

Wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Limitationen

Vorherrschende Bilder von kinder-und jugendpsychiatrischer Pharmakotherapie in der Öffentlichkeit

FAR Rostock 2021

Prof. Dr. Michael Kölch

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Forschungsunterstützung: BMBF, BMFFSJ, BMG, Schweizer Bundesamt für Justiz, EU, Eli Lilly International Foundation, Boehringer Ingelheim, Servier, Lundbeck, Pascoe

Vortragstätigkeit Industrie : keine in den letzten 5 Jahren

Beratertätigkeit: Janssen

Autorenhonore: Beltz, Springer, Hogrefe

Keine Aktien oder Beteiligungen Pharmaindustrie

Präsident der DGKJP, Vorstandmitglied der BAG KJPP

Inhalte

- Die öffentliche Darstellung und Wahrnehmung
- Die Versorgungsrealität
- Die Evidenz und die Grenzen der Evidenz
- Die Rationale für Psychopharmakotherapie
- Fazit

Kinder und Jugendliche auf Psychopharmaka: eine verhängnisvolle Mischung

Startseite » Kinder und Jugendliche auf Psychopharmaka: eine verhängnisvolle Mischung

Kinder und Jugendliche auf Psychopharmaka: eine verhängnisvolle Mischung

© 24.11.2018, 17:16 Uhr | VertretungsNetz | 3 Kommentare

[f](#) [t](#) [@](#)

Wenn junge Menschen dauerhaft Medikamente bekommen, wird deren Notwendigkeit nur selten hinterfragt.

Werbung

kobinet
NACHRICHTEN



Psychopharmaka keine Seltenheit

Dass junge Menschen Psychopharmaka verabreicht bekommen, ist gar nicht so selten. Das zeigt sich auch bei den Meldungen der Kinder- und Jugendeinrichtungen an die Wohnervvertretung seit dem 1. Juli. „Mehr als die Hälfte der 600 bisher eingegangenen Meldungen betreffen Medikamente, und das ist erst der Anfang. Wir rechnen noch mit einem Vielfachen davon“, zeigt sich **Susanne Jaquemar**, Fachbereichsleiterin Wohnervvertretung, besorgt.

Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen werfen eine Reihe von Fragen auf. Das beginnt z.B. mit der Tatsache, dass es nur sehr wenige Medikamente gibt, die tatsächlich für unter 18-Jährige zugelassen sind. Es gibt kaum wissenschaftliche Erfahrungswerte, was Nebenwirkungen und Langzeitfolgen betrifft.

„Psychopharmaka sollten immer Teil eines Therapieplans sein und überwiegend als Unterstützung für andere Therapien dienen“, erklärt Rosalinde Pimon. „Wir erleben jedoch oft, dass Medikament um Medikament verabreicht wird, ohne dass ein konkretes Therapieziel erreicht wird. Es werden nur unangenehme Verhaltensweisen unterdrückt, mit der Konsequenz, dass die sedierende Wirkung des Medikaments im Vordergrund steht.“

Freiheitsbeschränkung durch Psychopharmaka

Solchen Umständen geht die Wohnervvertretung intensiv nach. Denn stehen zum Beispiel die dämpfende Wirkung, das Ruhigstellen oder die Unterbindung des Bewegungsdrangs einer Bewohnerin oder eines Bewohners im Vordergrund der Medikamentenverabreichung, dann handelt es sich um eine sogenannte Freiheitsbeschränkung durch Medikation.

„Für Michael haben wir eine gerichtliche Überprüfung anregt“, erzählt Pimon. Im folgenden Verfahren stellte ein gerichtlicher Sachverständiger fest, dass die Psychopharmakatherapie

Psychopharmaka: Krank gestempelt

https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/psychopharmaka-krank-gestempelte-kinder-15715623.html

ANZEIGE

ZW6 2FA 3BX

Frankfurter Allgemeine
ZEITUNG ● FAZ.NET

VOR: DENKER

Politik Wirtschaft Finanzen Feuilleton Karriere Sport Gesellschaft Stil Rhein-Main Technik Wissen Reise Abo

IMMER MEHR PSYCHOPHARMAKA

Wenn Kinder einfach krank gestempelt werden

VON HILDEGARD KAULEN - AKTUALISIERT AM 04.08.2018 - 11:21



Deutsche Bank
Mehr >

Zeit für eine Entscheidung.
F.A.Z. Machtffrage – Ihr Newsletter zur Bundestagswahl 2021. Jetzt anmelden >

„Pennap und ihre Kollegen fordern Studien zur langfristigen Sicherheit und Wirksamkeit dieser Behandlungen. Weil die meisten Medikamente für Verhaltensauffälligkeiten verschrieben werden, müsse sorgfältig über das Verhältnis aus Nutzen und Risiko nachgedacht werden, schreiben die Wissenschaftler. Die Vereinigten Staaten könnten bald neben der Opioid-Epidemie ein weiteres größeres Gesundheitsproblem haben, das sich aus dem laxen Umgang mit Psychopharmaka für die Heranwachsenden ergeben.“

Und was sagt die Studie?

- Cumulatively, **10.2% of the cohort (2196 of 35 244 ...)** received a psychotropic medication by the age of 8 years.
- Of these medication users (n = 2196), **74.9% (n = 1645) received a stimulant, most of whom (89.7% [n = 1475]) initiated use during school years (ages 5-7 years).** Our cumulative findings suggest that most psychotropic medication use in the cohort was for behavioral management, with a lower male to female ratio (1.2:1) of stimulant use compared with a 1998 statewide survey of elementary school students in this state (3.5:1).^{[41](#)}
- However, while there is clinical evidence to support the use of antipsychotics for children with schizophrenia and bipolar disorder and for some children with ASD, **only 15.1% of children (24 of 159) in the birth cohort using antipsychotics had a diagnosis of ASD, 1.9% (3 of 159) had a diagnosis of schizophrenia, and 6.3% (10 of 159) had a diagnosis of bipolar disorder...** This finding suggests that **antipsychotics are largely used for off-label behavioral management in the birth cohort, highlighting the need for a delicate benefit-risk balance.**

Patterns of Early Mental Health Diagnosis and Medication Treatment in a Medicaid-Insured Birth Cohort, Dinci Pennap, MPH, Julie M. Zito, PhD, [...], and Laurence S. Magder, PhD, **JAMA** Pediatr. 2018 Jun; 172(6): 576–584.

Warum Wissenschaft schwer vermittelbar ist und weshalb kulturelle und Versorgungs-Unterschiede in der Psychiatrie eine Rolle spielen

- Psychopharmakagebrauch in USA höher als in D
- Stimulanzen machen Hauptanteil an Verordnungen aus
- Mädchen erhalten in USA fast genauso häufig Stimulanzen wie Jungen
 - Tatsächlich zu diskutierender Befund
- 159 von 35.244 Kindern erhielten Antipsychotika
- Zulassung Antipsychotika:
- Diskussion childhood bipolar USA

Pennap et al. 2018

- 20% of medication users received 2 or more medication classes concurrently for 60 days or more.
- At age 7 years, half or more of the medicated children had more than 200 days of drug exposure.
- Welche Substanz würden wir vermuten?
- Welchen Schluß würden wir daraus ziehen?
- Was sagen die Leitlinien?

Die begriffliche Unschärfe: Ruhigstellung vs. Impulskontrolle

Weiter scharfe Kritik am System Winterhoff

02.09.2021, 16:14 Uhr

Kinderpsychiater verschrieb ruhigstellende Neuroleptika

Michael Winterhoff verschrieb Kindern jahrelang ein Medikament mit gravierenden Nebenwirkungen. Auch nach Bekanntwerden schweigen manche Einrichtungen.



