

S3 Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression

(Langfassung, 1. Auflage, Version 1.2, Konsultationsfassung 6.Juli 2009)

August 2009

Kommentierung und Zusammenfassung durch den Ausschuss „Wissenschaft und Forschung“ der LKPPKJP Hessen

Der Ausschuss Wissenschaft und Forschung hat sich ausführlich mit dieser Leitlinie befasst und veröffentlicht im Folgenden seine Einschätzungen und Zusammenfassungen. Da im Ausschuss nicht zu allen inhaltlichen Punkten Konsens erzielt werden konnte und wir die unterschiedlichen Gesichtspunkte den Mitgliedern der Kammer zugänglich machen wollten, wird anschließend zuerst eine konsentierete Einleitung zu den Kommentaren und Zusammenfassungen vorangestellt. Daran schließen sich die persönlichen Einschätzungen der einzelnen Ausschussmitglieder in alphabetischer Reihenfolge an. Abschließend wird zur ersten Orientierung eine inhaltliche Zusammenfassung der einzelnen Kapitel aufgeführt.

Inhaltsverzeichnis:

1.	Einleitung zu den Kommentaren und Zusammenfassung	S. 1
2.	Persönliche Stellungnahmen	S. 5
3.	Zusammenfassungen der einzelnen Kapitel	S.27
3.I.	Einführung (S. 12-13)	S.27
3.II.	Zielsetzung, Anwendungsbereiche und Adressaten (S. 11 - 14)	S.27
3.III.	Zusammensetzung des Leitlinien Gremiums (S. 14 - 18)	S.29
3. IV.	Quellen/Auswahl und Bewertung der NVL Empfehlungen (S.18 - 30)	S.30
	Empfehlungen und Statements (S.31 – 46 nicht zusammengefasst)	
3.H 1.	Grundlagen (S. 47 - 57)	S.35
3.H 2.	Diagnostik (S. 57 - 74)	S.40
3.H 3.	Therapie (S. 74 – 90)	S.41
3.H 3.3.	Pharmakotherapie (S. 90 – 113 nicht zusammengefasst)	
3.H 3.4.	Psychotherapie (S. 113 – 137)	S.45
3.H 3.6.	Therapie bei Komorbidität (S. 145 – 161)	S.52
3.H 3.7.	Managment bei Suizidgefahr (S. 161 – 169)	S.57
3.H.4.	Implementierung, Qualitätsmanagement und Evaluation (S.170-175)	S.60

1) Einleitung zu den Kommentaren und Zusammenfassungen

Nachdem von verschiedenen Organisationen und Fachgesellschaften (DGPPN; Kompetenznetz Depression, DGPs, WFSBP; DGPM; DGPT; DKPM, AÄGP, etc.) jeweils spezifische Leitlinien unterschiedlicher Güte vorgelegt wurden, gründet die Publikation der S3 Leitlinie/NVL unipolare Depression ihren besonderen **Anspruch** darin, einen Konsens der wichtigsten Akteure im Gesundheitssystem für Leitlinien zur Diagnostik und Therapie

depressiver Erkrankungen herzustellen zu wollen. Dies geschah in Abstimmung mit dem Programm der Bundesärztekammer (BÄK), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Nationale Versorgungsleitlinien. Dieser Anspruch wird in der **Zusammenstellung der Gruppe** sichtbar, die seit 2006 an dem Thema arbeitete. Die Gruppe ist multidisziplinär zusammengesetzt. Es sind sowohl die Fachgesellschaften, die Berufsverbände, Patienten- und Angehörigenorganisationen als auch eine Peergruppe (verschiedene Berufsverbände, Fachverbände, Gesellschaften) beteiligt (insgesamt 31 Organisationen).

Angesprochen werden sollen alle betroffene Berufsgruppen, Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen, Erkrankte und deren Angehörigen, die Öffentlichkeit, Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, Vertragsverantwortliche für sog. IV (Integrierte Versorgung) Verträge, medizinische Fachgesellschaften und Herausgeber von Leitlinien.

Ziel der Leitlinie ist es, die Diagnostik und Behandlung depressiver Patienten und die Koordination zwischen den verschiedenen Behandlergruppen zu verbessern, Empfehlungen zu geben, Hindernisse für deren Umsetzung zu identifizieren und Vorschläge für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zu QS- (Qualitätssicherungs) Maßnahmen zu machen. Mit der Formulierung der Leitlinie wird die schnell anwachsende Menge und Komplexität des Wissens aufbereitet und zusammengefasst, sodass es für die Gesundheitsversorgung nutzbar gemacht werden kann (z.B. Ermöglichung von Orientierung für Fachleute und allgemeine Informationen für die Öffentlichkeit). Umgekehrt müssen Leitlinien dazu genutzt werden, Erfahrungen und Anregungen aus der professionellen Praxis in den Wissenschaftsbetrieb einzuspeisen. Weiterhin kann die Leitlinie dem Schutz der Patienten dienen (Ethische Dimension: Bestmögliche Behandlung für Patienten; Schutz der Patienten vor Schädigung; Bestmögliche Information/Transparenz für Patienten; Selbstbestimmung und Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten).

