche Aspekte

A5.3.1 Recherche zu rechtlichen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Im Rahmen der nachfolgenden Einschätzung der rechtlichen Situation wurden die einschlägigen rechtlichen Bestimmungen, bisherige Rechtsprechung und Fachliteratur analysiert und unter Einbezug des von Brönneke et al. 2016 [35] entwickelten Leitfadens im Überblick ausgewertet. Der Leitfaden fokussiert auf die rechtliche Analyse der Patientenautonomie, Marktzulassung, klinischen Prüfung, des geistigen Eigentums, der Kostenrückerstattung, des speziellen medizinischen Fachgebietes in Zusammenhang mit Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In der vorliegenden Analyse wurden die Aspekte „geistiges Eigentum“ und „spezielles medizinisches Fachgebiet“ nicht näher beleuchtet, da es sich bei Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression weder um neue Erfindungen handelt noch diesbezüglich zusätzliche strenge Reglementierungen bestehen, wie beispielsweise bei der Technologie Organtransplantation. Auch ist kein Medizinprodukt betroffen, sodass Regelungen des Medizinprodukterechts oder der Zulassung gegenständlich nicht von Bedeutung sind. Der Schwerpunkt liegt aus rechtlicher Sicht vielmehr auf der rechtlichen Beurteilung der Einwilligung und Aufklärung beziehungsweise Einwilligungsfähigkeit versus Geschäftsfähigkeit der Patientin / des Patienten beziehungsweise der Einwilligung durch Sorgeberechtigte. Damit einher geht das Thema Verschwiegenheit (wenn die sorgeberechtigte Person einwilligt beziehungsweise deren Einwilligung Voraussetzung ist, muss sie auch entsprechend aufgeklärt / informiert werden, was augenscheinlich mit der Verschwiegenheitspflicht gegenüber der jeweiligen Patientin / dem jeweiligen Patienten kollidiert). Zur Literaturlindung wurden die Datenbank des Bundesgerichtshofes, das Rechtsinformationssystem des Bundes, die Manz Rechtsdatenbank sowie die Rechtsdatenbank von LexisNexis Orac durchsucht. Zudem wurde in der Bibliothek der Donau-Universität Krems sowie im Internet (Google) recherchiert und wurden einschlägige Kommentare und Handbücher herangezogen. Die rechtlichen Normen sowie weiterführende Stellungnahmen sind zudem im Internet abrufbar. Kommentare zu den einschlägigen Gesetzen, zum Beispiel BGB, und Rechtsgebieten, zum Beispiel Medizinrecht, wurden durch Recherche in einschlägigen Datenbanken, wie der Bibliotheksdatenbank der Donau-Universität Krems, ausfindig gemacht. Die Auswahl der Kommentare erfolgte nach Aktualität, Relevanz und Verfügbarkeit. Die Recherche in Rechtsdatenbanken, wie der Rechtsdatenbank von Manz, geschah durch entsprechende Suchkriterien. Diese Recherche ergänzte eine Google-Suche mit verschiedenen Schlagwörtern, wobei hier eine Einschränkung auf Suchergebnisse in deutscher Sprache und auf die als relevant erachteten Ergebnisse vorgenommen wurde.

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.3.3.

A5.3.2 Identifizierte rechtliche Aspekte

Tabelle 35: Tabellarische Zusammenfassung rechtlicher Aspekte

Rechtlicher Aspekt	Besonderheit	Norm(en)	Literatur
Patientenautonomie – informierte Zustimmung (informed consent)	Aufklärung und Einwilligung	Zivilrechtlich: §§ 630a BGB, 630d Abs. 1 S. 1 BGB, 630d Abs. 2 BGB, 630e, 630c BGB Strafrechtlich: § 223 StGB	BGH 15.03.2005, VI ZR 313/03; [127] <i>Spickhoff A. in Spickhoff, Medizinrecht</i> ³ [129] §§ 630a Rz 46, 630d BGB Rz 1ff, 630e BGB Rz 1ff; § 630c Rz 36. <i>Knauer C., Brose J. in Spickhoff, Medizinrecht</i> ³ [129] § 223 StGB Rz 1ff.
Patientenautonomie II – Einwilligung Kinder / Jugendliche	Eine wirksame Einwilligung setzt stets die Einwilligungsfähigkeit der Patientin / des Patienten voraus. Das bedeutet, dass die Patientin / der Patient nach ihrer / seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag. Diese ist bei Kindern / Jugendlichen nicht immer gegeben. Sofern die Patientin / der Patient nicht einwilligungsfähig ist, muss die Einwilligung von einem hierzu Berechtigten eingeholt werden. Ob einwilligungsfähige Minderjährige ohne Einbindung ihrer gesetzlichen Vertreterinnen / Vertreter einwilligen können, wird uneinheitlich beantwortet. Soweit überblickbar, geht die herrschende Meinung davon aus, dass einwilligungsfähige Minderjährige selbst entscheiden können.	§ 630d BGB § 1626 Abs. 2 BGB	<i>Spickhoff A. in Spickhoff, Medizinrecht</i> ³ [129] § 630d Rz 3, Rz 8 mit weiteren Nachweisen. BGH, 05.12.1958 – VI ZR 266/57, in BGHZ 29, 33; NJW 1959, 811. [131] <i>Spickhoff A. in Spickhoff, Medizinrecht</i> ³ [129] §§ 1626 BGB; <i>Spickhoff A. in Spickhoff, Medizinrecht</i> ³ [129] §§ 630d Rz 7. BVerfG, 29.07.1968 - 1 BvL 20/63; 1 BvL 31/66; 1 BvL 5/67 = BVerfGE 24, 119 [Seite 144].

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Tabellarische Zusammenfassung rechtlicher Aspekte (Fortsetzung)

Rechtlicher Aspekt	Besonderheit	Norm(en)	Literatur
	Dies werden gewöhnlich die Eltern sein, die bei Ausübung des Sorgerechts die Fähigkeiten und Bedürfnisse der oder des Minderjährigen zu berücksichtigen haben. In Zusammenhang mit dem Sorgerecht sind die grundgesetzlich geschützten Kindesinteressen zu berücksichtigen. Damit verbunden ist auch die Frage, wem gegenüber die Aufklärung zu erfolgen hat. Auch die einwilligungsunfähige Patientin / der einwilligungsunfähige Patient ist aufzuklären, sofern es dessen Verständnishorizont zulässt und dessen Wohl dadurch nicht gefährdet wird. Daneben sind jedoch die Sorgeberechtigten aufzuklären, im Falle der gemeinsamen Obsorge beide Elternteile, sofern es sich um eine schwierige, weitreichende und mit erheblichen Risiken behaftete Behandlung handelt. Ansonsten ist die Aufklärung eines Elternteils ausreichend, die Einwilligung hat jedoch von beiden mit der gemeinsamen Obsorge betrauten Elternteilen zu erfolgen. Bei Gefahr in Verzug ist jeder Elternteil, wenn der andere Elternteil mit zumutbaren Bemühungen nicht zu erreichen ist, allein dazu berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes notwendig sind. Daraus ergeben sich wiederum Fragen nach der Verschwiegenheitspflicht.	§ 630e Abs. 4 BGB § 630e Abs. 5 BGB § 7 Muster-Berufsordnung § 12 Abs. 4 Muster-Berufsordnung § 1629 Abs. 1 S. 4 BGB	<i>Spickhoff A. in Spickhoff, Medizinrecht</i>³ [129] §§ 630e Rz 13f. Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der jeweils aktuellen Fassung; Berufsordnungen für psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sortiert nach Bundesländern, abrufbar unter https://www.therapie.de/psyche/info/ratgeber/links/berufsrechtliche-regelungen/regelungen-fuer-psychotherapeuten/ [abgerufen am 28.06.2020]. [281] Fassung aufgrund des Gesetzes zur Bereinigung des Rechts der Lebenspartner vom 20.11.2015 (BGBl. I 2015 S. 2010) in Kraft getreten am 26.11.2015.

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Tabellarische Zusammenfassung rechtlicher Aspekte (Fortsetzung)

Rechtlicher Aspekt	Besonderheit	Norm(en)	Literatur
	In der Muster-Berufsordnung wird hierzu normiert: „Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber dem einsichtsfähigen Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen ihm anvertrauten Mitteilungen. Soweit Minderjährige über die Einsichtsfähigkeit nach Absatz 2 verfügen, bedarf eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte in die sie betreffende Patientenakte der Einwilligung der Minderjährigen. Es gelten die Ausnahmen entsprechend den Regelungen nach § 8“. Folglich ist es erforderlich, dass minderjährige Patientinnen und Patienten, sofern diese über die erforderliche Einsichtsfähigkeit verfügen, den Psychotherapeuten von der Verschwiegenheitspflicht entbinden, um Sorgeberechtigte zu informieren. Von der Einwilligungsfähigkeit ist die Geschäftsfähigkeit zu differenzieren, die Voraussetzung für den Abschluss des Behandlungsvertrages ist. Unter Geschäftsfähigkeit ist die Fähigkeit zu verstehen, Rechtsgeschäfte durch Abgabe oder Entgegennahme von Willenserklärungen in eigener Person vorzunehmen.	§ 12 Abs 6 Muster-Berufsordnung §§ 104ff BGB § 630a BGB	Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der jeweils aktuellen Fassung, abrufbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Muster-Berufsordnung_der_BPtK.pdf [abgerufen am 23.03.2021] [282] <i>Spickhoff A. in Spickhoff, Medizinrecht³ [129] §§ 104 Rz 1ff.</i> <i>Spickhoff A. in Spickhoff, Medizinrecht³ [129] §§ 630a Rz 33.</i>

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Tabellarische Zusammenfassung rechtlicher Aspekte (Fortsetzung)

Rechtlicher Aspekt	Besonderheit	Norm(en)	Literatur
Verschwiegenheit und Datenschutz	Gesundheitsdaten sind stets sensibel, bei depressiven Erkrankungen oftmals besonders sensibel.	Verschwiegenheit: Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag – §§ 630a ff BGB (Zivilrecht) § 9 MBO (Berufsrecht) Auch strafrechtlich sanktioniert: § 203 StGB Datenschutz: Artt 6, 9, 15 ff, 24, 28, 30, 32f, 35, 37.39 DSGVO Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht nach § 10 MBO (Berufsrecht)	<i>Spickhoff</i> in <i>Spickhoff</i> , Medizinrecht ³ [129], § 630a ff BGB. <i>Scholz</i> in <i>Spickhoff</i> , Medizinrecht ³ [129] § 9 MBO Rz 1ff. <i>Knauer C., Brose J.</i> in <i>Spickhoff</i> , Medizinrecht ³ [129] §§ 203-205 StGB Rz 1ff. <i>Wybitul</i> , EU-Datenschutz-Grundverordnung [134]. <i>Pachinger/Beham</i> , Datenschutz-Audit, 3. [283]
Verschwiegenheitspflicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Umfassende Schweigepflicht geregelt in der Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der jeweils aktuellen Fassung. Diese führt zu einem Spannungsverhältnis zwischen Verschwiegenheitspflicht und Informations- / Aufklärungspflichten gegenüber Sorgeberechtigten.	§ 8 Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Berufsordnungen für psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sortiert nach Bundesländern, abrufbar unter https://www.therapie.de/psyche/info/ratgeber/links/berufsrechtliche-regelungen/regelungen-fuer-psychotherapeuten/ [abgerufen am 28.06.2020]. [281]

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Tabellarische Zusammenfassung rechtlicher Aspekte (Fortsetzung)

Rechtlicher Aspekt	Besonderheit	Norm(en)	Literatur
Zulassung / Berufsausübung	Gesetzliche Grundlage und Voraussetzungen der Berufsausübung Psychotherapie ist anders als die Verwendung der Berufsbezeichnung Psychotherapeut nicht geschützt, weshalb auch Heilpraktiker psychotherapeutisch tätig sein können. Für die Bezeichnung Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bedarf es jedoch einer entsprechenden Approbation. Fachärzte (Kinder- und Jugendpsychiater) haben das Medizinstudium zu absolvieren. Eine Doppelapprobation zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist möglich. Dies kann zu einem Anspruch auf eine Sonderbedarfszulassung nach § 24 Buchstabe b Satz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie führen	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG) bzw aufgrund der Reform vom 15.11.20219 Gesetz über die Berufe der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG). Nach § 26 PsychThG dürfen Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihren Titel weiterführen und Psychotherapie nach § 1 Abs. 2 ausüben § 1 PsychThG	BGBI. I 1311, zuletzt geändert durch Art. 6 Drittes Pflegestärkungsgesetz vom 23.12.2016 (BGBl I 3191). <i>Eichelberger J. in Spickhoff, Medizinrecht³ [129] §1 PsychThG Rz 3f.</i> <i>Eichelberger J. in Spickhoff, Medizinrecht³ [129] §1 PsychThG Rz 22</i> BSG Urteil vom 15.08.2012, B 6 KA 48/11 R

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Tabellarische Zusammenfassung rechtlicher Aspekte (Fortsetzung)

Rechtlicher Aspekt	Besonderheit	Norm(en)	Literatur
	Zu differenzieren ist zwischen der wissenschaftlichen Anerkennung des psychotherapeutischen Verfahrens nach PsychThG einerseits und der sozialversicherungsrechtlichen Zulassung des Verfahrens durch den G-BA andererseits	§ 12 PsychThG § 92 Via SGB V	<i>Eichelberger J. in Spickhoff, Medizinrecht</i> ³ [129] § 12 PsychThG Rz 12
Kostenerstattung im öffentlichen Gesundheitswesen	Kostenübernahme seitens der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nur für Behandlungen, die entsprechend der Psychotherapierichtlinie durchgeführt werden. Im Rahmen eines Gutachterverfahrens wird zusammen mit dem Antrag auf Psychotherapie der Patientin und des Patienten der Bericht der Therapeutin und des Therapeuten eingereicht über den in weiterer Folge Gutachter die seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband bestellt werden, befinden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedoch auch die Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThGAusbRefG) und deren Auswirkungen auf das Gutachterverfahren, wonach neue Formen der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie erarbeitet werden sollen.	§ 92 Abs 6a SGB V Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) Psychotherapie-Richtlinie (§§ 34, 35) und der Psychotherapie-Vereinbarung (§ 12)	Zuletzt geändert am 22.11.2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.01.2020 B4 in Kraft getreten am 24.01.2020), abrufbar unter https://www.g-ba.de/richtlinien/20/ [abgerufen am 28.06.2020]. [13] https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Kinder_Jugendliche.pdf [16] https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinfo_spezial_PT-Gutachter.pdf [136] https://iqtig.org/dateien/datenerfassung/befragungen/2020-05-11-IQTIG_Aufruf_Standard-Pretest-Ambulante_PT.pdf [137] https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/10/20191007_pm_bptk_Qualitätssicherung-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf [138]

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Tabellarische Zusammenfassung rechtlicher Aspekte (Fortsetzung)

Rechtlicher Aspekt	Besonderheit	Norm(en)	Literatur
Außerhalb des GKV Systems	Gebührenrechtliche Gleichbehandlung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den ärztlichen Psychotherapeuten	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), die durch § 5 Satz 3 der Verordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) geändert worden ist, abrufbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/gop/BJNR081800000.html [abgerufen am 28.06.2020] [284].
Klinische Forschung	Klinische Prüfung an Kindern und Jugendlichen mit / ohne Arzneimittel; Aufklärung / Einwilligung; besondere Voraussetzungen bei Minderjährigen; Informations- und Widerspruchsrecht des Minderjährigen; gemeinsames Sorgerecht oder Aufklärung / Einwilligung jedes Elternteils	§§ 40 ff AMG EU-Verordnung (EU) 536/2014	<i>Listl-Nörr in Spickhoff</i> , Medizinrecht ³ [129] § 40 AMG Rz 1ff
Abkürzungen: §: Paragraph; Abs.: Absatz; Art.: Artikel (Singular); Artt.: Artikel (Plural); BGB: Bürgerliches Gesetzbuch; BGBl. I, II, III: Bundesgesetzblatt Teil I, II, III; BGH: Bundesgerichtshof; DSGVO: Datenschutzgrund-Verordnung; f: folgende; ff: fortfolgende; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; GOP: Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; RL: Richtlinie; Rz: Randziffer; SGB: Sozialgesetzbuch; StGB: Strafgesetzbuch; StPO: Strafprozessordnung; ZPO: Zivilprozessordnung			

A5.4 Organisatorische Aspekte

A5.4.1 Recherche zu organisatorischen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Für die Aufarbeitung organisatorischer Aspekte wurden orientierende Recherchen in MEDLINE, der Leitliniendatenbank der AWMF und auf Websites relevanter Institutionen durchgeführt (RKI, G-BA, Gesundheitsinformation.de). In MEDLINE wurde folgende Suchbegriffe verwendet: child*, adolescent*, youth, psychotherap*, depression*, perception, acceptance, barrier*, feeling* (die Suche erfolgte gemeinsam mit der Suche für soziale Aspekte). Zusätzlich wurde während des Screenings für die Nutzenbewertung auf relevante Publikationen geachtet. Ebenso wurden die SÜs, die für die Nutzenbewertung, sowie die Studien, die für gesundheitsökonomische Einschätzung inkludiert wurden, nach organisatorischen Aspekten durchsucht. Ergänzend fand die Methode „reflective thoughts“ gemäß INTEGRA-HTA-Anleitung Anwendung [32].

1 Person sichtete die Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen auf Aussagen zu organisatorischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Intervention. Das Ergebnis wurde durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Insgesamt wurden 11 Publikationen zur Aufarbeitung organisatorischer Aspekte herangezogen. Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.3.4.

A5.4.2 Identifizierte organisatorische Aspekte

In Tabelle 36 sind die identifizierten organisatorischen Implikationen der Technologie entsprechend der Strukturierung nach Perleth 2014 [34] dargestellt.