Kindern wurde unter anderem das Neuroleptikum Pipamperon verschrieben. FOTO: FABIAN SOMMER/DPA

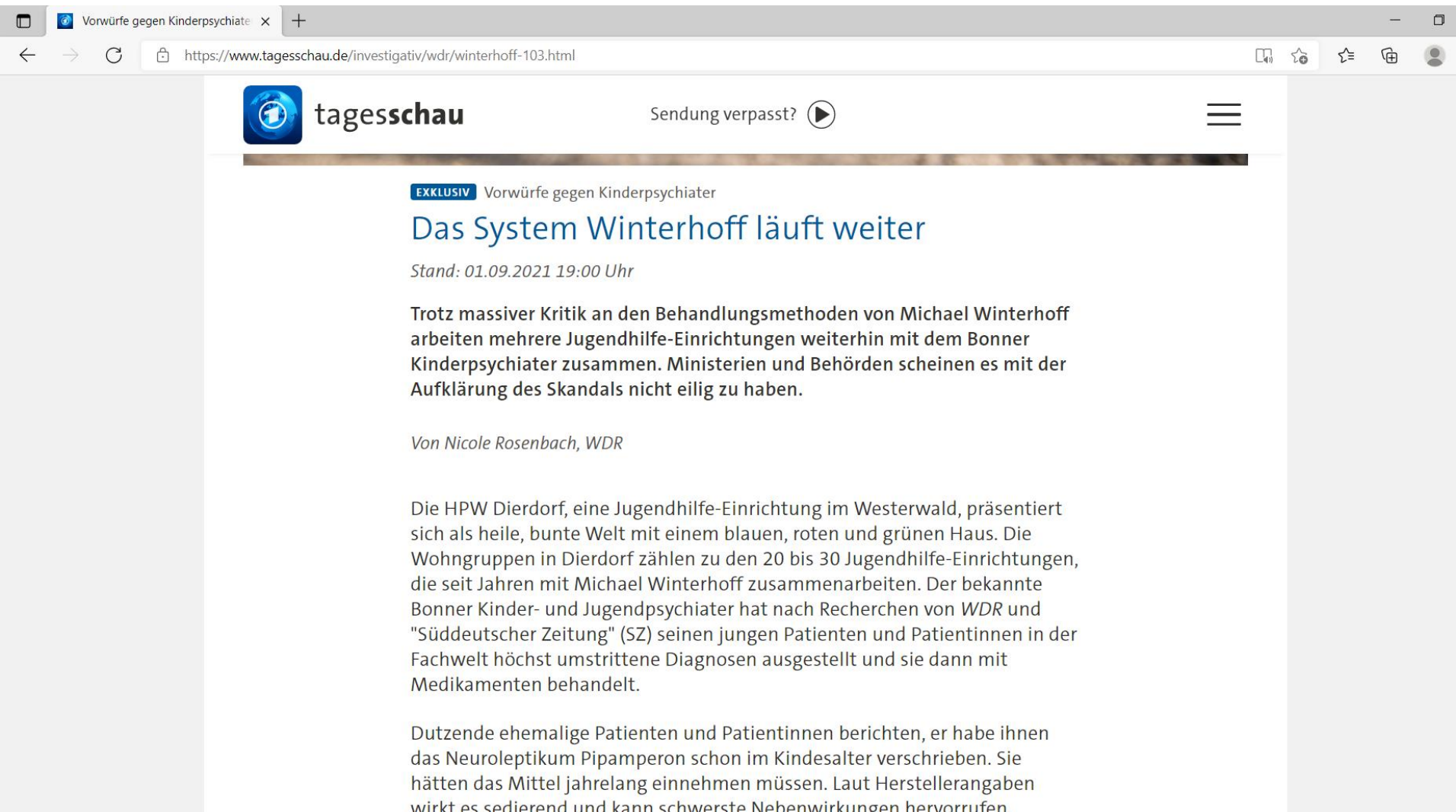
Trotz der scharfen Kritik an den Behandlungsmethoden von Michael Winterhoff aus Bonn, arbeiten mehrere Jugend-Einrichtungen noch immer mit dem zusammen. Die HPW Dierdorf, eine Jugendhilfe-Einrichtung

JETZT 12 € MINDEST-LOHN & STABILE RENTEN WÄHLEN.

SPD Soziale Politik für Dich.

NACH OBEN

Vom „kann“ und den Bildern, die entstehen



Vorwürfe gegen Kinderpsychiater

https://www.tagesschau.de/investigativ/wdr/winterhoff-103.html

tagesschau

Sendung verpasst? ▶

EXKLUSIV Vorwürfe gegen Kinderpsychiater

Das System Winterhoff läuft weiter

Stand: 01.09.2021 19:00 Uhr

Trotz massiver Kritik an den Behandlungsmethoden von Michael Winterhoff arbeiten mehrere Jugendhilfe-Einrichtungen weiterhin mit dem Bonner Kinderpsychiater zusammen. Ministerien und Behörden scheinen es mit der Aufklärung des Skandals nicht eilig zu haben.

Von Nicole Rosenbach, WDR

Die HPW Dierdorf, eine Jugendhilfe-Einrichtung im Westerwald, präsentiert sich als heile, bunte Welt mit einem blauen, roten und grünen Haus. Die Wohngruppen in Dierdorf zählen zu den 20 bis 30 Jugendhilfe-Einrichtungen, die seit Jahren mit Michael Winterhoff zusammenarbeiten. Der bekannte Bonner Kinder- und Jugendpsychiater hat nach Recherchen von WDR und "Süddeutscher Zeitung" (SZ) seinen jungen Patienten und Patientinnen in der Fachwelt höchst umstrittene Diagnosen ausgestellt und sie dann mit Medikamenten behandelt.

Dutzende ehemalige Patienten und Patientinnen berichten, er habe ihnen das Neuroleptikum Pipamperon schon im Kindesalter verschrieben. Sie hätten das Mittel jahrelang einnehmen müssen. Laut Herstellerangaben wirkt es sedierend und kann schwerste Nebenwirkungen hervorrufen.



Die Sehnsucht nach einfacher Wahrheit: so

The screenshot shows the Amazon.de website interface. The browser's address bar displays the URL: amazon.de/Warum-unsere-Kinder-Tyrannen-werden/dp/3442171288/ref=asc_df_3442171288/?tag=&linkCode=df0&hvadid=310584922441&hvpos=&hvnetw=g&hvrand=11669536735425669581&h.... The page features a dark header with the Amazon logo and navigation links. The main content area displays the book cover for 'Warum unsere Kinder Tyrannen werden' by Michael Winterhoff. The cover has a white background with the title in large, bold, red and black letters, and a faint, abstract line drawing of a child's face in the background. The subtitle 'Oder: Die Abschaffung der Kindheit' is at the bottom. To the right of the cover, a sidebar provides product details: the author's name, the title, a 5-star rating with 754 reviews, the price (EUR 11,00), and a button to add the book to the cart. Below the cart button, there is a link to 'Weitere Kaufoptionen anzeigen'. The bottom of the page shows delivery options, including 'GRATIS Lieferung: Dienstag, 5. Okt.' and 'Schnellste Lieferung: Morgen'.

Die Sehnsucht nach einfacher Wahrheit: so oder so...

Der Fall Winterhoff - ist Dr. Winterhoff unantastbar?

https://www.kinder-verstehen.de/mein-werk/blog/der-fall-winterhoff-ist-dr-winterhoff-unantastbar/

Home
Über mich >
Meine Themen >
Mein Werk >
Shop

Jugendamt Jugendhilfe Medien Politik Winterhoff

Kommentar 2. September 2021

Der Fall Winterhoff – ist Dr. Winterhoff unantastbar?



Vor bald einem Monat wurde die Dokumentation über das "System Winterhoff" ausgestrahlt. Die mir zunächst bekannt gewordenen Reaktionen: Entsetzen, gemischt mit der Frage: Wie konnte so etwas passieren? Und jetzt? Werden wir herausfinden, "wie so etwas" passieren konnte? Und: wollen das überhaupt alle?

Man könnte die Recherche zum „System Winterhoff“ eine Erfolgsgeschichte nennen. Und das ist sie auch:

► mehrere Strafanzeigen wurden gegen Dr. Winterhoff gestellt, unter anderem

kinder-verstehen.de

Suchen...

