

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

bkjpp

B K J P P

Bedrohte Kindheit –
Auftrag an die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BREMEN
DIE GLOCKE

15.–17. November 2007

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Götz-Erik Trott

17. November 2007

Offenlegung möglicher Interessenskonflikte der letzten 5 Jahre
 Freiwillige Selbstverpflichtung entspr. den Empfehlungen der DGKJPP*

* Z Kinder Jugendpsychiat 34,4: 303-305 (2006)

In den letzten 5 Jahren hatte der Autor	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Vortragshonorare	ja <input checked="" type="checkbox"/> Astra Zeneca, Janssen-Cilag, Medice, Novartis, Pfizer, ratiopharm, verschiedene Ministerien, verschiedene Universitäten	nein <input type="checkbox"/>
Industriegesponsorte Vortragsreihen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Klinische Prüfungen	ja <input checked="" type="checkbox"/> Janssen-Cilag, Lilly, Medice	nein <input type="checkbox"/>
Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Beiräten von pharmazeutischen Unternehmen	ja <input checked="" type="checkbox"/> Janssen-Cilag, Medice, Novartis	nein <input type="checkbox"/>
Aktienbesitz und Beteiligung an pharmazeutischen Unternehmen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Evidenzbasierte Medizin 1

Die Summe empirischen Wissens, das zu einem bestimmten Sachverhalt verfügbar ist.

Medizinische Entscheidungen sollen sich nach dem in klinischen Studien zusammengetragenen Wissen ausrichten.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie

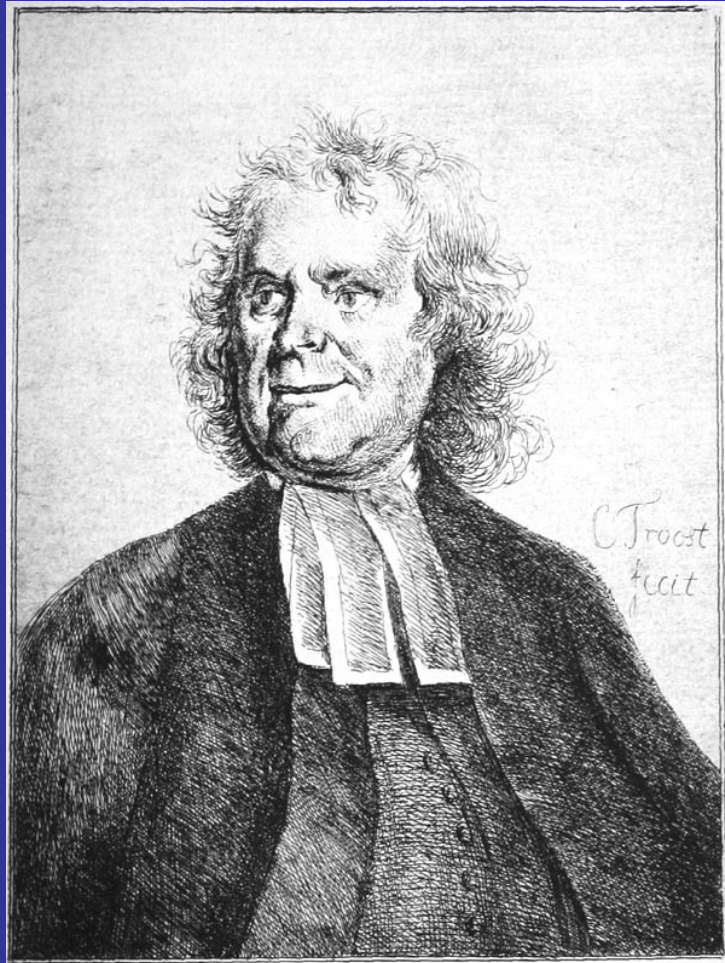


Evidenzbasierte Medizin 2

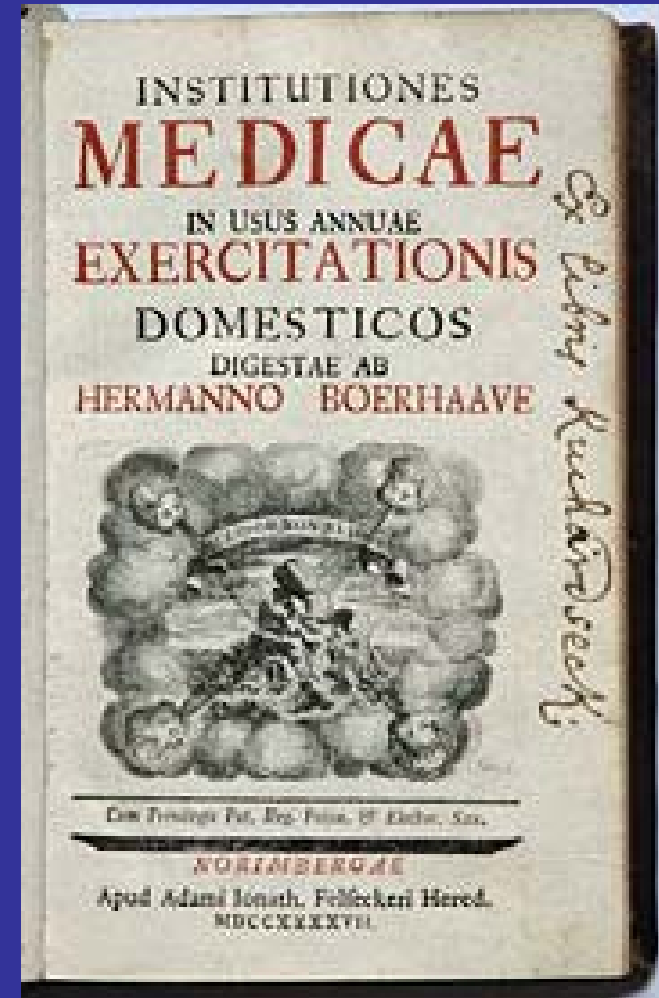
Sie ist das Ergebnis einer kritischen und systematischen Gesamtauswertung („critical appraisal“) von publizierten wissenschaftlichen Daten.

Das komplexe medizinische Wissen zu einem bestimmten Bereich wird durch Metaanalysen, systematische Reviews u. a. aufbereitet und zusammengefasst.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Herman Boerhaave



Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Gerard van Swieten

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Evidenzbasierte Medizin 3

Leitlinien können angesichts des für den einzelnen Arzt meist nicht mehr zu durchschauenden komplexen und komplizierten Wissensstandes über die Behandlung einer bestimmten Erkrankung hilfreich sein.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Leitlinien 1

Die Leitlinienbewegung steht in zeitlichem Zusammenhang mit der zunehmenden wachsenden Ressourcenproblematik im Gesundheitssystem.

Es wird von manchen befürchtet, dass Vorgaben in den Leitlinien dazu benutzt werden könnten, Behandlungsmöglichkeiten in inadäquat restriktiver Weise einzugrenzen.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Leitlinien 2

Durch die Fokussierung auf bestimmte sehr restriktive Evidenzkriterien könnte es passieren, dass traditionell bewährte Therapien als nicht effektiv eingestuft werden, weil moderne Wirksamkeitsstudien fehlen und so dem Therapieschatz entzogen werden (z.B. Tiaprid bei Tics, Imipramin bei der Enuresis).

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Leitlinien 3

Die Komplexität des jeweiligen Bereiches (z.B. EOS) wird aufgrund der notwendigen Kürze der Ausführungen, der generalisierenden Abstraktion und der immanenten Methodenprobleme vernachlässigt.

Dies könnte dazu führen, dass eine Krankenkasse einen bestimmten Therapieansatz nicht zahlt bzw. eine KV empfiehlt, bestimmte Medikamente nicht mehr zu verschreiben.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Leitlinien 4

Was in einer Leitlinie als „evidentes Faktum“ dargestellt wird, muss in der Regel weiter hinterfragt werden („eminenzbasiert“?) und bedarf bei der Anwendung im Einzelfall oft einer weitergehenden Differenzierung.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Probleme der evidenzbasierten Medizin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1

- Therapieevaluation hat in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie keine lange Tradition
- Die Psychopharmakologie wurde in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie lange vernachlässigt
- Bedingt durch unser Sozialsystem ist die Teilnahme an Studien für Patienten in Deutschland uninteressant.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Probleme der evidenzbasierten Medizin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2

- Bei vielen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern sind die erreichbaren Fallzahlen oft nicht groß
- Bedingt durch die geringe Größe der meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken ist die Durchführung von Studien dort problematisch (Patientenselektion, Schwere der Erkrankung)
- Durch die bei Studien mit Kindern und Jugendlichen besonders strengen Auflagen zur Durchführung von Studien ist die Gefahr groß, dass nur eine kleine hochselegierte Patientengruppe untersucht wird.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Probleme der evidenzbasierten Medizin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 3