Tabelle 36: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten

	Leitfrage	Erläuterungen mit Quellenangabe
Einfluss auf Voraussetzungen der Leistungserbringung	Änderung des Ortes der medizinischen Versorgung	<i>Implikationen in Bezug auf Änderungen des Ortes der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die an einer Depression leiden, sind nicht zu erwarten.</i> Psychotherapie für Kinder und Jugendliche wird in Deutschland im ambulanten, im teilstationären wie auch im stationären Setting angeboten [6]. Dies sind auch die Orte, an denen Kinder und Jugendliche mit Depression generell diagnostiziert und behandelt werden. Erste Anlaufstelle bei Verdacht auf eine Depression können Hausärztin oder Hausarzt, Kinderärztin oder -arzt, psychosoziale Beratungsstellen und Sozialpsychiatrische Dienste sein. Diese können den Bedarf einer Psychotherapie erkennen, stellen jedoch keine Diagnose für eine Depression und bieten keine Psychotherapie an [280]. Bei Kindern und Jugendlichen wird empfohlen, dass die Diagnose einer Depression nur von dafür ausgebildetem Fachpersonal gestellt wird. Dazu gehören Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit spezieller Fachkunde für Kinder- und Jugendpsychotherapie. Auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zählen dazu, wobei jenen Fachberufen Vorrang gegeben werden soll, die über spezielle Kenntnisse betreffend die entwicklungspsychologisch und -psychopathologisch begründete Vielfalt der klinischen Erscheinungsformen depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter verfügen [6].
	Änderungen bei den Qualifikationsanforderungen für die Leistungserbringer / zusätzliches oder reduziertes Personal	<i>Implikationen in Bezug auf Änderung bei Qualifikationsanforderungen für Leistungserbringer sind teilweise zu erwarten. Auswirkungen auf zusätzliches Personal sind zu erwarten.</i> Qualifikationsanforderungen: Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen kann in Deutschland von speziell dafür ausgebildetem Fachpersonal durchgeführt werden. Dies umfasst - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (Weiterbildung nach einem Psychologie- oder [sozial-]pädagogischen Studium) - Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit Zusatzqualifikation

(Fortsetzung)

Tabelle 36: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten
(Fortsetzung)

	Leitfrage	Erläuterungen mit Quellenangabe
		Während Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische und psychoanalytische Verfahren bereits als Ausbildungsschwerpunkte in der Psychotherapie-Ausbildung enthalten sind, müsste interpersonelle Psychotherapie in die Ausbildung noch aufgenommen werden. Sie ist jedoch aktuell für Kinder und Jugendliche in Deutschland vom BGA nicht anerkannt [13,285]. Zusätzliches Personal Einem Bericht des Robert Koch-Instituts zufolge liegt die generelle Behandlungsquote von Depression in Deutschland bei 50 %. Bei Kindern und Jugendlichen könnte sie aufgrund der erschwerten Diagnostik durch die Überlagerung von Verhaltensproblemen wie Aggression, Lerndefiziten und Komorbiditäten (zum Beispiel Alkoholkonsum) sogar noch geringer sein [20]. Kinder und Jugendliche warten im Schnitt 2 Monate bis zum diagnostischen Erstgespräch und 4,5 Monate auf einen Therapieplatz [125]. Unter anderem könnte zusätzliches Fachpersonal (auf Kassenplätzen) helfen, Kinder und Jugendliche mit Depression rascher zu diagnostizieren und ausreichend mit Psychotherapie zu behandeln.
	Änderungen bei den Anforderungen an Personal, Material und Organisation der Leistungserbringung (Strukturqualität)	<i>Die Umsetzung von Psychotherapie stellt Anforderungen an das Personal, Material und Organisation der Leistungserbringung.</i> Die Erbringung von Psychotherapie setzt eine anerkannte Ausbildung voraus. In Deutschland dürfen sich Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie pädagogische Berufsgruppen nach Abschluss einer universitären Ausbildung in Psychotherapie weiterbilden. Die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird in der Regel von den Auszubildenden selbst finanziert [125]. In Deutschland attestierte das Robert Koch-Institut 2008 ein Ost-West-Gefälle bezüglich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem 4-fach verminderten Anteil an Fachpersonal in den neuen Bundesländern. Auch ein Stadt-Land-Unterschied mit geringerer Versorgungsdichte in ländlichen Bereichen war zu beobachten [125]. Die zusätzlich langen Wartezeiten auf psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind zudem ein Indiz für Unterversorgung, die auch in Regionen mit relativ hohem Versorgungsgrad vorhanden zu sein scheint. Um eine ähnliche Versorgungsdichte mit Psychotherapie in ganz Deutschland

(Fortsetzung)

Tabelle 36: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten
(Fortsetzung)

	Leitfrage	Erläuterungen mit Quellenangabe
		zu gewährleisten, müssten unterversorgte Regionen mit zusätzlichem Fachpersonal ausgestattet werden und müsste mehr Fachpersonal ausgebildet werden [125]. Laut aktueller KiGGs-Studie wurde das Versorgungsangebot in Deutschland in den vergangenen Jahren jedoch ausgebaut. Die kassenärztlichen Stellen von Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten haben sich von 2003 (557) bis 2017 (1062) fast verdoppelt [123]. Zudem gibt es mittlerweile die Möglichkeit, dass Personen, die innerhalb einer angemessenen Wartezeit (bei Kindern und Jugendlichen bis zu 6 Wochen) keinen Therapieplatz bekommen, Fachpersonal ohne Kassenzulassung in Anspruch nehmen und die Behandlungskosten der Krankenkasse in Rechnung stellen können [125]. Die BELLA-Studie fand folgende Hauptgründe für fehlende Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen: - Unsicherheit, ob das Gesundheitsproblem ernst genug ist - Sorge darüber, was andere denken (Stigmatisierung) - kein Wissen darüber, an wen sie sich wenden sollen [117] Mehr Aufklärung in der Bevölkerung über die Häufigkeit und Anzeichen einer Depression bei Kindern und Jugendlichen sowie über zuständige Anlaufstellen scheint hier dringend erforderlich zu sein.
Einfluss auf Prozesse	Alternative Technologien für dieselbe Fragestellung	<i>Der verstärkte Einsatz von Psychotherapie könnte einen Einfluss auf alternative Technologien haben. Es wurde jedoch keine Studie identifiziert, die diesen Zusammenhang beobachtet hat.</i> Laut letztgültiger AWMF-Leitlinie wird bei Kindern und Jugendlichen mit Depression bei leichten Formen alternativ zu einer Psychotherapie aktives Abwarten empfohlen. Bei schweren Formen oder Nichtansprechen der Psychotherapie wird eine Behandlung mit dem Antidepressivum Fluoxetin empfohlen (allein oder in Kombination mit Psychotherapie). Die Kosten werden für alle Behandlungsformen von den Krankenkassen übernommen [6].

(Fortsetzung)

Tabelle 36: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten (Fortsetzung)

	Leitfrage	Erläuterungen mit Quellenangabe
	Nutzung von Gesundheitsleistungen / Ressourcen	<i>Der Einsatz von Psychotherapie bringt Implikationen in Bezug auf Nutzung von Gesundheitsleistungen / Ressourcen mit sich.</i> Psychotherapie können die gleichen Fachleute durchführen, die für aktives Abwarten und Antidepressiva-Therapie zuständig sind, zusätzlich können auch Nicht-Medizinerinnen und Nicht-Mediziner mit psychotherapeutischer Ausbildung dies übernehmen (all jene, die eine Diagnose für Depression bei Kindern und Jugendlichen stellen können). Antidepressiva können nur von Medizinerinnen und Medizinern verordnet werden. Wird Psychotherapie statt Antidepressiva-Behandlung umgesetzt, kann es zu einer Verlagerung von Leistungen kommen. Zudem ist die Durchführung einer Psychotherapie ressourcenintensiver als eine medikamentöse Therapie oder aktives Abwarten (siehe A4).
	Kommunikations- und Kooperationsformen	<i>Der Einsatz von Psychotherapie erfordert Abstimmung mit anderen Leistungserbringern und Personengruppen.</i> Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Kinderärztinnen und -ärzte, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter können Anzeichen depressiver Symptome bei Kindern und Jugendlichen erkennen. Eine gute Kommunikation und Kooperation dieser Berufsgruppen mit spezialisiertem Fachpersonal ist für die Diagnostik und adäquate Versorgung notwendig. Ebenso ist die Kooperation der Erziehungsberechtigten sowie der betroffenen Kinder und Jugendlichen erforderlich [280]. Da sich Kinder und Jugendliche meist im Schulalltag befinden, ist es auch notwendig, Pädagoginnen / Pädagogen miteinzubeziehen, damit eine zeitintensive Psychotherapie auch neben schulischen Verpflichtungen umsetzbar ist.
Weitere Aspekte	Interessengruppen	- Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner: Sie sind für die meisten Personen, die an Depression leiden, erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen [286]. - Kinderärztinnen und Kinderärzte - Pädagoginnen / Pädagogen - Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen / -therapeuten - Fachärztinnen / Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Erziehungsberechtigte - Kinder und Jugendliche - Hersteller und Händler von Antidepressiva

(Fortsetzung)

Tabelle 36: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten
(Fortsetzung)

	Leitfrage	Erläuterungen mit Quellenangabe
	Akzeptanz	Patientinnen / Patienten: Eine qualitative Studie unter Jugendlichen zeigte, dass diese Psychotherapie gegenüber einer medikamentösen Behandlung bevorzugen. Einige Jugendliche formulierten Abneigungen gegenüber einer Behandlung mit Antidepressiva, da sie Abhängigkeiten und Einschnitte in die Autonomie befürchteten und diese Behandlung lediglich als unterstützend, nicht jedoch als problemlösend empfanden. Andere wiederum empfanden die Kombination aus Psychotherapie und Antidepressivum als hilfreich [112]. Studien bei Kindern, die KVT erhielten, zeigten, dass diese die Therapie grundsätzlich akzeptierten. Das erneute Aufleben von Traumata führte jedoch bei einigen Kindern zum Therapieabbruch [121]. Auch der Ort der Therapie könnte Einfluss auf die Akzeptanz haben. Manche Kinder hätten gerne die Therapie zu Hause anstatt in einer Klinik wahrgenommen [121]. Erziehungsberechtigte: Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigte sind teilweise besorgt, was Kinder und Jugendliche in der Therapie erzählen und wie die Therapie die Beziehung zum eigenen Kind beeinflusst beziehungsweise was die Therapeutin / der Therapeut von ihnen denken könnte. Eltern, die das Gefühl hatten, in die Therapie einbezogen zu werden, berichteten über weniger Spannungen mit den Therapeutinnen / Therapeuten [121]. Gesundheitsfachberufe: Psychotherapie ist seit vielen Jahrzehnten eine anerkannte Behandlungsform von Depressionen und wird bei Kindern und Jugendlichen als Therapie erster Wahl empfohlen.
	Planung von Kapazitäten, Investitionen	Die Kosten für eine Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression werden von den Krankenkassen übernommen, sofern die vom G-BA akzeptierten Psychotherapieverfahren gewählt werden. Trotz Ausbaus von Therapieplätzen in den vergangenen Jahren liegt laut der aktuellen BELLA-Studie in Deutschland eine Unterversorgung mit Therapieplätzen für Kinder und Jugendliche vor [117].

(Fortsetzung)

Tabelle 36: Informationsaufbereitung zu den identifizierten organisatorischen Aspekten
(Fortsetzung)

	Leitfrage	Erläuterungen mit Quellenangabe
		Um eine adäquate und flächendeckende Versorgung gewährleisten zu können, müssen ausreichend Ausbildungs- sowie Therapieplätze in ganz Deutschland bereitstehen, die es in allen Regionen (sowohl Ost- als auch Westdeutschland, sowohl Stadt als auch Land) ermöglichen, schnell und zielgerichtet Hilfe im Falle einer Depression bei Kindern und Jugendlichen zu erlangen.
Abkürzungen: AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; BELLA: BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten; ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10; KiGGs: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; KVT: kognitive Verhaltenstherapie		

A6 Literatur

1. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10-GM Version 2020) [online]. [Zugriff: 30.01.2020]. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>.
2. Petermann F. Depressive Kinder und Jugendliche. Monatsschrift Kinderheilkunde 2011; 159(10): 985-994.
3. Schulte-Körne G. Affektive Störungen. In: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Remschmidt u.a., Georg Thieme Verlag KG Stuttgart; 2020. S. 252-265.
4. Petermann F. Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Gesundheitswesen 2012; 74(08/09): 533-540. 533.
5. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet 2018; 392(10159): 1789-1858.
6. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). AWMF-Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 2013. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-043l_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07-abgelaufen.pdf.
7. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [online]. 03.01.2017 [Zugriff: 08.04.2020]. URL: <https://www.who.int/publications-detail/depression-global-health-estimates>.
8. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2015; 56(3): 345-365.
9. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. The Lancet 2012; 379(9820): 1056-1067.
10. Klasen F, Petermann F, Meyrose A-K, Barkmann C, Otto C, Haller A-C et al. Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung 2016; 25(1): 10-20.
11. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. Am J Psychiatry 2000; 157(10): 1584-1591.

12. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Leitlinie Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen [online]. [Zugriff: 30.01.2020]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-043.html>.
13. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie - in Kraft getreten am 24. Januar 2020 [online]. [Zugriff: 31.03.2020]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>.
14. Quaschner K, Matthejat F. Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Remschmidt u.a., Georg Thieme Verlag KG Stuttgart; 2020. S. 435-477.
15. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Pressemitteilung - Arbeitsprogramme 2020: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen [online]. [Zugriff: 31.03.2020]. URL: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/841/#systemische-therapie-bei-kindern-und-jugendlichen>.
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Psychotherapie für Kinder und Jugendliche: Kontingente und Bewilligungsschritte [online]. [Zugriff: 07.01.2021]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Kinder_Jugendliche.pdf.
17. Theisen FM, Fleischhaker C. Medikamentöse Behandlung. In: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Remschmidt u.a., Georg Thieme Verlag KG Stuttgart; 2020. S. 486-503.
18. Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet 2016; 388(10047): 881-890.
19. Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; (11).
20. Wittchen H, Jacobi F, Klose M, Ryl L. Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51; Robert Koch-Institut; Berlin. 2010.
21. Kropp P, Meyer B, Dresler T, Fritsche G, Gaul C, Niederberger U et al. Entspannungsverfahren und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung der Migräne. Der Schmerz 2017; 31(5): 433-447.
22. Wölflé S, Jost D, Oades R, Schlack R, Hölling H, Hebebrand J. Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). European Child & Adolescent Psychiatry 2014; 23(9): 753-764.

23. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007; 50(5): 871-878.
24. Journal of Health Monitoring. KiGGS Welle 2 - Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland [online]. 30.01.2020 [Zugriff: 08.04.2020]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/JoHM_04_2018_KiGGS-Welle2_Inanspruchnahme_medizinischer_Leistungen.pdf?_blob=publicationFile.
25. Hintzpeter B, Klasen F, Schön G, Voss C, Hölling H, Ravens-Sieberer U et al. Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. European Child & Adolescent Psychiatry 2015; 24(6): 705-713.
26. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KdÖR). Bundesmantelvertrag: Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Fassung vom 2.2.2017, in Kraft ab 15.4.2019 [online]. [Zugriff: 30.01.2020]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf.
27. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press; 2015.
28. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups [online]. [Zugriff: 06.02.2020]. URL: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
29. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. Int J Technol Assess Health Care 2013; 29(2): 117-122.
30. European Network for Health Technology Assessment. EUnetHTA HTA adaptation toolkit: work package 5; version 5 [online]. 10.2011 [Zugriff: 29.10.2019]. URL: https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2011/01/EUnetHTA_adptation_toolkit_2011_version_5.pdf.
31. Hofmann B, Droste S, Oortwijn W, Cleemput I, Sacchini D. Harmonization of ethics in health technology assessment: a revision of the Socratic approach. Int J Technol Assess Health Care 2014; 30(1): 3-9.
32. Lysdahl KB, Mozygemba K, Burns J, Chilcott JB, Brönneke JB, Hofmann B. Guidance for assessing effectiveness, economic aspects, ethical aspects, socio-cultural aspects and legal aspects in complex technologies [online]. 01.02.2016 [Zugriff: 29.07.2019]. URL: https://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.

33. Mozygemba K, Hofmann B, Lysdahl KB, Pfadenhauer L, Van der Wilt G, Gerhardus A. Guidance to assess socio-cultural aspects [online]. In: Lysdahl KB, Mozygemba K, Burns L, Chilcott JB, Brönneke JB, Hofmann B (Ed). Guidance for assessing effectiveness, economic aspects, ethical aspects, socio-cultural aspects and legal aspects in complex technologies. 01.02.2016 [Zugriff: 29.07.2019]. URL: https://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.
34. Perleth M, Gibis B, Velasco Garrido M, Zentner A. Organisationsstrukturen und Qualität. In: Perleth M, Busse R, Gerhardus A, Gibis B, Zentner A (Ed). Health Technology Assessment: Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2014. S. 265-279.
35. Brönneke JB, Hofmann B, Bakke Lysdal K, Van der Wilt G, Buchner B. Guidance to assess legal aspects [online]. In: Lysdahl KB, Mozygemba K, Burns J, Chilcott JB, Brönneke JB, Hofmann B (Ed). Guidance for assessing effectiveness, economic aspects, ethical aspects, socio-cultural aspects and legal aspects in complex technologies. 01.02.2016 [Zugriff: 29.07.2019]. URL: https://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.
36. Chi X, Bo A, Liu T, Zhang P, Chi I. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology* 2018; 9: 1034.
37. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; (11): CD008324.
38. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H et al. Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020; 18: 18.
39. Davaasambuu S, Hauwadhanasuk T, Matsuo H, Szatmari P. Effects of interventions to reduce adolescent depression in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 2020; 123: 201-215.
40. Dubicka B, Elvins R, Roberts C, Chick G, Wilkinson P, Goodyer IM. Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2010; 197(6): 433-440.
41. Forti-Buratti MA, Saikia R, Wilkinson EL, Ramchandani PG. Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 25(10): 1045-1054.

42. Liang JH, Li J, Wu RK, Li JY, Qian S, Jia RX et al. Effectiveness comparisons of various psychosocial therapies for children and adolescents with depression: a Bayesian network meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020; 19: 19.
43. O'Connor E, Gaynes B, Burda BU, Williams C, Whitlock EP. Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality 2013: 04.
44. Pu J, Zhou X, Liu L, Zhang Y, Yang L, Yuan S et al. Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research* 2017; 253: 226-232.
45. Tindall L, Mikocka-Walus A, McMillan D, Wright B, Hewitt C, Gascoyne S. Is behavioural activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 2017; 90(4): 770-796.
46. Yang L, Zhou X, Zhou C, Zhang Y, Pu J, Liu L et al. Efficacy and Acceptability of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic pediatrics* 2017; 17(1): 9-16.
47. Zhou X, Teng T, Zhang Y, Del Giovane C, Furukawa TA, Weisz JR et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(7): 581-601.
48. Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2015; 14(2): 207-222.
49. Tang A. A systematic review of combination antidepressant medication and psychotherapy in children and adolescents with unipolar depression. 2017.
50. Hall T, Mazzucchelli T. Behavioural interventions for depression in children and adolescents: protocol for a systematic review and meta-analysis. 2018.
51. Krause K, Midgley N, Edbrooke-Childs J, Wolpert M. A comprehensive mapping of outcomes following psychotherapy for adolescent depression: The perspectives of young people, their parents and therapists. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020.
52. Krause KR, Chung S, Adewuya AO, Albano AM, Babins-Wagner R, Birkinshaw L et al. International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. *The Lancet Psychiatry* 2021; 8(1): 76-86.