Schlagwortregister
Presse
International
Kontakt
Danke

Abonnieren

Erhalte neue Beiträge per E-Mail

Email-Adresse

Abonnieren

Termine

In nächster Zeit keine Termine

https://www.kinder-verstehen.de/thema/herbert-renz-polster/

Diagnosis and management of d x Diagnosis and management of d x Wo geht es hier eigentlich um d x +

kinder-verstehen.de

Apps

Leseliste

kinder-verstehen.de

Herzlich willkommen!

Dies ist die Webseite des Kinderarztes, Wissenschaftlers und Autors Dr. Herbert Renz-Polster. Sie stellt Informationen rund um die kindliche Entwicklung, die kindliche Gesundheit sowie zu Erziehungsfragen bereit. Zentral stehen dabei die alltäglichen Fragen der Eltern - etwa zum Schlafen, zum Essen, zum Stillen oder zur Förderung und Bildung der Kinder. Bei kontroversen Fragen beziehe ich eindeutig Stellung. Dafür unterhalte ich unter anderem [meinen Blog](#).

Home
Über mich >
Meine Themen >
Mein Werk >
Shop

Überblick
Über mich

Überblick
Meine Themen

Überblick
Meine Bücher

Überblick
Mein Blog

Suchen...

Schlagwortregister
Presse
International
Kontakt
Danke

Abonnieren

Erhalte neue Beiträge per E-Mail

Email-Adresse

Abonnieren

Termine

In nächster Zeit keine Termine

Diagnosis and management of d... x Diagnosis and management of d... x Wie Kinder heute wachsen – Nat... x +

kinder-verstehen.de/produkt/wie-kinder-heute-wachsen-natur-als-entwicklungsraum/

Apps

Leseliste

Home > Shop > Wie Kinder heute wachsen

Home
Über mich >
Meine Themen >
Mein Werk >
Shop

Mit Deinem Kauf hilfst Du, dass kinder-verstehen.de weiterhin werbefrei und unabhängig bleibt. Danke für Deine Unterstützung!

Wie Kinder heute wachsen – Natur als Entwicklungsraum.

Herbert Renz-Polster
Gerald Hüther
WIE KINDER HEUTE WACHSEN
Natur als Entwicklungsraum
Ein neuer Blick auf das kindliche Lernen, Fühlen und Denken
BELTZ

18,95 €

Enthält 7% MwSt.
zzgl. [Versand](#)
Lieferzeit: ca. 3-4 Werktage

Vorrätig

Formate

Gebunden 18,95 € Hörbuch (6 CDs) 22,00 €

Optionen

☐ Mit Signatur des Autors (gratis) 0,00 €

☐ Persönliche Widmung des Autors

Suchen...

Schlagwortregister
Presse
International
Kontakt
Danke

Abonnieren

Erhalte neue Beiträge per E-Mail

Email-Adresse

Abonnieren

Termine

In nächster Zeit keine Termine

https://www.kinder-verstehen.de/wp-content/uploads/wie-kinder-heute-wachsen-cover-square.png



Kleine Kinder sind ja nicht mehr so oft draußen. Aber wenn sie mal draußen sind, dann tragen sie eine ziemlich auffällige Spezialausrüstung: Schirmmützen mit Ohrenklappen und Nackenschutz sind Standard, das langärmelige T-Shirt sowieso, und was vom Gesicht noch rausschaut, ist weiß bemalt: Sonnencreme mit Lichtschutzfaktor fünfhundert. Mindestens. Wie kleine Feuerwehrmänner. Oder kleine Imker. Die Kinder schützen sich aber nicht vor Bienen, und auch nicht vor Flammen - sondern vor der Sonne. Denn die ist gefährlich: Mit jedem Sonnenbrand steigt das Risiko für Hautkrebs!

Anzeige

Das Standardwerk vollständig überarbeitet



Kompetenter Rat zur Vorbeugung und zur Behandlung von Kinderkrankheiten vom renommierten Kinderarzt Dr. Herbert Renz-Polster



www.koesel.de

Nun will ich nicht den Hautkrebs kleinreden. Und dennoch würde ich die Kleinen gerne von ihren Schutzanzügen befreien. Vielleicht macht das den Weg nach draußen dann auch ein bisschen leichter? Denn: Kinder und Sonne - das gehört eigentlich zusammen. Kein Kinderbild ohne Sonne! ALLE Kinder sehen die Sonne als etwas Freundliches, Viales, Heiteres! Für mich jedenfalls ist klar: Dass Millionen von Kindern das einschlägige Süßgetränk von Capri schlürfen, liegt nur daran, dass es einen unwiderstehlichen Namen hat: Capri-Sonne!

Suchen...

Schlagwortregister



Abonnieren

Erhalte neue Beiträge per E-Mail

Email-Adresse

Abonnieren

- ▶ Wie Kinder sauber werden
- ▶ Der Kinderschlaf - nachgeben oder kämpfen?
- ▶ Corona und Fiebersenkung - sind wir noch bei Trost?
- ▶ Schlafen und Essen: Müssen Kinder nachts Nahrung bekommen?

Rechtliches

- ▶ Impressum
- ▶ Datenschutz



selbstgemachte Probleme in der KJP:

- Muster von nicht nachvollziehbarer Polypharmazie
- Fehlende Standards der Überprüfung von Wirkung und Nebenwirkungen
- ...

Sibirien: Chuonnasuan (1927–2000), der letzte Schamane des kleinen tungusischen Volks der Oroken (1994)

Von Richard Noll in der Wikipedia auf Englisch - Übertragen aus en.wikipedia nach Commons durch Drilnoth mithilfe des CommonsHelper., Gemeinfrei,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=6490186>



Pressemitteilung, 25.08.2021

Mediale Präsenz und wissenschaftliche Fundierung

In medizinischen wie psychologischen Fachgebieten gibt es immer wieder Personen, die mit oftmals simplifizierenden und vereinfachenden Hypothesen eine enorme mediale Präsenz erlangen, eine ausreichende wissenschaftliche Fundierung jedoch nicht nachweisen. Die DGKJP als wissenschaftliche Fachgesellschaft distanziert sich daher klar von Äußerungen, Theorien oder Meinungen, die als Privatmeinungen pseudowissenschaftlich verbrämt werden.

Die Attraktivität simplifizierender Äußerungen ist leider ein Problem in der Aufmerksamkeit von Medien und der Öffentlichkeit, die gerne einfache Lösungen für komplexe Probleme aufzeigen wollen oder Antworten erhalten wollen. Wir kennen dies aus zahlreichen Fragestellungen, z.B. den Diskussionen um den Mediengebrauch Minderjähriger, der Versorgung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, und - in jüngster Zeit auch bei der Thematik der Folgen der Covid-19 Pandemie-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche. Die DGKJP verfolgt in ihrer Öffentlichkeitsarbeit die differenzierte und wissenschaftlich fundierte Darstellung von Ursachen, Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter als Grundtenor.