- In der Behandlungsrealität müssen individuelle Besonderheiten des Patienten (Alter, Therapievorgeschichte, Disposition zu Nebenwirkungen, Komorbiditäten, Compliance etc.) berücksichtigt werden.
- Bei der gesundheitsökonomischen Analyse durch staatliche Institutionen (z.B. IQWiG oder NICE) werden nicht primär medizinische Ergebnisse berücksichtigt
- Die subjektive Lebensqualität des Patienten steht bei einer individuellen Therapie im Vordergrund; diese in Leitlinien zu berücksichtigen ist jedoch zunehmend schwierig bis unmöglich.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Beispiel Behandlung schizophrener Psychosen mit frühem Krankheitsbeginn:

- Es handelt sich um eine sehr heterogene Krankheitsgruppe
- Die absoluten Fallzahlen sind nicht sehr hoch
- Einer frühen und wirksamen Behandlung kommt sehr hohe Bedeutung für die Langzeitprognose zu

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Neuroleptika			
Medikament	Starterdosis	Dosisbereich / Tag	Wiss. Dokumentation
Amisulprid	50 mg	200 mg - 800 mg	(+)
Aripiprazol	2,5 - 5 mg / Tag	15 mg - 30 mg	-
Clozapin	12,5 mg 2 x tgl.	50 mg - 600 mg	++
Olanzapin	2,5 mg - 5 mg / Tag	5 mg - 20 mg	+
Quetiapin	25 mg - 50 mg 2 x tgl.	250 mg - 800 mg	(+)
Risperidon	0,25 - 0,5 mg / Tag	1 mg - 6 mg	+++
Ziprasidon	20 mg / Tag	80 mg - 160 mg	(+)

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Neuroleptika

Aripiprazol:

- ADHD und bipolare Störung (Tramontina et al. 2007)
- Bipolare Störung (Biederman et al. 2007)
- Tief greifende Entwicklungsstörung (Chavez et al. 2007)
- Tic-Störung (Yoo et al. 2007)
- Schizophrene Psychose (Masi et al. 2006)

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Neuroleptika

Quetiapin:

- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (Kronenberger et al. 2007, Findling et al. 2007)
- Bipolare Störung (Del Bello et al. 2007)
- Tief greifende Entwicklungsstörung (Chavez et al. 2007)
- Tic-Störung (Copur et al. 2007)

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Antidepressiva

Bupropion	ADHS (Spencer 2004) Nikotinkonsum und Substanzmissbrauch (Solhkhah et al. 2005)
Citalopram/ Escitalopram	Depression (Wagner et al. 2006, Shirazi 2005)
Sertralin	Depression (Donnelly et al. 2006, Ryan et al. 2006)
Venlafaxin	ADHS (Findling et al. 2007) Angststörung (March et al. 2007, Ryan et al. 2007) Depression (Emslie et al. 2007)

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Kombinationstherapien

Stimulanzien und Neuroleptika

Stimulanzien und Atomoxetin

Methylphenidat und D-Amphetamin

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Clonidin bzw. Guanfacin

bei ADHS und Tics

Melatonin

bei Schlafstörungen

Opiatantagonisten

bei selbstverletzendem Verhalten

Tolterodin

bei Dranginkontinenz

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Bei der Verfolgung einer besseren Therapie sollte beim individuellen Patienten die „*medicine-based-evidence*“ nicht zu Gunsten der „*evidence-based-medicine*“ vernachlässigt werden, insbesondere nicht im anspruchsvollen Alltag der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis.

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Sehr frei nach Winston Churchill:

„Die evidenzbasierte Medizin ist die Schlechteste aller Leitlinien,
ausgenommen alle anderen...“

Nicht evidenzbasierte medikamentöse Therapie



Was ist in diesem Dilemma zu tun?

- Regelmäßige überregionale Weiterbildungsseminare in der Psychopharmakologie des Kinder- und Jugendalters (z.B. Curriculum Entwicklungspsychopharmakologie)
- Regelmäßige Konsensus- Konferenzen zu bestimmten Behandlungsverfahren, bei denen aus verschiedenen Gründen eine Evidenzbasierung schwierig ist (z.B. Clozapin-Konsensus-Konferenz 1988)
- Publikation der Ergebnisse der Arbeit der Kommission „Entwicklungspsychopharmakologie“
- Systematische Sammlung von Beobachtungen aus der Alltagspraxis zu Wirkungen und unerwünschten Wirkungen