53. Suhrcke M, Pillas D, Selai C. Economic aspects of mental health in children and adolescents. WHO European Office; 2007. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/76485/Hbsc_Forum_2007_economic_aspects.pdf.
54. Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie [online]. [Zugriff: 01.07.2020]. URL: <https://www.dft-online.de/>.
55. Deutsche Gesellschaft für Interpersonelle Psychotherapie (DG-IPT). E-Mail-Korrespondenz mit Frau Prof. Dr.phil., Dipl.Psych. Elisabeth Schramm vom 14.12.2020. 2020. URL: <https://www.dg-ipt.de>.
56. Nußbaumer-Streit B, Titscher V, Wagner G, Zechmeister-Koss I, Stanak M, Strohmaier C et al. Herbst-Winter-Depression: Führen nicht medikamentöse Verfahren wie Licht- und Vitamintherapie zu besseren Ergebnissen? Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): 2020. URL: <https://www.themencheck-medizin.iqwig.de/media/download/ae12f719-9bfb-4fcf-949a-bdaa89725849>.
57. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP). Entspannungsverfahren : Progressive Relaxation (PR) - Leit- und Richtlinien [online]. [Zugriff: 02.07.2020]. URL: https://entspannungsverfahren-bdp.de/leit-richtlinien/dateien/PR-Leit_und_Richtlinien.pdf.
58. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Jama* 2004; 292(7): 807-820.
59. Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *Bmj* 2007; 335(7611): 142.
60. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. England: NIHR Health Technology Assessment programme; 2008.
61. Clarke G, DeBar LL, Pearson JA, Dickerson JF, Lynch FL, Gullion CM et al. Cognitive Behavioral Therapy in Primary Care for Youth Declining Antidepressants: A Randomized Trial. *Pediatrics* 2016; 137(5).

62. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(10): 1132-1143.
63. Emslie G, Kratochvil C, Vitiello B, Silva S, Mayes T, McNulty S et al. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): safety results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45(12): 1440-1455.
64. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J et al. 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* 2017; 4(2): 109-119.
65. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J et al. Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2017; 21(12): 1-94.
66. Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M et al. Switching to Another SSRI or to Venlafaxine With or Without Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents With SSRI-Resistant Depression: The TORDIA Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2008; 299(8): 901-913.
67. Emslie GJ, Mayes T, Porta G, Vitiello B, Clarke G, Wagner KD et al. Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): week 24 outcomes. *The American journal of psychiatry* 2010; 167(7): 782-791.
68. Byford S, Barrett B, Roberts C, Wilkinson P, Dubicka B, Kelvin RG et al. Cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors and routine specialist care with and without cognitive behavioural therapy in adolescents with major depression. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191: 521-527.
69. Lynch FL, Dickerson JF, Clarke G, Vitiello B, Porta G, Wagner KD et al. Incremental cost-effectiveness of combined therapy vs medication only for youth with selective serotonin reuptake inhibitor-resistant depression: treatment of SSRI-resistant depression in adolescents trial findings. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68(3): 253-262.
70. Domino ME, Burns BJ, Silva SG, Kratochvil CJ, Vitiello B, Reinecke MA et al. Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: results from TADS. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165(5): 588-596.

71. Domino ME, Foster EM, Vitiello B, Kratochvil CJ, Burns BJ, Silva SG et al. Relative cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: 36-week results from the TADS randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009; 48(7): 711-720.
72. Dickerson JF, Lynch FL, Leo MC, DeBar LL, Pearson J, Clarke GN. Cost-effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Youth Declining Antidepressants. *Pediatrics* 2018; 141(2): 02.
73. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Lelliott P, Beevor A, Wing J et al. Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). *British Journal of Psychiatry* 1999; 174(5): 413-416.
74. Poznanski EO, Grossman JA, Buchsbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1984; 23(2): 191-197.
75. Endicott J, Nee J, Yang R, Wohlberg C. Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q): Reliability and Validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45(4): 401-407.
76. Williams A. The role of the EuroQol Instrument in QALY Calculations. Centre for Health Economics 1995; Discussion Paper 130. University of York.
77. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37(1): 53-72.
78. Manca A, Hawkins N, Sculpher MJ. Estimating mean QALYs in trial-based cost-effectiveness analysis: the importance of controlling for baseline utility. *Health Economics* 2005; 14(5): 487-496.
79. Kind P. The EuroQol Instrument: An Index of Health Related Quality Of Life. In Spilker B, editor *Quality of Life and Pharmacoeconomics* Philadelphia, PA: Lippincott-Raven 1996.
80. Byford S. The validity and responsiveness of the EQ-5D measure of health-related quality of life in an adolescent population with persistent major depression. *Journal of Mental Health* 2013; 22(2): 101-110.
81. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Guide to the Methods of Technology Appraisal*. London. 2013.
82. Bhatia R. Childhood Depression [online]. [Zugriff: 26.05.2020]. URL: <https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/consumer/childhood-depression>.

83. Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal Behavior in Children Younger than Twelve: A Diagnostic Challenge for Emergency Department Personnel. *Academic Emergency Medicine* 2007; 14: 818.
84. Nelson EA. Ethical concerns associated with childhood depression. *Bioethics forum* 2002; 18(3-4): 55-62.
85. Koocher GP. Ethical issues in psychotherapy with adolescents. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59(11): 1247-1256.
86. Sondheimer A. Ethics and Child and Adolescent Psychiatry. *Psychiatric Times* 2010; 27(6).
87. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Cannelle BL, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence [corrected] [published erratum appears in *NURS RES* 2006 Nov-Dec;55(6):446]. *Nursing Research* 2006; 55(5): 308-315.
88. Masselink M, Van Roekel E, Oldehinkel AJ. Self-esteem in Early Adolescence as Predictor of Depressive Symptoms in Late Adolescence and Early Adulthood: The Mediating Role of Motivational and Social Factors. *Journal of Youth & Adolescence* 2018; 47(5): 932-946.
89. Thabrew H, Stasiak K, Hetrick SE, Donkin L, Huss JH, Highlander A et al. Psychological therapies for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 12: CD012488.
90. Lerner G. Integrating family therapy in adolescent depression: an ethical stance. *Journal of Family Therapy* 2009; 31: 232.
91. Gould MS, Greenberg TED, Velting DM, Shaffer D. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 42(4): 386-405.
92. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *American Family Physician* 2007; 75(1): 73-80.
93. Garber J, Ciesla JA, McCauley E, Diamond G, Schloedt KA. Remission of depression in parents: links to healthy functioning in their children. *Child development* 2011; 82(1): 226-243.
94. Lewis CC, Simons AD, Nguyen LJ, Murakami JL, Reid MW, Silva SG et al. Impact of childhood trauma on treatment outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2010; 49(2): 132-140.
95. Picouto MD, Braquehais MD. Use of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: clinical considerations. *International Journal of Adolescent Medicine & Health* 2013; 25(3): 213-219.

96. Weitkamp K, Klein E, Midgley N. The experience of depression: A qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. *Global Qualitative Nursing Research* 2016; 3: 1-12.
97. Cullen K, Klimes-Dougan B, Kumra S. Pediatric depression: issues and treatment recommendations. *Minnesota Medicine* 2009; 92(3): 45-48.
98. Sparks JA. Taking a stand: Challenging medical discourse. *Journal of Marital and Family Therapy* 2002; 28(1): 51-59.
99. Cohan JA. Psychiatric ethics and emerging issues of psychopharmacology in the treatment of depression. *The Journal of contemporary health law and policy* 2003; 20.
100. Lidz CW, Parker LS. Issues of ethics and identity in diagnosis of late life depression. *Ethics Behav* 2003; 13(3): 249-262.
101. Martin MW. Depression and Identity. In: *From Morality to Mental Health*. New York: Oxford University Press; 2006. URL: <http://www.oxfordscholarship.com/10.1093/0195304713.001.0001/acprof-9780195304718-chapter-12>.
102. Rasic D, Asbridge M, Kisely S, Langille D. Longitudinal associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk among adolescents in Nova Scotia. *Canadian Journal of Psychiatry* 2013; 58(5): 291-299.
103. Kramer P. *Listening to Prozac*. New York: Penguin; 1997.
104. Stewart. RS. Hacking the blues: The construction of the depressed adolescent. *International journal of Applied Philosophy* 2001; 15(2): 2019-2237.
105. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. In: *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. Leicester (UK): British Psychological Society Copyright © 2005, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2005.
106. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Ethical Issues in Clinical Practice [online]. [Zugriff: 28.05.2020]. URL: https://www.aacap.org/AACAP/Member_Resources/Ethics/Ethics_Committee/Ethical_Issues_in_Clinical_Practice.aspx.
107. Coffman C, Barnett JE. Informed consent with children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.05.2020]. URL: <http://www.societyforpsychotherapy.org/informed-consent-with-children-and-adolescents>.

108. O'Keeffe S, Martin P, Target M, Midgley N. 'I just stopped going': A mixed methods investigation into types of therapy dropout in adolescents with depression. *Frontiers in Psychology* Vol 10 2019, ArtID 75 2019; 10.
109. Rodriguez del Pozo P. Confidential mental health treatment for adolescents. *Virtual Mentor* 2012; 14(9): 695-700.
110. Løvgren A, Røssberg JI, Nilsen L, Engebretsen E, Ulberg R. How do adolescents with depression experience improvement in psychodynamic psychotherapy? A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 95.
111. NHS. Treatment: Clinical depression [online]. [Zugriff: 18.05.2020]. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/clinical-depression/treatment/>.
112. Maroun RA, Thackeray LA, Midgley N. Meaning and medication: a thematic analysis of depressed adolescents' views and experiences of SSRI antidepressants alongside psychological therapies. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 374.
113. Brent DA. Antidepressants and pediatric depression--the risk of doing nothing. *New England Journal of Medicine* 2004; 351(16): 1598-1601.
114. Pyne JM, Fortney JC, Tripathi S, Feeny D, Ubel P, Brazier J. How bad is depression? Preference score estimates from depressed patients and the general population. *Health services research* 2009; 44(4): 1406-1423.
115. Lynch FL, Hornbrook M, Clarke GN, Perrin N, Polen MR, O'Connor E et al. Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62(11): 1241-1248.
116. Carlberg G, Thorén A, Billström S, Odhammar F. Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy* 2009; 35(2): 175-193.
117. Klasen F, Meyrose AK, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberger U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2017; 165(5): 402-407.
118. Selles RR, Zepeda R, Dane BF, Novoa JC, Gutfreund D, Nelson R et al. Parental Perceptions of Mental Health Care for Children in El Salvador. *Journal of Child and Family Studies* 2015; 24(11): 3396-3401.
119. Nagayama Hall GC, Kim-Mozeleski JE, Zane NW, Sato H, Huang ER, Tuan M et al. Cultural Adaptations of Psychotherapy: Therapists' Applications of Conceptual Models with Asians and Asian Americans. *Asian American journal of psychology* 2019; 10(1): 68-78.

120. Stevens J, Wang W, Fan L, Edwards MC, Campo JV, Gardner W. Parental Attitudes Toward Children's Use of Antidepressants and Psychotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2009; 19(3): 289-296.
121. Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2016; 20(69): 1-508.
122. Cossu G, Cantone E, Pintus M, Cadoni M, Pisano A, Otten R et al. Integrating children with psychiatric disorders in the classroom: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2015; 11(Supplement 1): 41-57.
123. Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends; Robert Koch-Institut, Berlin. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3 (3).
124. Hoffmann F, Petermann F, Glaeske G, Bachmann CJ. Prevalence and Comorbidities of Adolescent Depression in Germany. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2012; 40(6): 399-404.
125. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U. Psychotherapeutische Versorgung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41; Robert Koch-Institut, Berlin. 2008.
126. Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Drs. 17/10488, 23 [online]. [Zugriff: 15.11.2020]. URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/104/1710488.pdf>.
127. Bundesgerichtshof 15.03.2005, VI ZR 313/03.
128. Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK). Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Fassung der Beschlüsse des 7. Deutschen Psychotherapeutentages [online]. [Zugriff: 15.11.2020]. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20060113_musterberufsordnung.pdf.
129. Spickhoff A (Ed). *Medizinrecht*³. München: C.H.Beck; 2018.
130. Laufs A, Kern BR. Handbuch des Arztrechts [online]. [Zugriff: 12.11.2020]. URL: https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata/komm/LauKeHdbArztR_4/cont/LauKeHdbArztR%2Ehtm.
131. Bundesgerichtshof 05.12.1958, VI ZR 266/57.
132. Bürgerliches Gesetzbuch.
133. Bundesgerichtshof 10.10.2006, AZ VI ZR 74/05.

134. Wybitul T. Handbuch EU-Datenschutz-Grundverordnung. Frankfurt am Main: Fachmedien Recht und Wirtschaft 2017.
135. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) [online]. [Zugriff: 12.11.2020]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/.
136. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Gutachtertätigkeit für die ambulante Psychotherapie [online]. [Zugriff: 15.01.2020]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinfo_spezial_PT-Gutachter.pdf.
137. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Entwicklung einer Befragung für Patientinnen und Patienten zu ihrer ambulanten Psychotherapie [online]. [Zugriff: 15.01.2020]. URL: https://iqtig.org/dateien/datenerfassung/befragungen/2020-05-11-IQTIG_Aufruf_Standard-Pretest-Ambulante_PT.pdf.
138. Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK). Ab 2022: Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens [online]. [Zugriff: 15.01.2020]. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/10/20191007_pm_bptk_Qualitätssicherung-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf.
139. NICE. Depression in children and young people: identification and management [online]. [Zugriff: 08.04.2019]. (NICE guideline). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>.
140. Mew EJ, Monsour A, Saeed L, Santos L, Patel S, Courtney DB et al. Systematic scoping review identifies heterogeneity in outcomes measured in adolescent depression clinical trials. J Clin Epidemiol 2020; 126: 71-79.
141. Axelsdottir B, Eidet LM, Dahlgren A, Hammerstrom K, Bjorndal A, Sund AM. Kunnskapsoppsummering: effekt av tiltak for depresjon hos barn og unge. Håndbok for barn og unges psykiske helse: oppsummert forskning om effekt av tiltak [online]. [Zugriff: 18.12.2020]. URL: <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-depresjon/oppsummert-om-depresjon>.
142. Axelsdottir B, Dahlgren A, Bjorndal A, Sund AM, Hammerstrom K. A review of systematic reviews: interventions for depression in children and adolescents [online]. [Zugriff: 18.12.2020]. URL: https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display_record.php?RecordID=159883.
143. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. Frontiers in Psychiatry 2020; 11: 717.

144. Viswanathan M, Kennedy SM, McKeemann J, Christian R, Coker-Schwimmer M, Cook Middleton J et al. Treatment of Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review. Agency for Healthcare Research and Quality; 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555853/>.
145. Oberste M, Medele M, Javelle F, Lioba Wunram H, Walter D, Bloch W et al. Physical Activity for the Treatment of Adolescent Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in physiology* 2020; 11: 185-185.
146. Axelsdóttir B, Biedilæ S, Sagatun Å, Nordheim LV, Larun L. Review: Exercise for depression in children and adolescents – a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health* 2020.
147. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management - NICE Guideline [online]. [Zugriff: 01.07.2020]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>.
148. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc* 2015; 13(3): 132-140.
149. Pollock M, Fernandes RM, Becker LA, Pieper D, Hartling L. Chapter V: Overview of Reviews. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ et al (Ed). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Cochrane; 2020. URL: www.training.cochrane.org/handbook.
150. Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR, Sheldon TA, Song F. *Methods for meta-analysis in medical research*. Chichester: Wiley; 2000.
151. Veroniki AA, Jackson D, Viechtbauer W, Bender R, Knapp G, Kuss O et al. Recommendations for quantifying the uncertainty in the summary intervention effect and estimating the between-study heterogeneity variance in random-effects meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (Suppl 1): 25-27.
152. Statistisches Bundesamt (DE-Statist). Harmonisierter Verbraucherpreisindex (inkl. Veränderungsraten) [online]. [Zugriff: 06.02.2020]. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online/data?operation=table&code=61121-0001&levelindex=0&levelid=1580977447721>.
153. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Assessing the Evidence for Health Care Decision Makers [online]. [Zugriff: 06.02.2020]. URL: <https://www.healthstudyassessment.org/>.
154. Xie P, Zhou X, Cipriani A, Hetrick S, Cuijpers P, Coghill D et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychological interventions, and their combination for depressive disorder in children and adolescents: protocol for a network meta-analysis. 2015.

155. Qin B, Zhou X, Liu Y, Zhang Y, Xie P. Psychotherapy for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. 2014.
156. Arnberg A, Ost LG. CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2014; 43(4): 275-288.
157. Babowitch JD, Antshel KM. Adolescent treatment outcomes for comorbid depression and substance misuse: A systematic review and synthesis of the literature. *Journal of Affective Disorders* 2016; 201: 25-33.
158. Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangogyere P et al. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2019; 214(6): 320-328.
159. Bunge EL, Dickter B, Jones MK, Alie G, Spear A, Perales R. Behavioral intervention technologies and psychotherapy with youth: A review of the literature. *Current Psychiatry Reviews* 2016; 12(1): 14-28.
160. Calati R, Pedrini L, Alighieri S, Alvarez MI, Desideri L, Durante D et al. Is cognitive behavioural therapy an effective complement to antidepressants in adolescents? A meta-analysis. *Acta Neuropsychiatrica* 2011; 23(6): 263-271.
161. Dardas LA, van de Water B, Simmons LA. Parental involvement in adolescent depression interventions: A systematic review of randomized clinical trials. *International Journal of Mental Health Nursing* 2018; 27(2): 555-570.
162. Devenish B, Berk L, Lewis AJ. The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2016; 50(8): 726-740.
163. Duffy F, Sharpe H, Schwannauer M. Review: The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression - a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health* 2019; 24(4): 307-317.
164. Ebert DD, Zarski AC, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2015; 10(3): e0119895.
165. Eckshtain D, Kuppens S, Ugueto A, Ng MY, Vaughn-Coaxum R, Corteselli K et al. Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2020; 59(1): 45-63.

166. Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner AC et al. Screening for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2016; 164(5): 342-349.
167. Francis SE, Mezo PG, Fung SL. Self-control training in children: a review of interventions for anxiety and depression and the role of parental involvement. *Psychotherapy Research* 2012; 22(2): 220-238.
168. Garber J, Brunwasser SM, Zerr AA, Schwartz KT, Sova K, Weersing VR. Treatment and Prevention of Depression and Anxiety in Youth: Test of Cross-Over Effects. *Depression & Anxiety* 2016; 33(10): 939-959.
169. Garrido S, Millington C, Cheers D, Boydell K, Schubert E, Meade T et al. What Works and What Doesn't Work? A Systematic Review of Digital Mental Health Interventions for Depression and Anxiety in Young People. *Frontiers in Psychiatry* 2019; 10(no pagination): 759.
170. Keles S, Idsoe T. A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of Adolescence* 2018; 67: 129-139.
171. Ma D, Zhang Z, Zhang X, Li L. Comparative efficacy, acceptability, and safety of medicinal, cognitive-behavioral therapy, and placebo treatments for acute major depressive disorder in children and adolescents: a multiple-treatments meta-analysis. *Current Medical Research & Opinion* 2014; 30(6): 971-995.
172. Mychailyszyn MP, Elson DM. Working through the blues: A meta-analysis on Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Children and Youth Services Review* 2018; 87: 123-129.
173. Nocon A, Eberle-Sejari R, Unterhitzenberger J, Rosner R. The effectiveness of psychosocial interventions in war-traumatized refugee and internally displaced minors: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 2017; 8(sup2): 1388709.
174. Rice SM, Goodall J, Hetrick SE, Parker AG, Gilbertson T, Amminger GP et al. Online and Social Networking Interventions for the Treatment of Depression in Young People: A Systematic Review. *J Med Internet Res* 2014; 16(9): e206.
175. Spinhoven P, Klein N, Kennis M, Cramer AOJ, Siegle G, Cuijpers P et al. The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy* 2018; 106: 71-85.
176. Stiles-Shields C, Ho J, Mohr DC. A review of design characteristics of cognitive behavioral therapy-informed behavioral intervention technologies for youth with depression and anxiety. *Digital Health* 2016; 2: 2055207616675706.

177. Sun M, Rith-Najarian LR, Williamson TJ, Chorpita BF. Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2019; 48(sup1): S269-S283.
178. Tuerk PW, Keller SM, Acierno R. Treatment for Anxiety and Depression via Clinical Videoconferencing: Evidence Base and Barriers to Expanded Access in Practice. *Focus* 2018; 16(4): 363-369.
179. Weersing VR, Jeffreys M, Do MT, Schwartz KT, Bolano C. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2017; 46(1): 11-43.
180. Weisz JR, Kuppens S, Eckshtain D, Ugueto AM, Hawley KM, Jensen-Doss A. Performance of Evidence-Based Youth Psychotherapies Compared With Usual Clinical Care: A Multilevel Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(7): 750-761.
181. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Eckshtain D, Ugueto AM, Vaughn-Coaxum R et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist* 2017; 72(2): 79-117.
182. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression,. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. URL: <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de/>.
183. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 5.0 [online]. 10.07.2017 [Zugriff: 08.04.2020]. URL: https://www.iqwig.de/download/Allgemeine-Methoden_Version-5-0.pdf.
184. PVS Verband - Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) [online]. [Zugriff: 29.06.2020]. (Band 2020). URL: <https://www.pvs-se.de/unser-service/gebuehrenordnung-goae/>.
185. Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, Andrews J. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy* 1990; 21(4): 385-401.
186. Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E. A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy, Sertraline, and Their Combination for Adolescent Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45(10): 1151-1161.
187. Rosselló J, Bernal G, Rivera-Medina C. Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008; 14(3): 234-245.
188. Deutsche Gesellschaft für Interpersonelle Psychotherapie (DG-IPT). Was ist IPT? [online]. [Zugriff: 16.12.2020]. URL: <https://www.dg-ipt.de/was-ist-ipt>.

189. von Lucadou A, Schramm E. Interpersonelle Psychotherapie bei affektiven Störungen. PSYCH up2date 2018; 12(01): 39-54. 39.
190. ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. Aktuelle Zuzahlungsbefreiungsliste für Medikamente, Stand 03/07/2020 [online]. [Zugriff: 03.07.2020]. URL: <https://www.aponet.de/service/zuzahlungsbefreiung/zuzahlungsbefreiungsliste-fuer-medikamente/f.html>.
191. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Festbeträge - Stand 01. Juli 2020 (PDF) [online]. [Zugriff: 03.07.2020]. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/arzneimittel/festbeträge-und-zuzahlungen/>.
192. Bundesministerium für Gesundheit. Zuzahlung und Erstattung Arzneimittel [online]. [Zugriff: 15.03.2021]. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel.html>.
193. Lauer-Fischer GmbH. Lauer-Taxe® Online 4.0 [online]. [Zugriff: 15.10.2020]. URL: <https://www.cgm.com/lauer-fischer/loesungen/lf/lauer-taxa-lf/lauertaxe-online-4-0/online.de.jsp>.
194. InformedHealth.org [Internet]. Cologne GfQaEiHCl. Depression: Can relaxation techniques help? [online]. [Zugriff: 02.07.2020]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279277/?report=reader>.
195. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) [online]. [Zugriff: 03.07.2020]. URL: <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>.
196. Brettschneider C, Djadran H, Harter M, Lowe B, Riedel-Heller S, König HH. Cost-utility analyses of cognitive-behavioural therapy of depression: a systematic review. Psychotherapy & Psychosomatics 2015; 84(1): 6-21.
197. Efron B. Forcing a sequential experiment to be balanced. Biometrika 1971; 58(3): 403-417.
198. Daviss WB, Birmaher B, Melhem NA, Axelson DA, Michaels SM, Brent DA. Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. J Child Psychol Psychiatry 2006; 47(9): 927-934.
199. Costello EJ, Angold A. Scales to Assess Child and Adolescent Depression: Checklists, Screens, and Nets. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1988; 27(6): 726-737.
200. Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet MS. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. Arch Gen Psychiatry 1998; 55(7): 645-651.

201. Revicki DA, Wood M. Patient-assigned health state utilities for depression-related outcomes: differences by depression severity and antidepressant medications. *Journal of Affective Disorders* 1998; 48(1): 25-36.
202. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Washington, DC: US Government Printing Office: DHEW publication; 1976.
203. EuroQol Group. EQ-5D Products. 2010 [online]. [Zugriff: 11.2016]. URL: <http://www.euroqol.org/eq-5d-products.html>.
204. Barrett B, Byford S, Chitsabesan P, Kenning C. Mental health provision for young offenders: service use and cost. *British Journal of Psychiatry* 2006; 188(6): 541-546.
205. Curtis L. Unit Costs of Health and Social Care. Personal Social Services Research Unit 2004.
206. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) [online]. URL: www.meps.ahrq.gov/mepsweb/.
207. Kaskutas L, Witbrodt J, French MT. Outcomes and costs of day hospital treatment and nonmedical day treatment for chemical dependency. *Journal of Studies on Alcohol* 2004; 65(3): 371-382.
208. Costello EJ, Copeland W, Cowell A, Keeler G. Service costs of caring for adolescents with mental illness in a rural community, 1993-2000. *Am J Psychiatry* 2007; 164(1): 36-42.
209. Welch KW, Quirke M. Wisconsin Substance Abuse Treatment Capacity Analysis: 2000. Madison, Wisc.: University of Wisconsin Center for Health Policy and Program Evaluation; 2002.
210. SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration [online]. URL: <http://oas.samhsa.gov/2k4/costs/costs.pdf>.
211. Wisconsin Department of Health and Family Services. URL: <https://www.dhs.wisconsin.gov/>.
212. Texas Criminal Justice Policy Council.
213. Pennsylvania Department of Public Welfare. URL: <https://www.dhs.pa.gov/>.
214. Lynch FL, Striegel-Moore RH, Dickerson JF, Perrin N, Debar L, Wilson GT et al. Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. *Journal of consulting and clinical psychology* 2010; 78(3): 322-333.
215. British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society. British National Formulary 48. BMJ Books & Pharmaceutical Press 2004.
216. Joint Formulary Committee. British National Formulary. 64 ed. [online].
217. Department of Health. NHS Reference Costs 2004 [online].

218. Department of Health. NHS Reference Costs 2011-12 [online].
219. Ascher BH, Z. Farmer EM, Burns BJ, Angold A. The Child and Adolescent Services Assessment (CASA): Description and Psychometrics. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 1996; 4(1): 12-20.
220. Farmer EMZ, Angold A, Burns BJ, Costello EJ. Reliability of self-reported service use: Test-retest consistency of children's responses to the Child and Adolescent Services Assessment (CASA). *Journal of Child and Family Studies* 1994; 3(3): 307-325.
221. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. Cost-Effectiveness in Health and Medicine. Oxford University Press; 1996. URL: <https://books.google.at/books?id=HWttErwnBHsC>.
222. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unützer J, Lin EH, Walker EA et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10): 1638-1644.
223. Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ, Katon WJ, Rutter C, Unützer J et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care* 2002; 40(10): 941-950.
224. Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *Jama* 2001; 286(11): 1325-1330.
225. Office for Standards in Education, Children's Services and Skills (Ofsted). Ofsted Report [online]. [Zugriff: 04.06.2020]. URL: <https://reports.ofsted.gov.uk/>.
226. Berridge A, Beecham J, Brodie I, Cole T, Daniels H, Knapp M et al. Costs and consequences of services for troubled adolescents An exploratory, analytic study. 2002.
227. Curtis L. Unit Costs of Health and Social Care. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent 2012.
228. Centers for Medicare and Medicaid Services. State Drug Utilization Data [online]. URL: <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidDrug-RebateProgram/SDUD/list.asp>.
229. Ubel PA, Hirth RA, Chernew ME, Fendrick AM. What Is the Price of Life and Why Doesn't It Increase at the Rate of Inflation? *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(14): 1637-1641.
230. Braithwaite RS, Meltzer DO, King JT, Leslie D, Roberts MS. What Does the Value of Modern Medicine Say about the \$50,000 per Quality-Adjusted Life-Year Decision Rule? *Medical Care* 2008; 46(4): 349-356.
231. Wickersham A, Downs J, Sugg H, Ford T, Stewart R. The association between depression and later educational attainment in children and adolescents: a systematic review. 2019.

232. von Wyl A, Toggweiler S, Zollinger R. HoNOSCA-D As a Measure of the Severity of Diagnosed Mental Disorders in Children and Adolescents—Psychometric Properties of the German Translation. *Frontiers in Psychiatry* 2017; 8(186).
233. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. *Pediatrics* 2018; 141(3): e20174082.
234. Dunn V, Goodyer IM. Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 216-222.
235. Preston J. Pharmacologic treatment of depression: New developments and the need for an integrated approach. *Journal of Family Psychotherapy* 2006; 17(3-4): 35-52.
236. European Depression Association. Depression Manifesto [online]. [Zugriff: 09.04.2020]. URL: http://eddas.eu/wp-content/uploads/2016/04/DepressionManifesto_01_04.pdf.
237. Kemp DE, Malhotra S, Franco KN, Tesar G, Bronson DL. Heart disease and depression: don't ignore the relationship. *Cleve Clin J Med* 2003; 70(9): 745-746. 749-750, 752-744.
238. WHO Europe. Adolescent mental health in the European Region. Denmark: World Health Organization; 2018. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf?ua=1.
239. Vitiello B, Pearson JL. A depressed adolescent at high risk of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165(3): 323-328; quiz 408.
240. Siu AL, Force USPST. Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* 2016; 164(5): 360-366.
241. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; (1): CD003380.
242. Hart LM, Cropper P, Morgan AJ, Kelly CM, Jorm AF. teen Mental Health First Aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: Outcomes from a cluster randomised crossover trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2020; 54(4): 382-392.
243. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; (3): CD004691.

244. McMahon E, Corcoran P, O'Regan G, Keeley H, Cannon M, Carli V et al. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2017; 26(1): 111-122.
245. Sparks JA, Duncan BL. The ethics and science of medicating children. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2004; 6(1): 25-39.
246. Lewis G, Wen S, Pearson RM, Lewis G. The association between paternal depressogenic cognitive styles during pregnancy and offspring depressogenic cognitive styles: an 18-year prospective cohort study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 2018; 59(5): 604-614.
247. Gunlicks-Stoessel M, Westervelt A, Reigstad K, Mufson L, Lee S. The role of attachment style in interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Psychother Res* 2019; 29(1): 78-85.
248. Cain AC. Parent suicide: pathways of effects into the third generation. *Psychiatry* 2006; 69(3): 204-227.
249. Tran TV. Double jeopardy effect of perceived discrimination and lack of parental support on depression among adolescents of immigrant parents. *International Journal of Culture & Mental Health* 2018; 11(4): 667-678.
250. Zhang S, Baams L, van de Bongardt D, Dubas JS. Intra- and Inter-Individual Differences in Adolescent Depressive Mood: the Role of Relationships with Parents and Friends. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2018; 46(4): 811-824.
251. Memon AM, Sharma SG, Mohite SS, Jain S. The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: A systematized review of literature. *Indian J Psychiatry* 2018; 60(4): 384-392.
252. Lin LY, Sidani JE, Shensa A, Radovic A, Miller E, Colditz JB et al. ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL MEDIA USE AND DEPRESSION AMONG U.S. YOUNG ADULTS. *Depress Anxiety* 2016; 33(4): 323-331.
253. Parens E, Johnston J. Mental Health in Children and Adolescents. In: Crowley M (Ed). *From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns*. NY: The Hastings Center; 2008. S. 101-106. URL: <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/mental-health-in-children-and-adolescents/>.
254. Kielbasa AM, Pomerantz AM, Krohn EJ, Sullivan BF. How does clients' method of payment influence psychologists' diagnostic decisions? *Ethics & behavior* 2004; 14: 195.
255. Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPTK). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie - Wartezeiten 2018. 2018. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.

256. Bühring P. Ambulante Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Wege zu mehr Vernetzung. Dtsch Arztebl International 2018; 115(48): 2214-2216.
257. Bühring P. Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker: Gefragt ist der Gesetzgeber. Dtsch Arztebl International 2018; 115(31-32): 1422-.
258. Shapiro M. Teenage depression: If a parent doesn't get treatment for a child, is that abuse? [online]. [Zugriff: 27.05.2020]. URL: <https://theconversation.com/teenage-depression-if-a-parent-doesnt-get-treatment-for-a-child-is-that-abuse-95353>.
259. Martin MW. Depression and Identity. In: From Morality to Mental Health. New York: Oxford University Press; 2006. URL: <http://www.oxfordscholarship.com/10.1093/0195304713.001.0001/acprof-9780195304718-chapter-12>.
260. Riba M. Can A Split-Treatment Model Work? . Psychiatric Times 2002; 19(7).
261. Cox WTL, Abramson LY, Devine PG, Hollon SD. Stereotypes, Prejudice, and Depression: The Integrated Perspective. Perspectives on Psychological Science 2012; 7: 449.
262. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry 2010; 10(1): 113.
263. Cassell EJ. Recognizing Suffering. Hastings Cent Report 1991; 21(3): 24-24.
264. Callaghan S, Ryan CJ. Refusing medical treatment after attempted suicide: rethinking capacity and coercive treatment in light of the Kerrie Woollorton case. J Law Med 2011; 18(4): 811-819.
265. Christman J. Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves. Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition 2004; 117(1/2): 143-164.
266. Wells KC, Albano AM. Parent Involvement in CBT Treatment of Adolescent Depression: Experiences in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). Cognitive and Behavioral Practice 2005; 12(2): 209-220.
267. de Sousa A. Ethical issues in child and adolescent psychotherapy: a clinical review. Indian J Med Ethics 2010; 7(3): 157-161.
268. Hawley KM, Weisz JR. Child, parent and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003; 71(1): 62-70.
269. Soeteman DI, Miller M, Kim JJ. Modeling the risks and benefits of depression treatment for children and young adults. Value in Health 2012; 15(5): 724-729.

270. Valluri S, Zito JM, Safer DJ, Zuckerman IH, Mullins CD, Korelitz JJ. Impact of the 2004 Food and Drug Administration pediatric suicidality warning on antidepressant and psychotherapy treatment for new-onset depression. *Medical Care* 2010; 48(11): 947-954.
271. Jureidini J. How do we safely treat depression in children, adolescents and young adults? *Drug Safety* 2009; 32(4): 275-282.
272. Vitiello B, Ordonez AE. Pharmacological treatment of children and adolescents with depression. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2016; 17(17): 2273-2279.
273. Shearer MC, Bermingham SL. The ethics of paediatric anti-depressant use: erring on the side of caution. *Journal of Medical Ethics* 2008; 34(10): 710-714.
274. Sher L. Antidepressants and side-effects. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians* 2001; 94(10): 567.
275. Foley S. GlaxoSmithKline pays 3bn dollars for illegally marketing depression drug [online]. [Zugriff: 25.05.2020]. URL: <https://www.independent.co.uk/news/business/news/glaxosmithkline-pays-3bn-for-illegally-marketing-depression-drug-7904555.html>.
276. Preston J. Pharmacologie Treatment of Depression. *Journal of Family Psychotherapy* 2007; 17(3-4): 35-52.
277. European Depression Association. Depression Manifesto [online]. [Zugriff: 25.05.2020]. URL: https://europeandepressionday.eu/wp-content/uploads/2019/05/DepressionManifesto_2019.pdf.
278. Wren FJ, Foy JM, Ibeziako PI. Primary care management of child & adolescent depressive disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2012; 21(2): 401-419, ix-x.
279. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLOS ONE* 2019; 14(3): e0213700.
280. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Wege zur Psychotherapie: Wo gibt es Hilfe? [online]. 28.11.2018 [Zugriff: 10.09.2020]. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/wege-zur-psychotherapie-wo-gibt-es-hilfe.2576.de.html>.
281. Pro Psychotherapie e.V. Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sortiert nach Bundesländern [online]. [Zugriff: 28.06.2020]. URL: <https://www.therapie.de/psyche/info/ratgeber/links/berufsrechtliche-regelungen/regelungen-fuer-psychotherapeuten/>.

282. Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK). Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [online]. [Zugriff: 23.03.2021]. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Muster-Berufsordnung_der_BPtK.pdf.