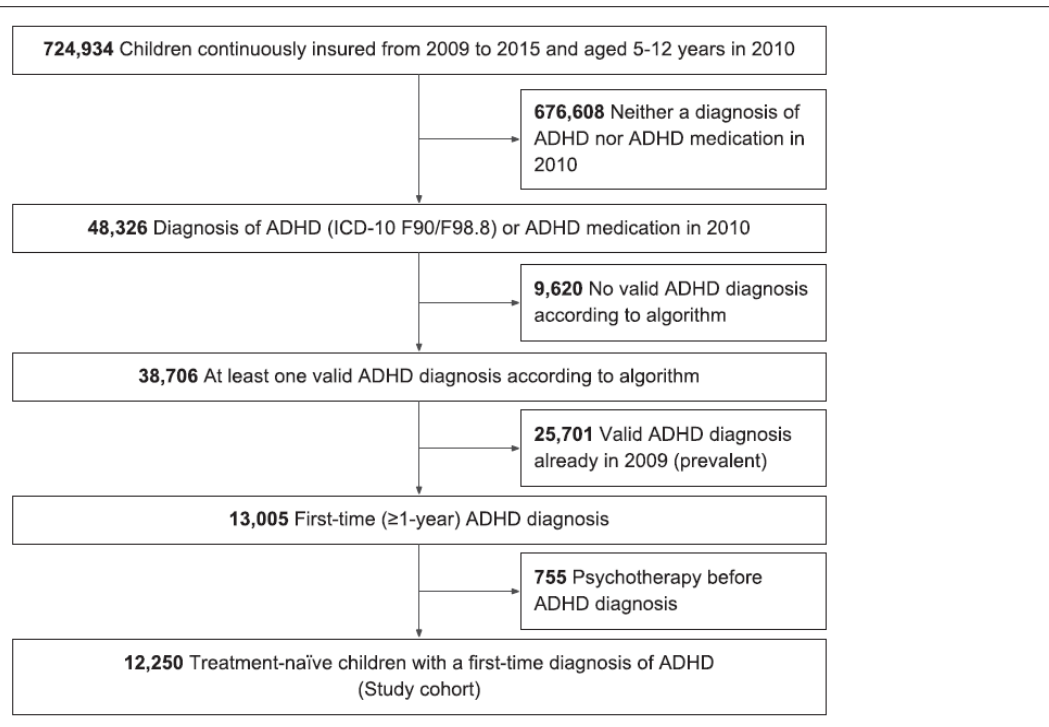
Psychopharmakoepidemiologie in D: KIJU

ADHS: Erstdiagnosen und Behandlungsarten in Deutschland

Predictors for Receiving Medication and/or Psychotherapy in Children Newly Diagnosed With ADHD: A Longitudinal Population-Based Cohort Study

Journal of Attention Disorders
1–10
© The Author(s) 2018
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1087054718816172
journals.sagepub.com/home/jad
SAGE

Oliver Scholle¹ , Jörg M. Fegert², Bianca Kollhorst¹, Eyyub E. Öztürk¹,
Oliver Riedel¹, and Michael Kölch^{2,3}



ADHS: Erstdiagnosen und Behandlungsarten in Deutschland

Table 1. Period Prevalence of Medication and Psychotherapy Among Treatment-Naïve Children After First ADHD Diagnosis Over 5 Years.

Treatment received	Time since first ADHD diagnosis (n = 12,250)				
	≤1 year	≤2 years	≤3 years	≤4 years	≤5 years
Medication ^a (%)	24.5	30.7	33.8	35.8	36.8
Medication and psychotherapy (%)	2.9	5.1	7.1	8.7	10.1
Only psychotherapy ^b (%)	6.4	7.9	9.1	9.8	10.9

Note. Treatment categories are mutually exclusive except “medication and psychotherapy,” which is a subgroup of “medication.” n = sample size.

^aIncludes methylphenidate, atomoxetine, lisdexamfetamine, and/or dexamfetamine.

^bIncluding trial sessions.

Characteristics at first ADHD diagnosis	Treatment received within 5 years						p value
	No treatment (n = 6,411)		Medication ^a (n = 4,506)		Only psychotherapy (n = 1,333)		
Male sex (n, %)	4,418	(68.9)	3,450	(76.6)	952	(71.4)	<.001
Age in years (n, %)							<.001
5-6	1,498	(23.4)	691	(15.3)	252	(18.9)	
7-9	3,236	(50.5)	2,486	(55.2)	689	(51.7)	
10-12	1,677	(26.2)	1,329	(29.5)	392	(29.4)	

Mehr Kinder mit „nur“ Psychotherapie als Combined Treatment

Beispiel depressive Störungen - DAK Report 2019

Tabelle 42: Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen stationärer Aufenthalte (Fälle je 1.000) bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren

Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)		Jungen	Mädchen	Gesamt
F32	Depressive Episode	1,7	5,2	3,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1,4	5,1	3,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,2	2,7	2,9
S06	Gehirnerschütterung	2,6	2,6	2,6
K35	Blinddarmentzündung	1,8	3,0	2,4

- Im Vergleich deutlich geringer ist die Verschreibungsprävalenz von Antidepressiva (ATC N06A).
- Insgesamt bekamen im Jahr 2016 2,9 von 1.000 Kindern bzw. Jugendlichen ein antidepressiv wirkendes Medikament verschrieben...
- ...im Jahr 2016 Mädchen (Verordnungsprävalenz 3,9 je 1.000) doppelt so häufig wie Jungen (2,0 je 1.000)

ORIGINAL CONTRIBUTION



Antidepressant prescription patterns and CNS polypharmacy with antidepressants among children, adolescents, and young adults: a population-based study in Sweden

Tyra Lagerberg¹ · Y. Molero^{1,2,3} · B. M. D'Onofrio^{1,4} · L. Fernández de la Cruz³ · P. Lichtenstein¹ · D. Mataix-Cols^{3,5} · C. Rück^{3,5} · C. Hellner^{3,5} · Z. Chang¹

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Relative Change (%) ^a	<i>P</i> ^b
All										
Total (%)	1.4	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.1	52.9	<0.001
Male (%)	0.9	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	60.8	<0.001
Female (%)	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.5	2.7	48.9	<0.001
Children (0–11 years)										
Male (%)	0.05	0.04	0.04	0.05	0.06	0.06	0.08	0.08	78.5	<0.001
Female (%)	0.02	0.02	0.02	0.02	0.03	0.03	0.04	0.04	52.9	<0.001
Adolescents (12–17 years)										
Male (%)	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	1.1	1.1	1.3	97.8	<0.001
Female (%)	1.1	1.3	1.3	1.4	1.5	1.7	1.9	2.1	86.3	<0.001
Young adults (18–24 years)										
Male (%)	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	3.2	3.4	3.6	46.3	<0.001
Female (%)	5.2	5.4	5.4	5.5	5.7	6.0	6.5	7.0	35.4	<0.001

All individuals aged below 25 years are included

^aPercentage difference in year 2013 compared with year 2006

^bCochran–Armitage trend test

Table 2 Patterns of antidepressant use in 2013, by age group and sex

	Children (0–11 years)	Adolescents (12–17 years)	Young adults (18–24 years)
Male			
Number of users	583	3920	16,937
Type (%) ^a			
TCA	1.2	2.2	4.6
SSRI	95.9	92.7	75.0
SNRI	<0.1	1.5	13.3
MAOI	<0.1	<0.1	0.1
Other	3.6	8.6	25.2
Source (%)			
Primary care	2.7	8.3	41.3
Non-psychiatric specialist care	18.9	13.5	6.1
Psychiatric care	78.4	78.2	52.7
Duration of medication (%)			
Single prescription ^b	9.4	9.5	17.2
Short term (≤ 6 m)	9.6	10.3	13.2
Medium term (6 < <i>x</i> ≤ 12 m)	11.5	15.2	15.9
Long term (> 12 m)	69.5	65.0	53.7

Evidenz

Wirksamkeit und Evidenz AP: Schizophrenie

Netzwerk-Meta-Analyse (Pagsberg et al. 2017)

12 RCT (**6 - 12 w Studiendauer**): **2157 Pat. Schizophrenie 8-19 Jahre (15,3 Mittel)**

Vergleich: entweder AP mit Plazebo oder zwei/mehre AP

4 Studien (396 Teilnehmer) verglichen zwei oder mehr AP miteinander (Olanzapin vs Risperidon; Risperidon vs Olanzapin vs Molindon; Risperidon vs Quetiapin vs Olanzapin; Paliperidon versus Aripiprazol);

davon zwei offene Studien (Risperidon vs Quetiapin vs Olanzapin und Olanzapin vs Risperidon)

8 Studien (1761 Teilnehmer): doppelblind & plazebokontrolliert (Aripiprazol; Asenapin; Olanzapin; Risperidon; Paliperidon; Quetiapine und Ziprasidone)

Ergebnis:

Vergleich zu PBO: **alle AP effektiv** mit **Ausnahme** von **Asenapin** (95% CI -0,80 bis 0,02) und **Ziprasidon** (95% CI -0,40 bis 0,12) bezogen auf PANNS Score