283. Pachinger MM, Beham G (Ed). Datenschutz-Audit: Recht, Organisation, Prozess, IT; der Praxisleitfaden zur Datenschutz-Grundverordnung. Wien: LexisNexis; 2017.

284. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8.6.2000 - Geändert durch § 5 Satz 3 V v. 18.10.2001/2721 [online]. [Zugriff: 28.06.2020]. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/gop/BJNR081800000.html>.

285. Bundesärztekammer. Bekanntmachungen: Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG – Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT). Dtsch Arztebl International 2006; 5(10): [473].

286. Wagner CJ, Metzger FG, Sievers C, Marschall U, L'Hoest H, Stollenwerk B et al. Depression-related treatment and costs in Germany: Do they change with comorbidity? A claims data analysis. Journal of Affective Disorders 2016; 193: 257-266.

287. European Network for Health Technology Assessment. EUnetHTA Joint Action 2: work package 8; HTA Core Model; version 3.0 [online]. 25.01.2016 [Zugriff: 30.07.2019]. URL: <https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/03/HTACoreModel3.0-1.pdf>.

288. Wong SSL, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. J Med Libr Assoc 2006; 94(4): 451-455.

289. Woodworth K. Grady EBM filters for Ovid [online]. 05.01.2007 [Zugriff: 20.08.2009].

290. Glanville J, Fleetwood K, Yellowlees A, Kaunelis D, Mensinkai S. Development and testing of search filters to identify economic evaluations in MEDLINE and EMBASE. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009. URL: http://www.cadth.ca/media/pdf/H0490_Search_Filters_for_Economic_Evaluations_mg_e.pdf.

A7 Topics des EUnetHTA Core Models

Das European Network for Health Technology Assessment ist ein Netzwerk europäischer HTA-Agenturen. EUnetHTA fördert den Austausch von HTA-Informationen zwischen den Mitgliedern und hat zu diesem Zweck das Core-Model [287] entwickelt. Auch das IQWiG ist Mitglied des Netzwerks.

Um den Leserinnen und Lesern des vorliegenden HTA-Berichtes das Auffinden von Informationen zu den übergeordneten Domänen des EUnetHTA Core Model zu erleichtern, wird in der folgenden Übersicht dargestellt, in welchen Abschnitten des vorliegenden HTA-Berichtes sich entsprechende Informationen finden (Tabelle 37). Für die Darstellung der Topics werden die Originalbezeichnungen der Domänen des Core Models verwendet.

Tabelle 37: Domänen des EUnetHTA Core Models

EUnetHTA-Domäne	Informationen in den Abschnitten
Health Problem and Current Use of the Technology (CUR)	Hintergrund Kapitel 1
Description and technical characteristics of technology (TEC)	
Safety (SAF)	Nutzenbewertung Abschnitt 3.1; Kapitel 4; Abschnitt A3
Clinical Effectiveness (EFF)	
Costs and economic evaluation (ECO)	Gesundheitsökonomische Bewertung Abschnitt 3.2; Kapitel 5; Kapitel A4
Ethical analysis (ETH)	Ethische Aspekte Abschnitt 0; Abschnitt 6.1; Abschnitt A5.1
Patients and Social aspects (SOC)	Soziale Aspekte Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.2; Abschnitt A5.2
Legal aspects (LEG)	Rechtliche Aspekte Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.3; Abschnitt A5.3
Organisational aspects (ORG)	Organisatorische Aspekte Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.4; Abschnitt A5.4

A8 Studienlisten

A8.1 Studienlisten Nutzenbewertung

A8.1.1 Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen

Nicht EN1

1. Al-Karawi D, Jubair L. Bright light therapy for nonseasonal depression: Meta-analysis of clinical trials. *Journal of Affective Disorders* 2016; 198: 64-71.
2. Andersson G, Rozental A, Shafran R, Carlbring P. Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2018; 18(1): 21-28.
3. Arkac M, Elsheikh M, Jahne A. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus antidepressants: A systematic review. [German]. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2017; 93(1): 17-23.
4. Arnberg FK, Linton SJ, Hultcrantz M, Heintz E, Jonsson U. Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2014; 9(5): e98118.
5. Balasubramaniam M, Telles S, Doraiswamy PM. Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation* 2012; 3: 117.
6. Bee P, Bower P, Byford S, Churchill R, Calam R, Stallard P et al. The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: A systematic review. *Health Technology Assessment* 2014; 18(8): 1-249.
7. Cadth. Neurofeedback and biofeedback for post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression: a review of the clinical evidence and guidelines. Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2012. URL: <http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/june-2012/RC0361%20Neurofeedback%20-%20final.pdf>.
8. Cadth. Therapy dogs and horses for mental health: a review of the clinical effectiveness. Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2012. URL: <http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/aug-2012/RC0381%20Therapy%20Animals%20final.pdf>.
9. Cadth. Transcendental meditation for posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety: a review of clinical effectiveness. Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2013. URL: http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/sep-2013/RC0481%20Transcendental%20Meditation%20for%20PTSD%20Final_no%20abs.pdf.

10. Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophrenia Research* 2012; 140(1-3): 159-168.
11. Caelear AL, Christensen H. Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia* 2010; 192(S11): S12-14.
12. Carletto S, Ostacoli L, Colombi N, Calorio L, Oliva F, Fernandez I et al. EMDR for depression: A systematic review of controlled studies. *Clinical Neuropsychiatry* 2017; 14(5): 306-312.
13. Cox GR, Fisher CA, De Silva S, Phelan M, Akinwale OP, Simmons MB et al. Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 11: CD007504.
14. Cristea IA, Mogoase C, David D, Cuijpers P. Practitioner Review: Cognitive bias modification for mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2015; 56(7): 723-734.
15. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M, Purgato M, Barbui C. Psychotherapies for depression in low- and middle-income countries: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2018; 17(1): 90-101.
16. Cullen K, Keeney C, Carr A. The effects of positive psychology interventions on well-being, strengths, quality of life, depression, anxiety and stress in child and adult, clinical and non-clinical samples: a systematic review and meta-analysis. 2018.
17. Dahm KT, Landmark B, Kirkehei I, Reinart LM. The Effects of School Health Services for Children and Young People's Health and Growing Up Conditions. Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH) 2010; NIPH Systematic Reviews: Executive Summaries.
18. de Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS et al. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 2014; 65(5): 591-602.
19. Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU, Harrison JP, Lambert HK, Briggs EC et al. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2017; 46(3): 303-330.
20. Enns J, Holmqvist M, Wener P, Halas G, Rothney J, Schultz A et al. Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews. *Preventive Medicine* 2016; 87: 70-80.
21. Field T. Yoga clinical research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2011; 17(1): 1-8.

22. Galante J, Iribarren SJ, Pearce PF. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Research in Nursing* 2012; 18(2): 133-155.
23. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 2016(10): CD012371.
24. Gotzsche PC, Gotzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2017; 110(10): 404-410.
25. Gratzner D, Khalid-Khan F. Internet-delivered cognitive behavioural therapy in the treatment of psychiatric illness. *CMAJ Canadian Medical Association Journal* 2016; 188(4): 263-272.
26. Hetrick SE, Cox GR, Fisher CA, Bhar SS, Rice SM, Davey CG et al. Back to basics: could behavioural therapy be a good treatment option for youth depression? A critical review. *Early intervention in psychiatry* 2015; 9(2): 93-99.
27. Hides L, Samet S, Lubman DI. Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: current evidence and directions for future research. *Drug & Alcohol Review* 2010; 29(5): 508-517.
28. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy & Research* 2012; 36(5): 427-440.
29. Howarth E, Moore THM, Welton NJ, Lewis N, Stanley N, MacMillan H et al. IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE): an evidence synthesis. *NIHR Journals Library Public Health Research* 2016; 12: 12.
30. Iyengar U, Snowden N, Asarnow JR, Moran P, Tranah T, Ougrin D. A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation* 2018; 9: 583.
31. Jakobsen JC. Systematic reviews of randomised clinical trials examining the effects of psychotherapeutic interventions versus "no intervention" for acute major depressive disorder and a randomised trial examining the effects of "third wave" cognitive therapy versus mentalization-based treatment for acute major depressive disorder. *Danish Medical Journal* 2014; 61(10): B4942.
32. Jakobsen JC, Hansen JL, Storebo OJ, Simonsen E, Gluud C. The effects of cognitive therapy versus 'no intervention' for major depressive disorder. *PLoS ONE* 2011; 6(12): e28299.

33. Jones MG, Rice SM, Cotton SM. Incorporating animal-assisted therapy in mental health treatments for adolescents: A systematic review of canine assisted psychotherapy. *PLoS ONE* 2019; 14(1): e0210761.
34. Jordans MJD, Pigott H, Tol WA. Interventions for Children Affected by Armed Conflict: a Systematic Review of Mental Health and Psychosocial Support in Low- and Middle-Income Countries. *Current Psychiatry Reports* 2016; 18(1): 9.
35. Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R, Hancock K. Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health* 2015; 20(4): 182-194.
36. Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, Park H, Okuizumi H, Tsuruoka K et al. Effectiveness of music therapy: A summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. *Patient Preference and Adherence* 2014; 8: 727-754.
37. Klosowska J, Blaut A, Paulewicz B. The efficacy of determinants of attention bias training in mental disorders. *Psychiatria Polska* 2015; 49(6): 1169-1178.
38. Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2016; 20(69): 1-508.
39. Mason L, Peters E, Kumari V. Functional connectivity predictors and mechanisms of cognitive behavioural therapies: A systematic review with recommendations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2016; 50(4): 311-321.
40. Miffitt LA. State of the science: group therapy interventions for sexually abused children. *Archives of Psychiatric Nursing* 2014; 28(3): 174-179.
41. Mitra R, Hodes M. Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child: Care, Health & Development* 2019; 45(2): 198-215.
42. Noh D. Psychological Interventions for Runaway and Homeless Youth. *Journal of Nursing Scholarship* 2018; 50(5): 465-472.
43. Normann N, Morina N. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology* 2018; 9: 2211.
44. Pandey A, Hale D, Das S, Goddings AL, Blakemore SJ, Viner RM. Effectiveness of universal self-regulation-based interventions in children and adolescents a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2018; 172(6): 566-575.

45. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, van Ommeren M, Barbui C, Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 7: CD011849.
46. Reyes-Portillo JA, Mufson L, Greenhill LL, Gould MS, Fisher PW, Tarlow N et al. Web-Based Interventions for Youth Internalizing Problems: A Systematic Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 53(12): 1254-1270.e1255.
47. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2012; 32(4): 329-342.
48. Rozental A, Andersson G, Carlbring P. In the Absence of Effects: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Non-response and Its Predictors in Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 589.
49. Schmidt M, Werbrouck A, Verhaeghe N, Putman K, Simoens S, Annemans L. Universal Mental Health Interventions for Children and Adolescents: A Systematic Review of Health Economic Evaluations. *Applied Health Economics & Health Policy* 2020; 18(2): 155-175.
50. Schmidt SJ, Schimmelmann BG. [Modular psychotherapy with children and adolescents]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2016; 44(6): 467-478.
51. Singh S, Zaki RA, Farid NDN. A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *Journal of Adolescence* 2019; 74: 154-172.
52. Slobodin ORTAL, De Jong JTVM. Family interventions in traumatized immigrants and refugees: A systematic review. *Transcultural Psychiatry* 2015; 52(6): 723-742.
53. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* 2018; 54: 124-144.
54. Swift JK, Greenberg RP. A Treatment by disorder meta-analysis of dropout from Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 2014; 24(3): 193-207.
55. Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA, Parkin SR. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2017; 54(1): 47-57.

56. Swinson Evans T, Berkman N, Brown C, Gaynes B, Palmieri Weber R. Disparities within serious mental illness. United States: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2016. URL: <https://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/619/2236/mental-illness-disparities-report-160524.pdf>.
57. Tielsch-Goddard A, Ridner SH. Critical Analysis of Interventional Research Designs to Promote Coping in Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Health Care* 2016; 30(5): 424-434.
58. Tighe J, Nicholas J, Shand F, Christensen H. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Mental Health* 2018; 5(2): e10732.
59. Turrini G, Purgato M, Acarturk C, Anttila M, Au T, Ballette F et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology & Psychiatric Science* 2019; 28(4): 376-388.
60. Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nose M, Ostuzzi G, Barbui C. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems* 2017; 11: 51.
61. Uppendahl JR, Sijbrandij M, Cuijpers P, Vries Rd. Psychological interventions for trauma- and stressor-related disorders and depression and anxiety among children and adolescents in low and middle income countries: a meta-analysis. 2019.
62. Valimaki M, Anttila K, Anttila M, Lahti M. Web-Based Interventions Supporting Adolescents and Young People With Depressive Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR MHealth and UHealth* 2017; 5(12): e180.
63. Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M, Lalouni M, Hedman E, Ahlen J et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2016; 50: 1-10.
64. Wang S, Agius M. The use of Music Therapy in the treatment of Mental Illness and the enhancement of Societal Wellbeing. *Psychiatria Danubina* 2018; 30(Suppl 7): 595-600.
65. Wright JH, McCray LW, Eells TD, Gopalraj R, Bishop LB. Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy in Medical Care Settings. *Current Psychiatry Reports* 2018; 20(10): 92.
66. Yatham S, Sivathasan S, Yoon R, da Silva TL, Ravindran AV. Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder among youth in low and middle income countries: A review of prevalence and treatment interventions. *Asian Journal of Psychiatry* 2018; 38: 78-91.
67. Ye X, Bapuji SB, Winters SE, Struthers A, Raynard M, Metge C et al. Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 313.

68. Yeung WF, Chung KF, Ng KY, Yu YM, Ziea ETC, Ng BFL. A systematic review on the efficacy, safety and types of Chinese herbal medicine for depression. *Journal of Psychiatric Research* 2014; 57(1): 165-175.

69. Zhang M, Ying J, Song G, Fung DSS, Smith H. Web-Based Cognitive Bias Modification Interventions for Psychiatric Disorders: Scoping Review. *JMIR Mental Health* 2019; 6(10): e11841.

70. Zhang Z, Zhang L, Zhang G, Jin J, Zheng Z. The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 50.

71. Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT, Miller L. Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness* 2015; 6(2): 290-302.

Nicht EN2

1. Asarnow JR, Rozenman M, Wiblin J, Zeltzer L. Integrated medical-behavioral care compared with usual primary care for child and adolescent behavioral health: A metaanalysis. *JAMA Pediatrics* 2015; 169(10): 929-937.

2. Axelsdottir B, Biedilae S, Larun L, Nordheim LV, Sagatun A. Exercise for depression in children and adolescents: a systematic review of randomized controlled trials. 2018.

3. Caelear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence* 2010; 33(3): 429-438.

4. Carnevale TD. Universal adolescent depression prevention programs: a review. *Journal of School Nursing* 2013; 29(3): 181-195.

5. Clayborne Z. The long-term socioeconomic and social outcomes of adolescent depression: a systematic review and meta-analysis. 2017.

6. Croarkin PE, Wall CA, McClintock SM, Kozel FA, Husain MM, Sampson SM. The emerging role for repetitive transcranial magnetic stimulation in optimizing the treatment of adolescent depression. *Journal of ECT* 2010; 26(4): 323-329.

7. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health* 2016; 59(4S): S49-S60.

8. du Roscoat E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d Epidemiologie et de Sante Publique* 2013; 61(4): 363-374.

9. Farnández SA, Budde H, Kaulitzky A. Effects of exercise on depression in children and adolescents: a systematic review of meta-analyses. 2018.

10. Grist R, Croker A, Denne M, Stallard P. Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2019; 22(2): 147-171.
11. Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C et al. Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: A comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS ONE* 2014; 9(5): e96905.
12. Hollis C, Falconer CJ, Martin JL, Whittington C, Stockton S, Glazebrook C et al. Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems - a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2017; 58(4): 474-503.
13. MacDonell KW, Prinz RJ. A Review of Technology-Based Youth and Family-Focused Interventions. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2017; 20(2): 185-200.
14. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 120.
15. Oud M, de Winter L, Vermeulen-Smit E, Bodden D, Nauta M, Stone L et al. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* 2019; 57: 33-45.
16. Pennant ME, Loucas CE, Whittington C, Creswell C, Fonagy P, Fuggle P et al. Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy* 2015; 67: 1-18.
17. Pojanapotha P, Maneeton B, Maneeton N, Puthisri S, Oonarom A, Karawekpanyawong N. A systematic review of escitalopram in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder. 2019.
18. Rice SM, Goodall J, Hetrick SE, Parker AG, Gilbertson T, Amminger GP et al. Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research* 2014; 16(9): e206.
19. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2010; 13(3): 275-290.
20. Rodgers M, Asaria M, Walker S, McMillan D, Lucock M, Harden M et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2012; 16(28): 1-130.

21. Sharbanee J, Elliott R. Humanistic-experiential therapies in the treatment of adult and adolescent depression: a protocol for updating a sub-sample of a meta-analysis. 2018.
22. Shields G, Camacho E, Guest S, Davies L. Economic and health burden of depression and anxiety in children and adolescents. 2018.
23. Stasiak K, Fleming T, Lucassen MF, Shepherd MJ, Whittaker R, Merry SN. Computer-Based and Online Therapy for Depression and Anxiety in Children and Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology* 2016; 26(3): 235-245.
24. Townsend E, Walker DM, Sargeant S, Vostanis P, Hawton K, Stocker O et al. Systematic review and meta-analysis of interventions relevant for young offenders with mood disorders, anxiety disorders, or self-harm. *Journal of Adolescence* 2010; 33(1): 9-20.
25. Wang JZ, Mott S, Magwood O, Mathew C, McLellan A, Kpade V et al. The impact of interventions for youth experiencing homelessness on housing, mental health, substance use, and family cohesion: a systematic review. *BMC Public Health* 2019; 19(1): 1528.
26. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Vaughn-Coaxum RA, Ugueto AM, Eckshtain D et al. Are Psychotherapies for Young People Growing Stronger? Tracking Trends Over Time for Youth Anxiety, Depression, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science* 2019; 14(2): 216-237.
27. Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D et al. Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2017; 17(1): 297.
28. Witusik A, Pietras T. Music therapy as a complementary form of therapy for mental disorders. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2019; 47(282): 240-243.
29. Wolpert M, Dalzell K, Ullman R, Garland L, Cortina M, Hayes D et al. Strategies not accompanied by a mental health professional to address anxiety and depression in children and young people: a scoping review of range and a systematic review of effectiveness. *The Lancet Psychiatry* 2019; 6(1): 46-60.
30. Xie P, Zhou X, Cipriani A, Giovane CD, Zhang Y, Pu J et al. Comparative efficacy and tolerability of new-generation antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: protocol of an individual patient data meta-analysis. 2016.
31. Xie P, Zhou X, Whittington C, Giovane CD, Cohen D, Liu Y et al. Comparative efficacy and tolerability of first- and newer-generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. 2015.