LL Schizophrenie (aktuell in

• **Positivsymptome**: alle AP effektiv außer Ziprasidon (95% CI -0,49 bis 0,02)

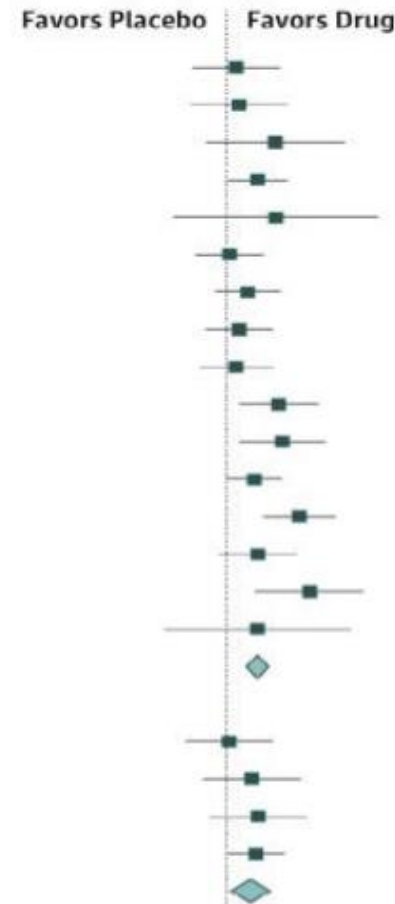
• **Negativsymptome**: alle AP effektiv außer Paliperidon, Quetiapin und Ziprasidon

Positive Wirksamkeitsnachweise für Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie liegen vor für Aripiprazol, (Haloperidol), (Olanzapin), Quetiapin,

Paliperidon(?) und Risperidon. (A)

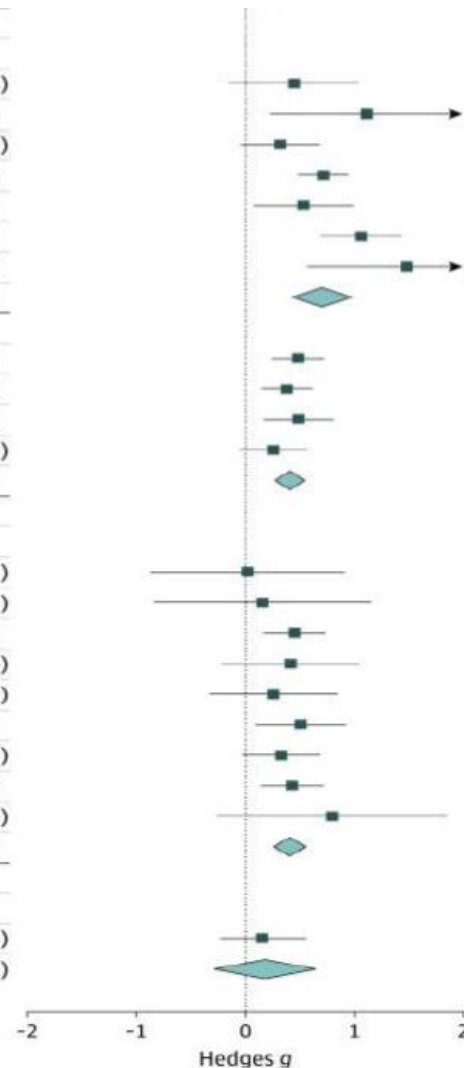
Effekte Antidepressiva bei verschiedenen Störungsbildern (Locher et al. 2017)

Source	Hedges <i>g</i>	SE (95% CI)
Depressive disorders		
SSRI		
Atkinson et al, ⁴⁸ 2014	0.05	0.17 (-0.27 to 0.38)
Emslie et al, ⁴⁹ 2014	0.07	0.19 (-0.29 to 0.44)
PIR112487, ⁴⁷ 2011	0.34	0.27 (-0.18 to 0.87)
Emslie et al, ⁴⁵ 2009	0.21	0.11 (-0.01 to 0.43)
Findling et al, ⁴⁶ 2009	0.35	0.39 (-0.42 to 1.11)
von Knorring et al, ⁴³ 2006	0.00	0.13 (-0.25 to 0.26)
Wagner et al, ²³ 2006	0.14	0.12 (-0.10 to 0.38)
Berard et al, ⁴¹ 2006	0.08	0.13 (-0.18 to 0.33)
Emslie et al, ⁴² 2006	0.05	0.14 (-0.22 to 0.33)
Wagner et al, ²² 2004	0.37	0.15 (0.07 to 0.67)
March et al, ⁴⁰ 2004	0.40	0.17 (0.07 to 0.72)
Wagner et al, ³⁹ 2003	0.19	0.11 (-0.02 to 0.39)
Emslie et al, ³⁸ 2002	0.52	0.14 (0.25 to 0.80)
Keller et al, ³⁷ 2001	0.21	0.15 (-0.08 to 0.51)
Emslie et al, ³⁶ 1997	0.60	0.21 (0.19 to 1.00)
Simeon et al, ³⁵ 1990	0.21	0.36 (-0.49 to 0.91)
Subtotal	0.21	0.04 (0.13 to 0.29)
SNRI		
Atkinson et al, ⁴⁸ 2014	0.00	0.17 (-0.33 to 0.33)
Emslie et al, ⁴⁹ 2014 ^a	0.17	0.19 (-0.20 to 0.54)
Emslie et al, ⁴⁹ 2014 ^a	0.22	0.19 (-0.15 to 0.58)
Emslie et al, ⁴⁴ 2007	0.20	0.11 (-0.02 to 0.42)
Subtotal	0.16	0.08 (0.01 to 0.31)



Effekte Antidepressiva bei verschiedenen Störungsbildern (Locher et al. 2017)

Anxiety disorders		
SSRI		
Melvin et al, ⁵⁹ 2017	0.47	0.31 (-0.14 to 1.07)
da Costa et al, ⁵⁷ 2013	1.11	0.45 (0.23 to 2.00)
Walkup et al, ⁵⁶ 2008	0.32	0.18 (-0.04 to 0.68)
Wagner et al, ⁵³ 2004	0.72	0.18 (0.49 to 0.95)
Birmaher et al, ⁵² 2003	0.53	0.23 (0.08 to 0.99)
RUPP, ⁵⁰ 2001	1.06	0.19 (0.69 to 1.43)
Rynn et al, ⁵¹ 2001	1.48	0.47 (0.56 to 2.39)
Subtotal	0.71	0.13 (0.45 to 0.97)
SNRI		
Strawn et al, ⁵⁸ 2015	0.48	0.12 (0.24 to 0.73)
March et al, ⁵⁴ 2007	0.38	0.12 (0.15 to 0.62)
Rynn et al, ⁵⁵ 2007 ^b	0.49	0.16 (0.17 to 0.81)
Rynn et al, ⁵⁵ 2007 ^b	0.26	0.16 (-0.05 to 0.57)
Subtotal	0.41	0.07 (0.27 to 0.54)
Obsessive-compulsive disorder		
SSRI		
Storch et al, ⁶⁷ 2013 ^c	0.00	0.45 (-0.89 to 0.89)
Storch et al, ⁶⁷ 2013 ^c	0.14	0.51 (-0.85 to 1.13)
Geller et al, ⁶⁶ 2004	0.44	0.14 (0.15 to 0.72)
POTS, ⁶⁵ 2004	0.40	0.32 (-0.24 to 1.04)
Liebowitz et al, ⁶⁴ 2002	0.24	0.30 (-0.35 to 0.83)
Geller et al, ⁶² 2001	0.49	0.21 (0.07 to 0.91)
Riddle et al, ⁶³ 2001	0.31	0.18 (-0.04 to 0.67)
March et al, ⁶¹ 1998	0.42	0.15 (0.13 to 0.70)
Riddle et al, ⁶⁰ 1992	0.78	0.54 (-0.28 to 1.84)
Subtotal	0.39	0.08 (0.25 to 0.54)
Posttraumatic stress disorder		
SSRI		
Robb et al, ⁷ 2010	0.16	0.20 (-0.23 to 0.56)
Subtotal	0.16	0.20 (-0.23 to 0.56)