32. Yuan S, Zhou X, Zhang Y, Zhang H, Pu J, Yang L et al. Comparative efficacy and acceptability of bibliotherapy for depression and anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2018; 14: 353-365.

33. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3(7): 646-659.

Nicht EN3

1. Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2013; 52(8): 863-875.
2. Dippel N, Mladek K, Cuijpers P, Brakemeier E-L, Christiansen H. Effects of family involvement in psychotherapeutic treatment of depressed children and adolescents: a systematic review. 2018.
3. Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL. Predictors of treatment response in adolescent depression. *Pediatric Annals* 2011; 40(6): 300-306.
4. Henje Blom E, Ho TC, Connolly CG, LeWinn KZ, Sacchet MD, Tymofiyeva O et al. The neuroscience and context of adolescent depression. *Acta Paediatrica* 2016; 105(4): 358-365.
5. Krause K, Wolpert M, Edbrooke-Childs J, Bear H. What outcome counts? A systematic review of outcomes measured for adolescent depression between 2007 and 2017. 2017.
6. Kunas S, Lautenbacher L, Hilbert K, Lueken U. Psychological predictors of cognitive-behavioral therapy outcomes for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: a systematic review. 2018.
7. Schleider JL, Weisz JR. Little Treatments, Promising Effects? Meta-Analysis of Single-Session Interventions for Youth Psychiatric Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2017; 56(2): 107-115.
8. Smith J. The effectiveness of psychological and psychosocial therapies for the treatment of depression in children and adolescents in low and middle income countries. 2017.
9. Tarsha MS, Park S, Tortora S. Body-Centered Interventions for Psychopathological Conditions: A Review. *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 2907.
10. Young JF, Miller MR, Khan N. Screening and managing depression in adolescents. *Adolescent Health Medicine & Therapeutics* 2010; 1: 87-95.

Nicht EN4

1. Bernecker SL, Coyne AE, Constantino MJ, Ravitz P. For whom does interpersonal psychotherapy work? A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2017; 56: 82-93.
2. Brettschneider C, Djadran H, Harter M, Lowe B, Riedel-Heller S, König HH. Cost-utility analyses of cognitive-behavioural therapy of depression: a systematic review. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2015; 84(1): 6-21.
3. Fernandez E, Salem D, Swift JK, Ramtahal N. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2015; 83(6): 1108-1122.
4. Linardon J, Fitzsimmons-Craft EE, Brennan L, Barillaro M, Wilfley DE. Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research* 2019; 29(7): 870-881.
5. Morina N, Malek M, Nickerson A, Bryant RA. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and depression in young survivors of mass violence in low- and middle-income countries: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2017; 210(4): 247-254.
6. Mychailyszyn MP, Brodman DM, Read KL, Kendall PC. Cognitive-Behavioral School-Based Interventions for Anxious and Depressed Youth: A Meta-Analysis of Outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2012; 19(2): 129-153.
7. Stevanovic D, Tadic I, Knez R. Are antidepressants effective in quality of life improvement among children and adolescents? A systematic review. *Cns Spectrums* 2014; 19(2): 134-141.
8. Zhang A, Bornheimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of Behavioral Medicine* 2019; 42(6): 1117-1141.
9. Zhang A, Franklin C, Jing S, Bornheimer LA, Hai AH, Himle JA et al. The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2019; 245: 1168-1186.

Nicht EN5

1. Andersson G, Titov N, Dear BF, Rozentel A, Carlbring P. Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry* 2019; 18(1): 20-28.
2. Andrews G. We can manage depression better with technology. *Australian Family Physician* 2014; 43(12): 838-841.

3. Anonymous. Second Generation Antidepressants for Pediatric Patients with Major Depressive Disorder and Anxiety Disorder: A Review of the Clinical Effectiveness and Safety. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health CADTH Rapid Response Reports 2015; 06: 11.
4. Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Acarturk C, Eaton J, Gastaldon C et al. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7(2): 162-172.
5. Bear H, Wolpert M, Edbrooke-Childs J. Treatment response following routine mental health care in children and adolescents with anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis. 2017.
6. Berking M, Ebert DD, Lehr D, Riper H, Sieland B, Wiencke C. [Internet-based approaches in prevention and treatment of depressive symptoms in adolescents and young adults]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2014; 63(5): 395-415.
7. Brown CH, Brincks A, Huang S, Perrino T, Cruden G, Pantin H et al. Two-Year Impact of Prevention Programs on Adolescent Depression: an Integrative Data Analysis Approach. *Prevention Science* 2018; 19(Suppl 1): 74-94.
8. Bujoreanu S, Benhayon D, Szigethy E. Treatment of depression in children and adolescents. *Pediatric Annals* 2011; 40(11): 548-555.
9. Chan SY, Deng K, Wu J, Yan JH. Effects of play interventions on childhood depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. 2019.
10. Cheung AH, Kozloff N, Sacks D. Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. *Current Psychiatry Reports* 2013; 15(8): 381.
11. Choe CJ, Emslie GJ, Mayes TL. Depression. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2012; 21(4): 807-829.
12. Clark MS, Jansen KL, Cloy JA. Treatment of childhood and adolescent depression. *American Family Physician* 2012; 86(5): 442-448.
13. Cook NE, Gorraiz M. Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health* 2016; 21(2): 81-89.
14. Crowe K, McKay D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders* 2017; 49: 76-87.
15. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports* 2019; 21(12): 129.
16. de Vries U, Lehmkuhl G, Petermann F. [Mental disorders in adolescence: current trends in therapy]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2013; 62(7): 505-522.

17. Demazure G, Gaultier S, Pinsault N. Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2018; 27(4): 447-466.
18. Diamond G, Russon J, Levy S. Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Family Process* 2016; 55(3): 595-610.
19. Dolle K, Schulte-Körne G. The treatment of depressive disorders in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International* 2013; 110(50): 854-860.
20. Domhardt M, Steubl L, Baumeister H. Internet- And Mobile-Based Interventions for Mental and Somatic Conditions in Children and Adolescents A Systematic Review of Meta-analyses. [German]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2020; 48(1): 33-46.
21. Driot D, Dupouy J, Pomier M, Costes M. Optimal management of depression in children and adolescents in primary care: a systematic meta-review. 2016.
22. Eapen V, Crnec R. Strategies and challenges in the management of adolescent depression. *Current Opinion in Psychiatry* 2012; 25(1): 7-13.
23. Eidet LM, Dahlgren A, Elvsåshagen M. Unwanted effects of treatments for depression in children and adolescents: a mapping of systematic reviews. *BMJ Open* 2020; 10(3): e034532.
24. Ferreira-Maia AP, Mangolini V, Boronat AC, Wang Y-P. Depression morbidity in Brazilian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. 2019.
25. Field T. Exercise research on children and adolescents. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2012; 18(1): 54-59.
26. Garber J, Frankel SA, Herrington CG. Developmental Demands of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Children and Adolescents: Cognitive, Social, and Emotional Processes. *Annual Review of Clinical Psychology* 2016; 12: 181-216.
27. Gladstone TR, Beardslee WR, O'Connor EE. The prevention of adolescent depression. *Psychiatric Clinics of North America* 2011; 34(1): 35-52.
28. Gonzalez-Valero G, Zurita-Ortega F, Ubago-Jimenez JL, Puertas-Molero P. Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research & Public Health* [Electronic Resource] 2019; 16(22): 10.
29. Goodyer IM, Wilkinson P, Dubicka B, Kelvin R. Forum: The use of selective serotonin reuptake inhibitors in depressed children and adolescents: Commentary on the meta-analysis by Hetrick et al. *Current Opinion in Psychiatry* 2010; 23(1): 58-61.

30. Goodyer IM, Wilkinson PO. Practitioner Review: Therapeutics of unipolar major depressions in adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2019; 60(3): 232-243.
31. Gottken T. [Psychosomatic emotion dysregulation in childhood depression]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2013; 62(10): 793-812.
32. Groen G, Petermann F. [Cognitive behavior therapy for depression in children and adolescents - procedure, effects, and developments]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2012; 40(6): 373-383; quiz 383-374.
33. Harrisingh M, Martinez Y, Maconachie R, Ayiku L. Psychological interventions to manage depression in children and young people. 2018.
34. Hughes JL, Asarnow JR. Family intervention strategies for adolescent depression. *Pediatric Annals* 2011; 40(6): 314-318.
35. Hussain H, Dubicka B, Wilkinson P. Recent developments in the treatment of major depressive disorder in children and adolescents. *Evidence-Based Mental Health* 2018; 21(3): 101-106.
36. Kar N. Depression in Youth Exposed to Disasters, Terrorism and Political Violence. *Current Psychiatry Reports* 2019; 21(8): 73.
37. Kennedy S, Hoffman V, Viswanathan M, Randolph C, Coker-Schwimmer M, Middleton J et al. Depression in children: systematic review. 2018.
38. Kisicki M, Varley CK. Review: Relative effectiveness of antidepressants and psychological therapies for depression in children and adolescents unclear. *Evidence-Based Mental Health* 2013; 16(2): 46.
39. Liu J, Chen X, Lewis G. Childhood internalizing behaviour: analysis and implications. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2011; 18(10): 884-894.
40. Luby JL. Treatment of anxiety and depression in the preschool period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2013; 52(4): 346-358.
41. Maalouf FT, Brent DA. Child and adolescent depression intervention overview: what works, for whom and how well? *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2012; 21(2): 299-312, viii.
42. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2015; 49(12): 1087-1206.
43. Masi G, Liboni F, Brovedani P. Pharmacotherapy of major depressive disorder in adolescents. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2010; 11(3): 375-386.

44. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 2013; 22(1): 35-40.
45. Morken IS, Dahlgren A, Lunde I, Toven S. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: an overview of systematic reviews. *F1000Research* 2019; 8: 890.
46. Naab S, Hauer M, Voderholzer U, Hautzinger M. [Depressive disorders in juveniles: diagnosis and therapy]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2015; 83(1): 49-61; quiz 62.
47. Nardi B, Massei M, Arimatea E, Moltedo-Perfetti A. Effectiveness of group CBT in treating adolescents with depression symptoms: a critical review. *International Journal of Adolescent Medicine & Health* 2016; 29(3): 20.
48. Neavin DR, Joyce J, Swintak C. Treatment of Major Depressive Disorder in Pediatric Populations. *Diseases* 2018; 6(2): 04.
49. Oar EL, Johnco C, Ollendick TH. Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America* 2017; 40(4): 661-674.
50. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Shields AH, Sibinga EM. Improving self-regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness-based cognitive therapy. *Adolescent Health Medicine & Therapeutics* 2016; 7: 101-108.
51. Rith-Najarian LR, Mesri B, Park AL, Sun M, Chavira DA, Chorpita BF. Durability of Cognitive Behavioral Therapy Effects for Youth and Adolescents With Anxiety, Depression, or Traumatic Stress: A Meta-Analysis on Long-Term Follow-Ups. *Behavior Therapy* 2019; 50(1): 225-240.
52. Rocha TB, Zeni CP, Caetano SC, Kieling C. Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2013; 35 Suppl 1: S22-31.
53. Rycroft-Malone J, Gradinger F, Griffiths HO, Crane R, Gibson A, Mercer S et al. Accessibility and implementation in the UK NHS services of an effective depression relapse prevention programme: learning from mindfulness-based cognitive therapy through a mixed-methods study. England: NIHR Health Services and Delivery Research programme; 2017. URL: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr05140/#/abstract>.
54. Sander L, Ebert DD, Baumeister H. [Internet- and Mobile Based Psychotherapy for Depression]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2017; 85(1): 48-58.
55. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America* 2012; 35(1): 51-71.
56. Schweiger U, Sipos V, Fasbinder E, Klein JP. Traumatisierung und Depression. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2018; 86(10): 654-666.

57. Sipe WE, Eisendrath SJ. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 2012; 57(2): 63-69.
58. Spirito A, Esposito-Smythers C, Wolff J, Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2011; 20(2): 191-204.
59. Tang X, Tang S, Wong DFK, Ren Z. Prevalence, risk factors and psychosocial interventions for adolescent depression in mainland China: a systematic review and meta-analysis. 2017.
60. Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ* 2010; 340: c209.
61. Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic Psychiatry* 2015; 43(3): 423-461.
62. Tompson MC, Boger KD, Asarnow JR. Enhancing the developmental appropriateness of treatment for depression in youth: integrating the family in treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2012; 21(2): 345-384.
63. Wade AG. Use of the internet to assist in the treatment of depression and anxiety: a systematic review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 2010; 12(4).
64. Webb CA, Auerbach RP, Derubeis RJ. Processes of change in CBT of adolescent depression: review and recommendations. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2012; 41(5): 654-665.
65. Westergren T, Narum S, Klemp M. Critical appraisal of adverse effects reporting in the 'Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS)'. *BMJ Open* 2019; 9(3): e026089.
66. Wren FJ, Foy JM, Ibeziako PI. Primary care management of child & adolescent depressive disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2012; 21(2): 401-419, ix-x.
67. Yu ZJ, Kratochvil CJ, Weller RA, Mooreville M, Weller EB. From TADS and SOFTADS to TORDIA and beyond: what's new in the treatment of adolescent depression? *Current Psychiatry Reports* 2010; 12(2): 88-95.
68. Yu ZJ, Mooreville M, Weller RA, Weller EB. Long-term treatment of pediatric depression with psychotherapies. *Current Psychiatry Reports* 2011; 13(2): 116-121.

Nicht EN6

1. Banszky N, Kardos E, Rozsa L, Gerevich J. [The psychiatric aspects of animal assisted therapy]. *Psychiatria Hungarica* 2012; 27(3): 180-190.
2. Bunge EL, Carrea G, Tosas de Molina M, Soto N. [Diagnosis and treatment of child and adolescent depression]. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatria* 2011; 22(98): 253-261.

3. Driot D, Nguyen-Soenen J, Costes M, Pomier M, Birebent J, Oustric S et al. [Management of child and adolescent depression in primary care: A systematic meta-review]. *Encephale* 2020; 46(1): 41-54.

4. Mouchabac S. [Ideational depressive ruminations]. *Encephale* 2012; 38 Suppl 2: S29-32.

5. Stolarska-Werynska U, Biedron A, Kacinski M. [The links between neuropsychology and neurophysiology]. *Przegląd Lekarski* 2016; 73(3): 187-190.

Nicht EN7

1. Hall T, Mazzucchelli T. Behavioural interventions for depression in children and adolescents: protocol for a systematic review and meta-analysis. 2018.

2. Hazell P. Depression in children and adolescents. *Clinical Evidence* 2011; 21: 21.

3. Tang A. A systematic review of combination antidepressant medication and psychotherapy in children and adolescents with unipolar depression. 2017.

Nicht EN8

1. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2006; 132(1): 132-149.

AN3

1. Arnberg A, Ost LG. CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2014; 43(4): 275-288.

2. Babowitch JD, Antshel KM. Adolescent treatment outcomes for comorbid depression and substance misuse: A systematic review and synthesis of the literature. *Journal of Affective Disorders* 2016; 201: 25-33.

3. Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangogyere P et al. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2019; 214(6): 320-328.

4. Bunge EL, Dickter B, Jones MK, Alie G, Spear A, Perales R. Behavioral intervention technologies and psychotherapy with youth: A review of the literature. *Current Psychiatry Reviews* 2016; 12(1): 14-28.

5. Calati R, Pedrini L, Alighieri S, Alvarez MI, Desideri L, Durante D et al. Is cognitive behavioural therapy an effective complement to antidepressants in adolescents? A meta-analysis. *Acta Neuropsychiatrica* 2011; 23(6): 263-271.

6. Cossu G, Cantone E, Pintus M, Cadoni M, Pisano A, Otten R et al. Integrating children with psychiatric disorders in the classroom: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2015; 11(Supplement 1): 41-57.

7. Dardas LA, van de Water B, Simmons LA. Parental involvement in adolescent depression interventions: A systematic review of randomized clinical trials. *International Journal of Mental Health Nursing* 2018; 27(2): 555-570.
8. Devenish B, Berk L, Lewis AJ. The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2016; 50(8): 726-740.
9. Duffy F, Sharpe H, Schwannauer M. Review: The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression - a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health* 2019; 24(4): 307-317.
10. Ebert DD, Zarski AC, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2015; 10(3): e0119895.
11. Eckshtain D, Kuppens S, Ugueto A, Ng MY, Vaughn-Coaxum R, Corteselli K et al. Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2020; 59(1): 45-63.
12. Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner AC et al. Screening for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2016; 164(5): 342-349.
13. Francis SE, Mezo PG, Fung SL. Self-control training in children: a review of interventions for anxiety and depression and the role of parental involvement. *Psychotherapy Research* 2012; 22(2): 220-238.
14. Garber J, Brunwasser SM, Zerr AA, Schwartz KT, Sova K, Weersing VR. Treatment and Prevention of Depression and Anxiety in Youth: Test of Cross-Over Effects. *Depression & Anxiety* 2016; 33(10): 939-959.
15. Garrido S, Millington C, Cheers D, Boydell K, Schubert E, Meade T et al. What Works and What Doesn't Work? A Systematic Review of Digital Mental Health Interventions for Depression and Anxiety in Young People. *Frontiers in Psychiatry* 2019; 10(no pagination): 759.
16. Keles S, Idsoe T. A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of Adolescence* 2018; 67: 129-139.
17. Ma D, Zhang Z, Zhang X, Li L. Comparative efficacy, acceptability, and safety of medicinal, cognitive-behavioral therapy, and placebo treatments for acute major depressive disorder in children and adolescents: a multiple-treatments meta-analysis. *Current Medical Research & Opinion* 2014; 30(6): 971-995.