Vielfältige Analysen bestehender Daten I

„A systematic search identified 23 systematic reviews and meta-analyses published between 2010-2016. More than 30 controlled clinical trials were conducted in adolescents, but only a few in pre-pubertal patients. About **one-third of the trials were severely statistically underpowered. Most studies failed to detect differences from placebo**, but a **few found fluoxetine effective**. Although **no suicide occurred** in these studies, antidepressants **increased suicidality risk** (including suicidal ideation and behavior) versus placebo (OR = 2.39). Only two placebo-controlled trials with acceptable statistical power were publicly funded: both showed efficacy of fluoxetine, and one found a higher incidence of suicidality (OR = 3.7, 95% C.I. 1.00-13.7).“

- Kleine Effektstärken
- Hoher Placeboeffekt auch bedingt durch Studiendesign (hohe Anzahl Zentren)
- Evidenz für schnellere und stärkere Besserung durch FLX bei Jugendlichen
- AD „for whom psychosocial interventions are either ineffective or not feasible“

„Young people should have access to both evidence-based psychological interventions and antidepressants for paediatric depression.“

Vielfältige Analysen bestehender Daten II

Responseraten: industrie- vs. öffentlich geförderte Studien

TABLE 1. Clinical Trials of Newer Antidepressant Medications for Pediatric Depression^a

Sponsor, Authors, Year, Reference	Medication	Duration (weeks)	Response Assessment	Included Children ^b	Response Rate		Sites (N)	Participants (N)
					Active Medication Group (%)	Placebo Group (%)		
NIMH								
Emslie et al., 1997 (9)	Fluoxetine	8	CGI-I	Yes	56	33	1	96
March, 2004 (8)	Fluoxetine	12	CGI-I	No	61	35	13	439 ^c
Industry								
Emslie et al., 2002 (10)	Fluoxetine	8	CGI-I	Yes	65	53	15	219
Keller et al., 2001 (11)	Paroxetine	8	CGI-I	No	66	48	12	275 ^c
Berard et al., 2006 (12)	Paroxetine	12	CGI-I	Yes	69	57	33	286
Emslie et al., 2006 (13)	Paroxetine	8	CGI-I	Yes	49	46	40	206
Wagner et al., 2003 (14)	Sertraline	10	CDRS-R	Yes	69	59	53	376
Wagner et al., 2004 (15)	Citalopram	8	CGI-I	Yes	47	45	21	178
von Knorring et al., 2006 (16)	Citalopram	12	K-SADS-P	No	60	61	31	244
Wagner et al., 2006 (17)	Escitalopram	8	CGI-I	Yes	63	62	25	264
Emslie et al., 2009 (18)	Escitalopram	8	CGI-I	No	64	53	40	312
Emslie et al., 2007 (19)	Venlafaxine XR	8	CGI-I	Yes	61	52	50	367
Atkinson et al., 2014 (20)	Duloxetine	10	CDRS	Yes	67	63	65	337 ^c
Emslie et al., 2014 (21)	Duloxetine	10	ΔCDRS-R >50%	Yes	69	60	60	463 ^c
DelBello et al., 2014 (22)	Selegiline	12	CGI-I	No	59	59	26	308
CN104-141 (23)	Nefazodone	8	CGI-I	No	63	44	15	206
CN104-187 (23)	Nefazodone	8	ΔCDRS-R	Yes	>30	>30	28	317
003-045 (24)	Mirtazapine	8	CDRS-R raw score	Yes	— ^d	— ^d	15/17 ^e	126/153 ^e

Psychotherapie bei Depression: alles evident?

Given the growing maturity of the field, this review utilized a stringent set of methodological criteria for trial inclusion, most notable for excluding trials based in sub-clinical samples of youth that had been included in previous reviews (N = 12) and including well-designed RCTs with null and negative findings (N = 8).

Findings from the current review suggest that evidence for child treatments is notably weaker than for adolescent interventions, with no child treatments achieving well established status and the evidentiary basis of treatments downgraded from previous reports. Cognitive behavioral therapy (CBT) for clinically depressed children appears to be possibly efficacious, with mixed findings across trials.

For depressed adolescents, both CBT and Interpersonal Psychotherapy (IPT) are well-established interventions, with evidence of efficacy in multiple trials by independent investigative teams. This positive conclusion is tempered by the small size of the IPT literature (N = 6) and concern that CBT effects may be attenuated in clinically complicated samples and when compared against active control conditions.

Psychotherapie völlig ohne Auswirkungen auf das Gehirn?

Research report

Neural correlates of successful psychotherapy of depression in adolescents

J. Straub^{a,*}, P.L. Plener^a, N. Sproeber^a, L. Sprenger^c, M.G. Koelch^a, G. Groen^b, B. Abler^b

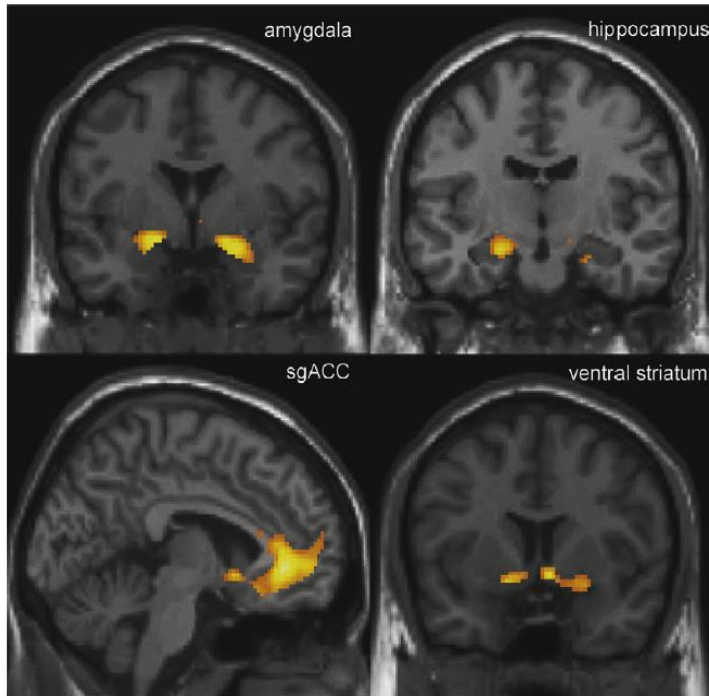


Fig. 2. Main effects of task. Results of the whole brain analysis (win minus lose trials) over the first scan in all 22 patients, PAT-W and PAT-I together, revealing differential activation within amygdala ($Y=0$), ventral striatum ($Y=10$), subgenual anterior cingulate cortex (sgACC) ($Y=25$) and hippocampus ($Y=-12$); the left side of the image corresponds to the left side of the brain.

Significant clinical and neural effects of a five weeks cognitive behavioral group therapy could be demonstrated in adolescents with major depressive disorder. In line with common models of depression ([Davidson et al., 2002](#)), activations of brain regions previously related to treatment effects, mainly in adults and with pharmacotherapy, changed significantly with successful psychotherapeutic treatment in adolescents as well.

Journal of Affective Disorders 183 (2015) 239–246

Trotzdem lieber doch „nur“ Psychotherapie?

Wissenszuwachs über Studien:

TADS Ergebnis nach 12 Wochen (u.a. Curry et al., 2006)

- Kombi am besten, keine signifikanten Unterschiede zwischen CBT & Plazebo
- Kombinationsbehandlung besser als Fluoxetin alleine - hauptsächlich bei leichteren Formen der Depression, nicht aber bei schweren (Curry et al., 2006)

Effektstärken: Kombi 0.98, Fluoxetin 0.68, CBT 0.03

Remissionsraten: Kombi 71%, Fluoxetin 60.6%, CBT 43.2%, Pbo 34.8%

ADAPT (Goodyer et al., 2008)

CBT: 1x pro Woche in den ersten 12 Wochen (treatment), danach alle 14 Tage für weitere 12 Wochen (maintenance)

- signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik in beiden Gruppen
- kein Unterschied der beiden Gruppen → CBT brachte keine weitere Verbesserung
- 20% aller Patienten waren non-responders
- BII (brief initial intervention) für 30% hilfreich!

IMPACT (Goodyer et al. 2017)

- Response unabhängig, ob
- Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologische Kurzzeittherapie oder Beratung
- ein Großteil der Patienten weist im Langzeitverlauf eine ähnliche Symptomreduktion auf.....

Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance

Kathryn Hopkins *technical analyst*¹, Paul Crosland *health economist*¹, Nicole Elliott *associate director*¹, Susan Bewley *committee chair and professor in complex obstetrics*², On behalf of the Clinical Guidelines Update Committee B

The original 2005 guideline recommended offering antidepressants only if a trial of psychological therapy was ineffective. The main change will be that clinicians should now consider starting treatment with antidepressants and psychological therapy simultaneously for young people with moderate to severe depression. A possible barrier to implementation may be overcoming concerns about the safety of antidepressants in young people (relating to suicidal thoughts). However, the evidence reviewed by the committee did not show an increase in suicidal ideation in young people treated with antidepressants and psychological therapy compared with those treated with psychological therapy alone, but it did

- For initial treatment in young people (12-18 years), consider combined therapy (fluoxetine and psychological therapy) as an alternative to psychological therapy followed by combined therapy (see next recommendation). Note that use of fluoxetine for the treatment of depression in young people without an unsuccessful trial period of psychological therapy is outside of the licensed indications. (New recommendation.) [*Based on moderate to low quality RCTs.*]
- If depression in a child or young person does not respond to psychological therapy after four to six treatment sessions, undertake a multidisciplinary review. [*Based on the experience and opinion of the 2005 GDG.*]

- After multidisciplinary review:

- If the child or young person's depression is not responding to psychological therapy because of coexisting factors, such as comorbid conditions, persisting psychosocial risk factors (for instance family discord), or parental mental ill health, consider alternative or additional psychological therapy for the parent or other family members, or alternative psychological therapy for the patient [*Based on the experience and opinion of the 2005 GDG.*]

- Offer fluoxetine if depression in a young person (12-18 years) is unresponsive to a specific psychological therapy

after four to six sessions. Note that fluoxetine is the only antidepressant licensed for use in depression in young people (Reviewed 2015, unchanged.) [*Based on moderate to low quality RCTs and the experience and opinion of the 2005 GDG.*]

- Cautiously consider fluoxetine if depression in a child (5-11 years) is unresponsive to a specific psychological therapy after four to six sessions, although the evidence for fluoxetine's effectiveness in this age group is not established. Note that use of fluoxetine for the treatment of depression in children under 8 years is outside of the licensed indications. (Reviewed 2015, unchanged.) [*Based on moderate to low quality RCTs and the experience and opinion of the 2005 GDG.*]

NICE Guideline 2019

- The child or young person and their parents or carers have been fully involved in discussions about the likely benefits and risks of the new treatment and have been provided with appropriate written information. This information should cover the rationale for the drug treatment, the delay in onset of effect, the time course of treatment, the possible side effects, and the need to take the medication as prescribed; it should also include the latest patient information advice from the relevant regulatory authority.

Was ist die Rationale?

Was ist das Ziel für eine Behandlung?

Generelle Aspekte bei Psychopharmakotherapie bei Minderjährigen

- Warum?
 - Effektivität: z.B. ADHD
 - Einschränkungen Teilhabe: z.B. Autismus, behavioral use
 - Chronizität: z.B. MDD
- Wann?
 - First-line: z.B. ADHD, Schizophrenie, Manie
 - Wenn andere Verfahren in angemessener Zeit (!) nicht ausreichend effektiv waren, z.B. MDD, Angst, Zwänge
- Wie?
 - Evidenzbasiert, entwicklungsbezogen, rational, z.B. Wahl der Substanz, Dosisadaptation, Überprüfung der Wirkung/NW, angemessene Sicherheitsuntersuchungen

Generelle Aspekte bei Psychopharmakotherapie bei Minderjährigen

- Wie?
 - Evidenzbasiert:
 - welche Substanz hat die besten Hinweise für Effektivität?
 - welche Substanz hat die beste Wirkungs-/Nebenwirkungsratio?
 - Entwicklungsbezogen:
 - welche Substanz ist für das Alter am besten geeignet, bzw. zeigt ggfs. altersbezogene Risiken?
 - ist eine Dosisadaptation notwendig?
 - welche Applikation ist altersangemessen?
 - Sicherheitsrelevante Surveillance:
 - Überprüfung der Wirkung/NW,
 - angemessene Sicherheitsuntersuchungen

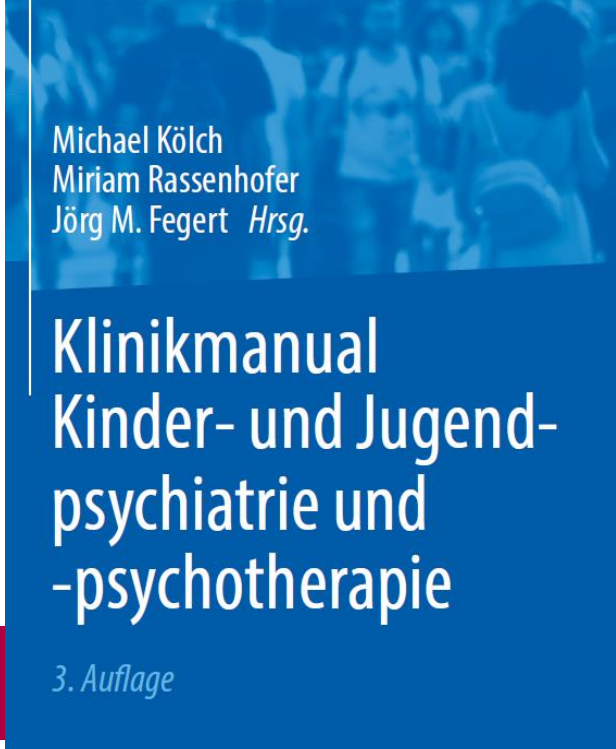
Rationale Pharmakotherapie

Missverständnisse z.B. Sicherheitsuntersuchungen

- Sinn von Untersuchungen hinterfragen: Teil der Diagnostik oder, weil spezifische Nebenwirkungen erwartbar?
 - Bsp. Stimulanzien: EKG und EEG?
 - Warum – diagnostisch oder wegen möglicher Nebenwirkungen?
 - Welche Sicherheit ergibt sich aus Befunden?
- Rationale Pharmakotherapie erfordert
 - Kenntnis
 - der Evidenz möglicher Interventionen
 - der Medikation (Interaktion, mögliche UAW, PK und PD etc.),
 - Abwägen und sinnvolle Begründung für Untersuchungen!

Evidenzbasierte Medizin

- Die vom kanadischen Internisten Gordon Guyatt erstmals geprägte grundsätzliche Idee einer „evidenzbasierten Medizin“ wird am besten durch die Definition von David Sackett aus dem Jahr 1996 (Sackett et al. 1997) verdeutlicht:
- „The conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research.“
(Libal et al. 2020)



Michael Kölch
Miriam Rassenhofer
Jörg M. Fegert Hrsg.

Klinikmanual Kinder- und Jugend- psychiatrie und -psychotherapie

3. Auflage

Leitlinien (oder Leidlinien?)