18. Mychailyszyn MP, Elson DM. Working through the blues: A meta-analysis on Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Children and Youth Services Review* 2018; 87: 123-129.
19. NICE. Depression in children and young people: identification and management [online]. [Zugriff: 08.04.2019]. (NICE guideline). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>.
20. Nocon A, Eberle-Sejari R, Unterhitzenberger J, Rosner R. The effectiveness of psychosocial interventions in war-traumatized refugee and internally displaced minors: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 2017; 8(sup2): 1388709.
21. Rice SM, Goodall J, Hetrick SE, Parker AG, Gilbertson T, Amminger GP et al. Online and Social Networking Interventions for the Treatment of Depression in Young People: A Systematic Review. *J Med Internet Res* 2014; 16(9): e206.
22. Spinhoven P, Klein N, Kennis M, Cramer AOJ, Siegle G, Cuijpers P et al. The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy* 2018; 106: 71-85.
23. Stiles-Shields C, Ho J, Mohr DC. A review of design characteristics of cognitive behavioral therapy-informed behavioral intervention technologies for youth with depression and anxiety. *Digital Health* 2016; 2: 2055207616675706.
24. Sun M, Rith-Najarian LR, Williamson TJ, Chorpita BF. Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2019; 48(sup1): S269-S283.
25. Tuerk PW, Keller SM, Acierno R. Treatment for Anxiety and Depression via Clinical Videoconferencing: Evidence Base and Barriers to Expanded Access in Practice. *Focus* 2018; 16(4): 363-369.
26. Weersing VR, Jeffreys M, Do MT, Schwartz KT, Bolano C. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2017; 46(1): 11-43.
27. Weisz JR, Kuppens S, Eckshtain D, Ugueto AM, Hawley KM, Jensen-Doss A. Performance of Evidence-Based Youth Psychotherapies Compared With Usual Clinical Care: A Multilevel Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(7): 750-761.
28. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Eckshtain D, Ugueto AM, Vaughn-Coaxum R et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist* 2017; 72(2): 79-117.

A8.2 Studienlisten gesundheitsökonomische Bewertung

A8.2.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten

1. Brettschneider C, Djadran H, Harter M, Lowe B, Riedel-Heller S, König HH. Cost-utility analyses of cognitive-behavioural therapy of depression: a systematic review. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2015; 84(1): 6-21.
2. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. England: NIHR Health Technology Assessment programme; 2008.
3. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J et al. Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2017; 21(12): 1-94.

A8.2.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen

Nicht EN1

1. Anderson R, Ukoumunne OC, Sayal K, Phillips R, Taylor JA, Spears M et al. Cost-effectiveness of classroom-based cognitive behaviour therapy in reducing symptoms of depression in adolescents: a trial-based analysis. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2014; 55(12): 1390-1397.
2. Lee YY, Barendregt JJ, Stockings EA, Ferrari AJ, Whiteford HA, Patton GA et al. The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2017; 26(5): 545-564.
3. Lynch FL, Dickerson JF, Clarke GN, Beardslee WR, Weersing VR, Gladstone TRG et al. Cost-Effectiveness of Preventing Depression Among At-Risk Youths: Postintervention and 2-Year Follow-Up. *Psychiatric Services* 2019; 70(4): 279-286.
4. Lynch FL, Hornbrook M, Clarke GN, Perrin N, Polen MR, O'Connor E et al. Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62(11): 1241-1248.
5. Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Carter R. The population cost-effectiveness of interventions designed to prevent childhood depression. *Pediatrics* 2012; 129(3): e723-e730.

6. Stallard P, Phillips R, Montgomery AA, Spears M, Anderson R, Taylor J et al. A cluster randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of classroom-based cognitive-behavioural therapy (CBT) in reducing symptoms of depression in high-risk adolescents. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2013; 17(47): vii-xvii, 1-109.

7. Tucker M, Oei TPS. Is group more cost effective than individual cognitive behavior therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2007; 35(1): 77-91.

Nicht EN2

1. Philipsson A, Duberg A, Moller M, Hagberg L. Cost-utility analysis of a dance intervention for adolescent girls with internalizing problems. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2013; 11(1): 4.

2. Schmidt M, Werbrouck A, Verhaeghe N, Putman K, Simoens S, Annemans L. Universal Mental Health Interventions for Children and Adolescents: A Systematic Review of Health Economic Evaluations. *Applied Health Economics & Health Policy* 2020; 18(2): 155-175.

Nicht EÖ1

1. Brent DA. Master Clinician Review: Saving Holden Caulfield: Suicide Prevention in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2019; 58(1): 25-35.

2. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J et al. 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* 2017; 4(2): 109-119.

3. Ruby A, Marko-Holguin M, Fogel J, Van Voorhees BW. Economic analysis of an internet-based depression prevention intervention. *The Journal of Mental Health Policy & Economics* 2013; 16(3): 121-130.

4. Schleider JL, Weisz JR. Little Treatments, Promising Effects? Meta-Analysis of Single-Session Interventions for Youth Psychiatric Problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2017; 56(2): 107-115.

5. Stikkelbroek Y, Boddien DH, Dekovic M, van Baar AL. Effectiveness and cost effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in clinically depressed adolescents: individual CBT versus treatment as usual (TAU). *BMC Psychiatry* 2013; 13: 314.

6. Watanabe N, Hunot V, Omori IM, Churchill R, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among children and adolescents: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 116(2): 84-95.

7. Wright B, Tindall L, Littlewood E, Allgar V, Abeles P, Trepel D et al. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression in adolescents: Feasibility results and 4-month outcomes of a UK randomised controlled trial. *BMJ Open* 2017; 7(1): e012834.

Nicht EÖ4

1. Haby MM, Tonge B, Littlefield L, Carter R, Vos T. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depression in children and adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38(8): 579-591.

A8.3 Liste der eingeschlossenen Publikationen: Publikationslisten zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten

A8.3.1 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Ethical Issues in Clinical Practice [online]. [Zugriff: 28.05.2020]. URL: https://www.aacap.org/AACAP/Member_Resources/Ethics/Ethics_Committee/Ethical_Issues_in_Clinical_Practice.aspx.

Bhatia R. Childhood Depression [online]. [Zugriff: 26.05.2020]. URL: <https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/consumer/childhood-depression>.

Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *American Family Physician* 2007; 75(1): 73-80.

Brent DA. Antidepressants and pediatric depression--the risk of doing nothing. *New England Journal of Medicine* 2004; 351(16): 1598-1601.

Bühning P. Ambulante Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Wege zu mehr Vernetzung. *Dtsch Arztebl International* 2018; 115(48): 2214-2216.

Bühning P. Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker: Gefragt ist der Gesetzgeber. *Dtsch Arztebl International* 2018; 115(31-32): 1422-.

Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPTK). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie - Wartezeiten 2018. 2018. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.

Cain AC. Parent suicide: pathways of effects into the third generation. *Psychiatry* 2006; 69(3): 204-227.

Callaghan S, Ryan CJ. Refusing medical treatment after attempted suicide: rethinking capacity and coercive treatment in light of the Kerrie Woollerton case. *J Law Med* 2011; 18(4): 811-819.

Cassell EJ. Recognizing Suffering. *Hastings Cent Report* 1991; 21(3): 24-24.

Christman J. Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition* 2004; 117(1/2): 143-164.

Coffman C, Barnett JE. Informed consent with children and adolescents. [online]. [Zugriff: 18.05.2020]. URL: <http://www.societyforpsychotherapy.org/informed-consent-with-children-and-adolescents>.

Cohan JA. Psychiatric ethics and emerging issues of psychopharmacology in the treatment of depression. *The Journal of contemporary health law and policy* 2003; 20.

Cox WTL, Abramson LY, Devine PG, Hollon SD. Stereotypes, Prejudice, and Depression: The Integrated Perspective. *Perspectives on Psychological Science* 2012; 7: 449.

Cullen K, Klimes-Dougan B, Kumra S. Pediatric depression: issues and treatment recommendations. *Minnesota Medicine* 2009; 92(3): 45-48.

de Sousa A. Ethical issues in child and adolescent psychotherapy: a clinical review. *Indian J Med Ethics* 2010; 7(3): 157-161.

Dunn V, Goodyer IM. Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 216-222.

European Depression Association. Depression Manifesto [online]. [Zugriff: 25.05.2020]. URL: https://europeandepressionday.eu/wp-content/uploads/2019/05/DepressionManifesto_2019.pdf.

European Depression Association. Depression Manifesto [online]. [Zugriff: 09.04.2020]. URL: http://eddas.eu/wp-content/uploads/2016/04/DepressionManifesto_01_04.pdf.

Foley S. GlaxoSmithKlein pays 3bn dollars for illegally marketing depression drug [online]. [Zugriff: 25.05.2020]. URL: <https://www.independent.co.uk/news/business/news/glaxosmithkline-pays-3bn-for-illegally-marketing-depression-drug-7904555.html>.

Forti-Buratti MA, Saikia R, Wilkinson EL, Ramchandani PG. Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 25(10): 1045-1054.

Garber J, Ciesla JA, McCauley E, Diamond G, Schloedt KA. Remission of depression in parents: links to healthy functioning in their children. *Child development* 2011; 82(1): 226-243.

Gould MS, Greenberg TED, Velting DM, Shaffer D. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 42(4): 386-405.

Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; 10(1): 113.

Gunlicks-Stoessel M, Westervelt A, Reigstad K, Mufson L, Lee S. The role of attachment style in interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Psychother Res* 2019; 29(1): 78-85.

Hart LM, Cropper P, Morgan AJ, Kelly CM, Jorm AF. teen Mental Health First Aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: Outcomes from a cluster randomised crossover trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2020; 54(4): 382-392.

Hawley KM, Weisz JR. Child, parent and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71(1): 62-70.

Hofmann B, Droste S, Oortwijn W, Cleemput I, Sacchini D. Harmonization of ethics in health technology assessment: a revision of the Socratic approach. *Int J Technol Assess Health Care* 2014; 30(1): 3-9.

Jureidini J. How do we safely treat depression in children, adolescents and young adults? *Drug Safety* 2009; 32(4): 275-282.

Kemp DE, Malhotra S, Franco KN, Tesar G, Bronson DL. Heart disease and depression: don't ignore the relationship. *Cleve Clin J Med* 2003; 70(9): 745-746. 749-750, 752-744.

Kielbasa AM, Pomerantz AM, Krohn EJ, Sullivan BF. How does clients' method of payment influence psychologists' diagnostic decisions? *Ethics & behavior* 2004; 14: 195.

Koocher GP. Ethical issues in psychotherapy with adolescents. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59(11): 1247-1256.

Kramer P. *Listening to Prozac*. New York: Penguin; 1997.

Larner G. Integrating family therapy in adolescent depression: an ethical stance. *Journal of Family Therapy* 2009; 31: 232.

Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; (3): CD004691.

Lewis CC, Simons AD, Nguyen LJ, Murakami JL, Reid MW, Silva SG et al. Impact of childhood trauma on treatment outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2010; 49(2): 132-140.

Lewis G, Wen S, Pearson RM, Lewis G. The association between paternal depressogenic cognitive styles during pregnancy and offspring depressogenic cognitive styles: an 18-year prospective cohort study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 2018; 59(5): 604-614.

Lidz CW, Parker LS. Issues of ethics and identity in diagnosis of late life depression. *Ethics Behav* 2003; 13(3): 249-262.

Lin LY, Sidani JE, Shensa A, Radovic A, Miller E, Colditz JB et al. ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL MEDIA USE AND DEPRESSION AMONG U.S. YOUNG ADULTS. *Depress Anxiety* 2016; 33(4): 323-331.

Løvsgren A, Røssberg JI, Nilsen L, Engebretsen E, Ulberg R. How do adolescents with depression experience improvement in psychodynamic psychotherapy? A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 95.

Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Cannelle BL, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence [corrected] [published erratum appears in *NURS RES* 2006 Nov-Dec;55(6):446]. *Nursing Research* 2006; 55(5): 308-315.

March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(10): 1132-1143.

Maroun RA, Thackeray LA, Midgley N. Meaning and medication: a thematic analysis of depressed adolescents' views and experiences of SSRI antidepressants alongside psychological therapies. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 374.

Martin MW. Depression and Identity. In: *From Morality to Mental Health*. New York: Oxford University Press; 2006. URL: <http://www.oxfordscholarship.com/10.1093/0195304713.001.0001/acprof-9780195304718-chapter-12>.

Masselink M, Van Roekel E, Oldehinkel AJ. Self-esteem in Early Adolescence as Predictor of Depressive Symptoms in Late Adolescence and Early Adulthood: The Mediating Role of Motivational and Social Factors. *Journal of Youth & Adolescence* 2018; 47(5): 932-946.

McMahon E, Corcoran P, O'Regan G, Keeley H, Cannon M, Carli V et al. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2017; 26(1): 111-122.

Memon AM, Sharma SG, Mohite SS, Jain S. The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: A systematized review of literature. *Indian J Psychiatry* 2018; 60(4): 384-392.

Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; (1): CD003380.

National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. In: Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care. Leicester (UK): British Psychological Society Copyright © 2005, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2005.

Nelson EA. Ethical concerns associated with childhood depression. Bioethics forum 2002; 18(3-4): 55-62.

NHS. Treatment: Clinical depression [online]. [Zugriff: 18.05.2020]. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/clinical-depression/treatment/>.

O'Keeffe S, Martin P, Target M, Midgley N. 'I just stopped going': A mixed methods investigation into types of therapy dropout in adolescents with depression. Frontiers in Psychology Vol 10 2019, ArtID 75 2019; 10.

Parens E, Johnston J. Mental Health in Children and Adolescents. In: Crowley M (Ed). From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns. NY: The Hastings Center; 2008. S. 101-106. URL: <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/mental-health-in-children-and-adolescents/>.

Picouto MD, Braquehais MD. Use of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: clinical considerations. International Journal of Adolescent Medicine & Health 2013; 25(3): 213-219.

Preston J. Pharmacologic treatment of depression: New developments and the need for an integrated approach. Journal of Family Psychotherapy 2006; 17(3-4): 35-52.

Preston J. Pharmacologic Treatment of Depression. Journal of Family Psychotherapy 2007; 17(3-4): 35-52.

Rasic D, Asbridge M, Kisely S, Langille D. Longitudinal associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk among adolescents in Nova Scotia. Canadian Journal of Psychiatry 2013; 58(5): 291-299.

Riba M. Can A Split-Treatment Model Work? . Psychiatric Times 2002; 19(7).

Rodriguez del Pozo P. Confidential mental health treatment for adolescents. Virtual Mentor 2012; 14(9): 695-700.

Shapiro M. Teenage depression: If a parent doesn't get treatment for a child, is that abuse? [online]. [Zugriff: 27.05.2020]. URL: <https://theconversation.com/teenage-depression-if-a-parent-doesnt-get-treatment-for-a-child-is-that-abuse-95353>.

Shearer MC, Bermingham SL. The ethics of paediatric anti-depressant use: erring on the side of caution. Journal of Medical Ethics 2008; 34(10): 710-714.

Sher L. Antidepressants and side-effects. QJM : monthly journal of the Association of Physicians 2001; 94(10): 567.

Siu AL, Force USPST. Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine 2016; 164(5): 360-366.

Soeteman DI, Miller M, Kim JJ. Modeling the risks and benefits of depression treatment for children and young adults. Value in Health 2012; 15(5): 724-729.

Sondheimer A. Ethics and Child and Adolescent Psychiatry. Psychiatric Times 2010; 27(6).

Sparks JA. Taking a stand: Challenging medical discourse. Journal of Marital and Family Therapy 2002; 28(1): 51-59.

Sparks JA, Duncan BL. The ethics and science of medicating children. Ethical Hum Psychol Psychiatry 2004; 6(1): 25-39.

Stewart. RS. Hacking the blues: The construction of the depressed adolescent. International journal of Applied Philosophy 2001; 15(2): 2019-2237.

Thabrew H, Stasiak K, Hetrick SE, Donkin L, Huss JH, Highlander A et al. Psychological therapies for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018; 12: CD012488.

Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal Behavior in Children Younger than Twelve: A Diagnostic Challenge for Emergency Department Personnel. Academic Emergency Medicine 2007; 14: 818.

Tran TV. Double jeopardy effect of perceived discrimination and lack of parental support on depression among adolescents of immigrant parents. International Journal of Culture & Mental Health 2018; 11(4): 667-678.

Valluri S, Zito JM, Safer DJ, Zuckerman IH, Mullins CD, Korelitz JJ. Impact of the 2004 Food and Drug Administration pediatric suicidality warning on antidepressant and psychotherapy treatment for new-onset depression. Medical Care 2010; 48(11): 947-954.

Vitiello B, Ordonez AE. Pharmacological treatment of children and adolescents with depression. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2016; 17(17): 2273-2279.

Vitiello B, Pearson JL. A depressed adolescent at high risk of suicidal behavior. American Journal of Psychiatry 2008; 165(3): 323-328; quiz 408.

Weitkamp K, Klein E, Midgley N. The experience of depression: A qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. Global Qualitative Nursing Research 2016; 3: 1-12.

Wells KC, Albano AM. Parent Involvement in CBT Treatment of Adolescent Depression: Experiences in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *Cognitive and Behavioral Practice* 2005; 12(2): 209-220.

WHO Europe. Adolescent mental health in the European Region. Denmark: World Health Organization; 2018. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf?ua=1.

Zhang S, Baams L, van de Bongardt D, Dubas JS. Intra- and Inter-Individual Differences in Adolescent Depressive Mood: the Role of Relationships with Parents and Friends. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2018; 46(4): 811-824.

A8.3.2 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu sozialen Aspekten

Carlberg G, Thorén A, Billström S, Odhammar F. Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy* 2009; 35(2): 175-193.

Cossu G, Cantone E, Pintus M, Cadoni M, Pisano A, Otten R et al. Integrating children with psychiatric disorders in the classroom: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2015; 11(Supplement 1): 41-57.

Hoffmann F, Petermann F, Glaeske G, Bachmann CJ. Prevalence and Comorbidities of Adolescent Depression in Germany. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2012; 40(6): 399-404.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Wege zur Psychotherapie: Wo gibt es Hilfe? [online]. 28.11.2018 [Zugriff: 10.09.2020]. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/wege-zur-psychotherapie-wo-gibt-es-hilfe.2576.de.html>.

Klasen F, Meyrose AK, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberger U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2017; 165(5): 402-407.

Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends; Robert Koch-Institut, Berlin. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3 (3).

Løvgren A, Røssberg JI, Nilsen L, Engebretsen E, Ulberg R. How do adolescents with depression experience improvement in psychodynamic psychotherapy? A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 95.

Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2016; 20(69): 1-508.

Maroun RA, Thackeray LA, Midgley N. Meaning and medication: a thematic analysis of depressed adolescents' views and experiences of SSRI antidepressants alongside psychological therapies. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 374.

Nagayama Hall GC, Kim-Mozeleski JE, Zane NW, Sato H, Huang ER, Tuan M et al. Cultural Adaptations of Psychotherapy: Therapists' Applications of Conceptual Models with Asians and Asian Americans. *Asian American journal of psychology* 2019; 10(1): 68-78.

Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLOS ONE* 2019; 14(3): e0213700.

Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U. Psychotherapeutische Versorgung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41; Robert Koch-Institut, Berlin. 2008.

Selles RR, Zepeda R, Dane BF, Novoa JC, Gutfreund D, Nelson R et al. Parental Perceptions of Mental Health Care for Children in El Salvador. *Journal of Child and Family Studies* 2015; 24(11): 3396-3401.

Stevens J, Wang W, Fan L, Edwards MC, Campo JV, Gardner W. Parental Attitudes Toward Children's Use of Antidepressants and Psychotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2009; 19(3): 289-296.

Weitkamp K, Klein E, Midgley N. The experience of depression: A qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. *Global Qualitative Nursing Research* 2016; 3: 1-12.

Wittchen H, Jacobi F, Klose M, Ryl L. Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51; Robert Koch-Institut; Berlin. 2010.

Wren FJ, Foy JM, Ibeziako PI. Primary care management of child & adolescent depressive disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2012; 21(2): 401-419, ix-x.

A8.3.3 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu rechtlichen Aspekten

Bundesgerichtshof 15.03.2005, VI ZR 313/03.

Bundesgerichtshof 05.12.1958, VI ZR 266/57.

Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK). Ab 2022: Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens [online]. [Zugriff: 15.01.2020]. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/10/20191007_pm_bptk_Qualitätssicherung-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf.

Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK). Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [online]. [Zugriff: 23.03.2021]. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Muster-Berufsordnung_der_BPtK.pdf.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8.6.2000 - Geändert durch § 5 Satz 3 V v. 18.10.2001/2721 [online]. [Zugriff: 28.06.2020]. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/gop/BJNR081800000.html>.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie - in Kraft getreten am 24. Januar 2020 [online]. [Zugriff: 31.03.2020]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Entwicklung einer Befragung für Patientinnen und Patienten zu ihrer ambulanten Psychotherapie [online]. [Zugriff: 15.01.2020]. URL: https://iqtig.org/dateien/datenerfassung/befragungen/2020-05-11-IQTIG_Aufruf_Standard-Pretest-Ambulante_PT.pdf.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Psychotherapie für Kinder und Jugendliche: Kontingente und Bewilligungsschritte [online]. [Zugriff: 07.01.2021]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Kinder_Jugendliche.pdf.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Gutachtertätigkeit für die ambulante Psychotherapie [online]. [Zugriff: 15.01.2020]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinfo_spezial_PT-Gutachter.pdf.

Pachinger MM, Beham G (Ed). Datenschutz-Audit: Recht, Organisation, Prozess, IT; der Praxisleitfaden zur Datenschutz-Grundverordnung. Wien: LexisNexis; 2017.

Pro Psychotherapie e.V. Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sortiert nach Bundesländern [online]. [Zugriff: 28.06.2020]. URL: <https://www.therapie.de/psyche/info/ratgeber/links/berufsrechtliche-regelungen/regelungen-fuer-psychotherapeuten/>.

Spickhoff A (Ed). Medizinrecht³. München: C.H.Beck; 2018.

Wybitul T. Handbuch EU-Datenschutz-Grundverordnung. Frankfurt am Main: Fachmedien Recht und Wirtschaft 2017.

A8.3.4 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu organisatorischen Aspekten

Bundesärztekammer. Bekanntmachungen: Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG – Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT). Dtsch Arztebl International 2006; 5(10): [473].

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). AWMF-Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 2013. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-043l_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07-abgelaufen.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie - in Kraft getreten am 24. Januar 2020 [online]. [Zugriff: 31.03.2020]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Wege zur Psychotherapie: Wo gibt es Hilfe? [online]. 28.11.2018 [Zugriff: 10.09.2020]. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/wege-zur-psychotherapie-wo-gibt-es-hilfe.2576.de.html>.

Klasen F, Meyrose AK, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberger U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Monatsschrift Kinderheilkunde 2017; 165(5): 402-407.

Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends; Robert Koch-Institut, Berlin. Journal of Health Monitoring 2018; 3 (3).

Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. Health Technology Assessment (Winchester, England) 2016; 20(69): 1-508.

Maroun RA, Thackeray LA, Midgley N. Meaning and medication: a thematic analysis of depressed adolescents' views and experiences of SSRI antidepressants alongside psychological therapies. BMC Psychiatry 2018; 18(1): 374.

Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U. Psychotherapeutische Versorgung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41; Robert Koch-Institut, Berlin. 2008.

Wagner CJ, Metzger FG, Sievers C, Marschall U, L'Hoest H, Stollenwerk B et al. Depression-related treatment and costs in Germany: Do they change with comorbidity? A claims data analysis. Journal of Affective Disorders 2016; 193: 257-266.

Wittchen H, Jacobi F, Klose M, Ryl L. Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51; Robert Koch-Institut; Berlin. 2010.

A9 Suchstrategien

A9.1 Suchstrategien zur Nutzenbewertung

A9.1.1 Suchstrategien in bibliografischen Datenbanken

MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) 1946 to March Week 4 2020,
- Ovid MEDLINE(R) Daily Update April 06, 2020

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [288] – Strategy minimizing difference between sensitivity and specificity

#	Searches
1	exp Depressive Disorder/
2	Depression/
3	depress*.ti,ab.
4	or/1-3
5	exp Psychotherapy/
6	Problem Solving/
7	((psychological or group) adj1 therap*).ti,ab.
8	(cognitive adj3 (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention)).ti,ab.
9	psychotherap*.ti,ab.
10	CBT.ti,ab.
11	(problem adj1 solving).ti,ab.
12	or/5-11
13	exp pediatrics/
14	(infan* or newborn* or new-born or perinat* or neonat* or baby or baby* or babies or toddler* or minors or minors* or boy or boys or boyfriend or boyhood or girl* or kid or kids or child or child* or children* or schoolchild* or schoolchild or adolescen* or juvenil* or youth* or teen* or under*age* or pubescen* or pediatric* or paediatric* or peadiatric* or prematur* or preterm*).af.
15	(school child* or school*).ti,ab.
16	or/13-15
17	meta analysis.mp,pt.
18	search*.tw.
19	review.pt.
20	or/17-19 [Wong - Strategy minimizing difference between sensitivity and specificity]
21	20 not (exp animals/ not humans.sh.)
22	and/4,12,16,20

#	Searches
23	22 and (english or german).lg.
24	..l/ 22 yr=2010-Current

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations 1946 to April 06, 2020,
- Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print April 06, 2020

#	Searches
1	depress*.ti,ab.
2	((psychological or group) adj3 therap*).ti,ab.
3	(cognitive adj5 (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention)).ti,ab.
4	psychotherap*.ti,ab.
5	CBT.ti,ab.
6	(problem adj1 solving).ti,ab.
7	or/2-6
8	(infan* or newborn* or new-born or perinat* or neonat* or baby or baby* or babies or toddler* or minors or minors* or boy or boys or boyfriend or boyhood or girl* or kid or kids or child or child* or children* or schoolchild* or schoolchild or adolescen* or juvenil* or youth* or teen* or under*age* or pubescen* or pediatric* or paediatric* or peadiatric* or prematur* or preterm*).af.
9	(school child* or school*).ti,ab.
10	or/8-9
11	(meta analysis or review or search*).ti,ab.
12	and/1,7,10,11
13	12 and (english or german).lg.
14	..l/ 12 yr=2010-Current

Embase***Suchoberfläche: Ovid***

- Embase 1974 to 2020 April 07

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [288] – High specificity strategy

#	Searches
1	exp Depression/
2	depress*.ti,ab.
3	or/1-2

#	Searches
4	exp Psychotherapy/
5	Problem Solving/
6	((psychological or group) adj1 therap*).ti,ab.
7	(cognitive adj3 (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention)).ti,ab.
8	psychotherap*.ti,ab.
9	CBT.ti,ab.
10	(problem adj1 solving).ti,ab.
11	or/4-9
12	exp pediatrics/
13	(infan* or newborn* or new-born or perinat* or neonat* or baby or baby* or babies or toddler* or minors or minors* or boy or boys or boyfriend or boyhood or girl* or kid or kids or child or child* or children* or schoolchild* or schoolchild or adolescen* or juvenil* or youth* or teen* or under*age* or pubescen* or pediatric* or paediatric* or peadiatric* or prematur* or preterm*).af.
14	(school child* or school*).ti,ab.
15	or/12-14
16	(meta analysis or systematic review or MEDLINE).tw.
17	16 not (exp animal/ not exp human/)
18	and/3,11,15,17
19	18 not medline.cr.
20	19 not (Conference Abstract or Conference Review or Editorial).pt.
21	20 and (english or german).lg.
22	limit 21 to yr="2010 -Current"

Health Technology Assessment Database (INAHTA)

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	Depressive Disorder[mhe]
2	Depression[mh]
3	depress*[Title] OR depress*[abs]
4	#3 OR #2 OR #1
5	Psychotherapy[mhe]
6	Problem Solving[mh]
7	(psychological or group) and therap*[Title] OR (psychological or group) and therap*[abs]
8	cognitive and (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention) [Title] OR cognitive and (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention) [abs]
9	psychotherap*[Title] OR psychotherap*[abs]
10	CBT[Title] OR CBT[abs]
11	problem and solving[Title] OR problem and solving[abs]
12	#11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5

#	Searches
13	Pediatrics[mhe]
14	infan* or newborn* or new-born or perinat* or neonat* or baby or baby* or babies or toddler* or minors or minors* or boy or boys or boyfriend or boyhood or girl* or kid or kids or child or child* or children* or schoolchild* or schoolchild or adolescen* or juvenil* or youth* or teen* or under*age* or pubescen* or pediatric* or paediatric* or peadiatric* or prematur* or preterm*
15	school child* or school*[Title] OR school child* or school*[abs]
16	#15 OR #14 OR #13
17	#16 AND #12 AND #4

A9.1.2 Suche in Studienregistern

Orientierende Suche in Prospero, am 20.01.2020

Suchstrategie (Suche nur im Titel)

(depress* AND (child* OR adolescent)):TI

Treffer: 84

A9.1.3 Suchstrategien zur gesundheitsökonomische Bewertung

MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to April 08, 2020

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Gesundheitsökonomische Studien: Woodworth [289] –Cost-Benefit Studies

#	Searches
	exp Depressive Disorder/
2	Depression/
3	depress*.ti,ab.
4	or/1-3
5	exp Psychotherapy/
6	Problem Solving/
7	((psychological or group) adj1 therap*).ti,ab.
8	(cognitive adj3 (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention)).ti,ab.
9	psychotherap*.ti,ab.
10	CBT.ti,ab.
11	(problem adj1 solving).ti,ab.
12	or/5-11

#	Searches
13	exp pediatrics/
14	(infan* or newborn* or new-born or perinat* or neonat* or baby or baby* or babies or toddler* or minors or minors* or boy or boys or boyfriend or boyhood or girl* or kid or kids or child or child* or children* or schoolchild* or schoolchild or adolescen* or juvenil* or youth* or teen* or under*age* or pubescen* or pediatric* or paediatric* or peadiatric* or prematur* or preterm*).af.
15	(school child* or school*).ti,ab.
16	or/13-15
17	(economic\$ or cost\$).ti.
18	cost benefit analysis/
19	treatment outcome/ and ec.fs.
20	or/17-19
21	20 not ((animals/ not humans/) or letter.pt.)
22	and/4,12,16,20
23	22 not (comment or editorial).pt.
24	23 and (english or german).lg.

Embase

Suchoberfläche: Ovid

- Embase 1974 to 2020 April 08

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Gesundheitsökonomische Studien: Glanville [290] – Embase G

#	Searches
1	exp Depression/
2	depress*.ti,ab.
3	or/1-2
4	exp Psychotherapy/
5	Problem Solving/
6	((psychological or group) adj1 therap*).ti,ab.
7	(cognitive adj3 (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention)).ti,ab.
8	psychotherap*.ti,ab.
9	CBT.ti,ab.
10	(problem adj1 solving).ti,ab.
11	or/4-9
12	exp pediatrics/

#	Searches
13	(infan* or newborn* or new-born or perinat* or neonat* or baby or baby* or babies or toddler* or minors or minors* or boy or boys or boyfriend or boyhood or girl* or kid or kids or child or child* or children* or schoolchild* or schoolchild or adolescen* or juvenil* or youth* or teen* or under*age* or pubescen* or pediatric* or paediatric* or peadiatric* or prematur* or preterm*).af.
14	(school child* or school*).ti,ab.
15	or/12-14
16	(Cost adj effectiveness).ab.
17	(Cost adj effectiveness).ti.
18	(Life adj years).ab.
19	(Life adj year).ab.
20	Qaly.ab.
21	(Cost or costs).ab. and Controlled Study/
22	(Cost and costs).ab.
23	or/16-22
24	and/3,11,15,23
25	24 not medline.cr.
26	25 not (exp animal/ not exp human/)
27	26 not (Conference Abstract or Conference Review or Editorial).pt.
28	27 and (english or german).lg.

Health Technology Assessment Database (INAHTA)

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	Depressive Disorder[mhe]
2	Depression[mh]
3	depress*[Title] OR depress*[abs]
4	#3 OR #2 OR #1
5	Psychotherapy[mhe]
6	Problem Solving[mh]
7	(psychological or group) and therap*[Title] OR (psychological or group) and therap*[abs]
8	cognitive and (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention) [Title] OR cognitive and (treatment or therapy or bibliotherapy or intervention* or prevention) [abs]
9	psychotherap*[Title] OR psychotherap*[abs]
10	CBT[Title] OR CBT[abs]
11	problem and solving[Title] OR problem and solving[abs]
12	#11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5
13	Pediatrics[mhe]
14	infan* or newborn* or new-born or perinat* or neonat* or baby or baby* or babies or toddler* or minors or minors* or boy or boys or boyfriend or boyhood or girl* or kid or kids or child or child* or

#	Searches
	children* or schoolchild* or schoolchild or adolescen* or juvenil* or youth* or teen* or under*age* or pubescen* or pediatric* or paediatric* or peadiatric* or prematur* or preterm*
15	school child* or school*[Title] OR school child* or school*[abs]
16	#15 OR #14 OR #13
17	#16 AND #12 AND #4

A10 E-Mail-Anfragen zur ökonomischen Bewertung

Anfrage-E-Mail für die Informationen zu einer IPT

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich melde mich bei Ihnen im Namen des Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA), Wien.

Im Zuge eines HTA-Berichtes für die Reihe ThemenCheck Medizin des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) über **psychotherapeutische Behandlungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen mit Depression** stellen wir die Kosten und Behandlungsabläufe verschiedener Therapiemöglichkeiten dar. Unter anderem wird auch eine deskriptive Darstellung der Behandlungsabläufe und der dazugehörigen Kosten für die **interpersonelle Therapie (IPT)** gemacht. Des Weiteren werden im Rahmen der Berichterstellung Aspekte hinsichtlich der Wirksamkeit und Sicherheit der jeweiligen Interventionen, ethische Aspekte, als auch soziale und rechtliche Aspekte, die mit den Interventionen und einer Depression einhergehen, unter die Lupe genommen. Ziel des ThemenCheck Medizin ist es, die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an der evidenzbasierten Medizin zu fördern und Antworten auf Fragestellungen zu finden, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsam sind.

Laut der aktuellen nationalen Leitlinie zur „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ wird zwar eine Anwendung der IPT empfohlen und es gibt auch positive Evidenz dafür, jedoch ist die IPT nicht als Richtlinienverfahren gemäß der „Psychotherapie-Richtlinie“ des G-BA zugelassen. Folglich listet der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung keine Vergütungssätze zur IPT. Gemäß den Informationen auf der Webseite DGIPT befindet sich bereits ein Antrag beim G-BA zur Prüfung der IPT in Bearbeitung.

Aus diesen Gründen möchte ich anfragen, ob Sie uns Informationen zur IPT bei **Kindern und Jugendlichen** (in einem **ambulantem** Setting) bereitstellen könnten. Speziell bräuchten wir Informationen über Behandlungsabläufe, behandlungsspezifische Abrechnungssätze oder Kosten eines „durchschnittlichen“ Therapieblocks.

Mir ist bewusst, dass der Klinikalltag sehr zeit- und arbeitsintensiv ist. Vor allem auch in Hinblick auf COVID-19. Ich würde mich allerdings über eine Antwort sehr freuen.

Unter folgenden Links können Sie weitere Informationen über die IQWiG-Reihe ThemenCheck Medizin und das Thema des Berichtes erhalten.

<https://www.themencheck-medizin.iqwig.de/> bzw. <https://www.themencheck-medizin.iqwig.de/de/hta-berichte/44-ht19-04-leichte-depressionen-bei-kindern-und-jugendlichen-fuehren-verhaltens-und-psychotherapeutische-verfahren-im-vergleich-zu-anderen-verfahren-zu-besseren-ergebnissen.164.html>

Sollten Sie Fragen haben, können Sie mich gerne kontaktieren. Ich danke Ihnen für Ihr Verständnis und verbleibe

mit freundlichen Grüßen,

Christoph Strohmaier

A11 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen, der Reviewerin und von Interview-Partnerinnen und -Partnern

Im Folgenden sind die potenziellen Interessenkonflikte der externen Sachverständigen, der Reviewerin und von der befragten Expertin und dem befragten Experten zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“. Die in diesem Formblatt verwendeten Fragen sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt. Die Namen der Betroffenen (hier: der eingebundenen Expertinnen und Experten zur Diskussion patientenrelevanter Aspekte) werden grundsätzlich nicht genannt, es sei denn, sie haben explizit in die Namensnennung eingewilligt.

Externe Sachverständige

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Kogelbauer-Leichtfried, Ursula	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein
Dobrescu, Andreea-Iulia	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Kallab, Stephan	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Kien, Christina	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Nußbaumer-Streit, Barbara	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Probst, Thomas	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Stanak, Michal	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Strohmaier, Christoph	ja	nein	ja	nein	nein	nein	ja
Teufer, Birgit	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Titscher, Viktoria	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Zechmeister-Koss, Ingrid	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja

Reviewerin

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Glechner, Anna	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Eingebundene Expertin und eingebundener Experte

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Kinder- und Jugendpsychotherapeutin	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein
Kinder- und Jugendpsychiater	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein

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

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

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

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

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

Frage 5: Haben Sie oder haben die von Ihnen unter Frage 1 genannten Einrichtungen innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (zum Beispiel Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen

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

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

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