- Leitlinien sind explizite Darlegungen medizinischen Wissens, die auf einer systematischen Bewertung wissenschaftlicher Erkenntnisse basieren und als Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren konzipiert sind.
- Leitlinien sind, anders als Richtlinien, nicht rechtlich bindend, sie stellen eine wichtige Grundlage für die Entscheidungsfindung von Ärzten und auch Patienten dar (Fishman 2012).
- Leitlinien können nur auf einem hohen Niveau sinnvolle Antworten geben, wenn
 - ausreichend Studien vorhanden sind
 - die Fragestellungen präzise sind
 - die klinische Fragestellung hinreichend in den Studien abgebildet ist

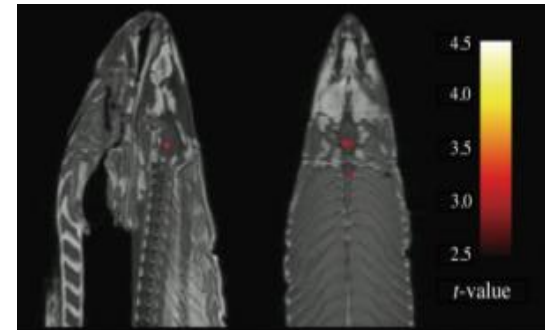
Leitlinien muss man verstehen und kritisch prüfen

- Leitlinien zu verstehen bedarf der Kompetenz
 - die Logik von LL zu kennen
 - die zugrundeliegenden Studien zu kennen und zu bewerten
- Grenzen von Erkenntnissen
 - was beantwortet eine Studie, was beantwortet sie nicht
 - Limitationen: z.B. Altersgruppe, Ethnie, Methodik, Ein-/ Ausschlusskriterien etc.
- Replikation
 - einmalige Ergebnisse (Pilotstudien) vs. replizierbare Ergebnisse
- neue Methoden bedingen neue Erkenntnisse
 - z.B. GWAS

Toter Lachs gewinnt Ig-Nobelpreis

Veröffentlicht am [21. September 2012](#)

Vor wenigen Stunden wurde wieder der Ig-Nobelpreis für die skurrilsten und sonderbarsten Studien des Jahres vergeben. Zu den Gewinnern gehört: Eine Hirnscan-Studie mit einem toten Lachs.



Mit einem toten Lachs lässt sich Vieles anstellen. Man kann ihn in der Pfanne braten, im Ofen schmoren oder zu einer feinen Creme verarbeiten. Man kann ihn natürlich auch mit ins Labor nehmen und seine Hirnströme messen. Klingt zu verrückt, um wahr zu sein? Weit gefehlt.

Auf diese Idee kam im Jahr 2009 der Neuropsychologe [Craig Bennett](#) von der Universität von Kalifornien in Santa Barbara. Für einen Versuch unterzog er den etwa 1,7 Kilo schweren, toten Lachs via funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) einem Hirnscan.

Gleichzeitig musste das Tierchen ein paar Aufgaben lösen: Bennett zeigte ihm Fotos von Menschen. Mal waren deren Gesichter fröhlich, mal ängstlich. Währenddessen maß der Forscher, was im Hirn des Lachses so vor sich ging.

Das Ergebnis des absurden Experiments ([.pdf](#)) veröffentlichte er im „Journal of Serendipitous and Unexpected Results“, was frei übersetzt soviel heißt wie „Fachzeitschrift für zufällige und unerwartete Ergebnisse“. Denn auf ein solches traf auch Bennett: Im Gehirn des toten Lachses regte sich tatsächlich etwas, wenn er die Fotos betrachtete. Das zumindest legten die Bilder des fMRT nahe.

Das Parachute-Experiment....



¹Richard A and Susan F Smith Center for Outcomes Research in Cardiology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, 375 Longwood Avenue, Boston, MA 02215, USA

²David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles, CA, USA

³Department of Emergency Medicine, University of Michigan and Saint Joseph Hospital, Ann Arbor, MI, USA

⁴Michigan Integrated Center for Health Analytics and Medical Prediction, Department of Internal Medicine and Institute for Healthcare Policy and Innovation, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

Correspondence to: R W Yeh ryeh@bidmc.harvard.edu (or @rwyeh on Twitter)

Additional material is published online only. To view please visit the journal online.

Cite this as: *BMJ* 2018;363:k5094 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k5094>

Accepted: 22 November 2018

Parachute use to prevent death and major trauma when jumping from aircraft: randomized controlled trial

Robert W Yeh,¹ Linda R Valsdottir,¹ Michael W Yeh,² Changyu Shen,¹ Daniel B Kramer,¹ Jordan B Strom,¹ Eric A Secemsky,¹ Joanne L Healy,¹ Robert M Domeier,³ Dhruv S Kazi,¹ Brahmajee K Nallamothu⁴ On behalf of the PARACHUTE Investigators

ABSTRACT

OBJECTIVE

To determine if using a parachute prevents death or major traumatic injury when jumping from an aircraft.

DESIGN

Randomized controlled trial.

SETTING

Private or commercial aircraft between September 2017 and August 2018.

PARTICIPANTS

92 aircraft passengers aged 18 and over were screened for participation. 23 agreed to be enrolled and were randomized.

INTERVENTION

Jumping from an aircraft (airplane or helicopter) with a parachute versus an empty backpack (unblinded).

MAIN OUTCOME MEASURES

Composite of death or major traumatic injury (defined by an Injury Severity Score over 15) upon impact with the ground measured immediately after landing.

RESULTS

Parachute use did not significantly reduce death or major injury (0% for parachute v 0% for control; $P>0.9$). This finding was consistent across multiple subgroups. Compared with individuals screened but not enrolled, participants included in the study were on aircraft at significantly lower altitude (mean of 0.6 m for participants v mean of 9146 m for non-participants; $P<0.001$) and lower velocity (mean of 0 km/h v mean of 800 km/h; $P<0.001$).

CONCLUSIONS

Parachute use did not reduce death or major traumatic injury when jumping from aircraft in the first randomized evaluation of this intervention. However, the trial was only able to enroll participants on small

regarding the effectiveness of an intervention exist in the community, randomized trials might selectively enroll individuals with a lower perceived likelihood of benefit, thus diminishing the applicability of the results to clinical practice.

Introduction

Parachutes are routinely used to prevent death or major traumatic injury among individuals jumping from aircraft. However, evidence supporting the efficacy of parachutes is weak and guideline recommendations for their use are principally based on biological plausibility and expert opinion.^{1 2} Despite this widely held yet unsubstantiated belief of efficacy, many studies of parachutes have suggested injuries related to their use in both military and recreational settings,^{3 4} and parachutist injuries are formally recognized in the World Health Organization's ICD-10 (international classification of diseases, 10th revision).⁵ This could raise concerns for supporters of evidence-based medicine, because numerous medical interventions believed to be useful have ultimately failed to show efficacy when subjected to properly executed randomized clinical trials.^{6 7}

Previous attempts to evaluate parachute use in a randomized setting have not been undertaken owing to both ethical and practical concerns. Lack of equipoise could inhibit recruitment of participants in such a trial. However, whether pre-existing beliefs about the efficacy of parachutes would, in fact, impair the enrolment of participants in a clinical trial has not been formally evaluated. To address these important gaps in evidence, we conducted the first randomized clinical trial of the efficacy of parachutes in reducing death and major injury when jumping from an aircraft.

Fazit

- Tradition der Darstellung von Psychopharmaka als gefährlich, ruhigstellend, problematisch und zu vermeiden
- Eigene Anteile des Fachs durch problematische Verordnungspraxis einzelner
- Psychopharmakoepidemiologie gibt keine Hinweise auf systematische Fehlverordnung
- Evidenz kann nur haben, was entsprechend in Studien untersucht wurde....
- Evidenz gibt es für viele Bereiche der Medizin – natürlicherweise – nicht:
 - individualisierte Konstellationen von Erkrankungen
 - Komorbiditäten
- Medizin bleibt eine wissenschaftliche Disziplin:
- Kritische Prüfung von Studienergebnissen und Leitlinien
- Kompetenz zur Deutung von Evidenz und EbM
- Definition der Rationale für Psychopharmakotherapie: Symptome, Teilhabe etc.
- Transparenter Umgang in der Pharmakotherapie (Aufklärung, Abwägung, shared decision making...)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit – und
ein spannendes Curriculum mit viel
Evidenz...

michael.koelch@med.uni-rostock.de

Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im
Kindes- und Jugendalter