Dabei sind **mögliche Gefahren bzw. negative Entwicklungen** auch im Auge zu behalten: Leitlinien haben eine begrenzte Reichweite (d.h. sie dürfen nicht überstrapaziert werden) und sie dürfen nicht dazu dienen, den beruflichen Handlungsspielraum in schädlicher Weise einzuengen oder zu reglementieren. Die Autoren reklamieren zwar für sich, dass es sich bei der Leitlinie „explizit nicht um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht“ (S.16). Der (rechtsverbindliche) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung vom 18. Oktober 2005 schreibt in § 3 hingegen „die Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis“ vor. Auch wenn von Leitlinien in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (siehe Leitlinie S.16) ist davon auszugehen, dass sie als generalisierte Behandlungsempfehlungen auch normative Bedeutung bekommen können.

Als **Quelle der Entscheidung für die Empfehlungen** in der S3-Leitlinie Depression dienten bereits existierende Leitlinien sowie systematische Recherchen nach anderen Quellen und Primärstudien. Herangezogene Studien wurden nach Kriterien der Evidenzbasierung hierarchisiert (Metaanalyse, randomisiert kontrollierte Studie, methodisch gut kontrollierte Studie, methodisch gute quasi -experimentelle Studie, methodisch gute nicht experimentelle Beobachtungsstudie, Expertenmeinung/klinische Erfahrung). Es gibt Soll-, Sollte-, Kannempfehlungen und Klinischer Konsensuspunkt als Grade der Empfehlung.

Die Leitlinie setzt sich **kritisch mit verschiedenen methodischen Problemen der Leitlinienerstellung** auseinander: Obwohl die Übertragbarkeit von Empfehlungen aus anderen Ländern insbesondere für die Psychotherapie in Frage gestellt wurde, diente doch die National Clinical Practice Guideline Depression des brit. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2004) als Grundlage. Im Zusammenhang mit der Pharmakotherapie wird bei dem Nachweis der Wirksamkeit von Psychopharmaka die kurze Dauer der Akutstudien kritisch diskutiert. Die kritischen Hinweise bezüglich der Psychotherapieforschung konzentrieren sich auf die Unterscheidung von efficacy und effectiveness, die geforderte randomisierte Zuweisung (im Gegensatz zur Passung), die Findung von Kontrollgruppen, die Kürze der Behandlungs- und Katamnesezeiträume, die Untersuchung unter Versorgungsbedingungen, die Komorbidität der Erkrankungen in der Versorgungsrealität. Über den Grad der Bedeutung der RCT - Studien konnte keine Einigkeit erzielt werden, jedoch wurde die Kompliziertheit solche in der Psychotherapie zu konzipieren und durchzuführen übereinstimmend festgestellt. Das Nicht-Vorliegen von RCT-Studien sage nichts über die fehlende Wirksamkeit des Verfahrens aus. Man einigte sich darauf, keine spezifische Empfehlung für ein Psychotherapieverfahren auszusprechen, alle Verfahren der Richtlinienpsychotherapie sowie die Gesprächspsychotherapie und die interpersonelle Psychotherapie zu nennen und vorliegende RCT- Studien und sowie naturalistische Studien zu berücksichtigen.

Die Leitlinie beansprucht **keinen rechtsverbindlichen Charakter** und es folgen nach Aussage der Autoren bei Nichtbeachtung keine Sanktionen. Die Leitlinie muss vor Anwendung im individuellen Behandlungsfall hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf regionaler oder lokaler Ebene überprüft werden. Die beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und Ressourcen entscheiden über die konkrete Anwendung.

In der Leitlinie wird der aktuelle Kenntnisstand zusammengefasst, d.h. sie muss im Laufe der Jahre überprüft und angepasst werden.

Im Ausschuss Wissenschaft und Forschung der hessischen Psychotherapeutenkammer wurde in Anknüpfung an frühere Diskussionen, in der grundsätzliche Positionen über möglichen Nutzen und Schaden von Leitlinien ausgetauscht wurden (zu dieser Diskussion siehe www.ptk-hessen.de/ unter: Archiv-Stellungnahmen), über die NVL -Depression ausführlich diskutiert. Die einzelnen Mitglieder des Ausschusses gaben **persönliche Stellungnahmen** zur Leitlinie ab und **kommentierten zusammenfassend jeweils einen Abschnitt aus der Leitlinie**; diese werden im Anhang zu dieser Einleitung zugänglich gemacht.

Die Diskussion im Ausschuss hat gezeigt, dass es bei der Einschätzung der Leitlinie in manchen Punkten Einigkeit erreicht werden konnte, andere Punkte blieben dagegen kontrovers. Im Folgenden werden einige positive und negative Aspekte benannt, zu denen im Ausschuss **Konsens** erzielt werden konnte.

Positive Aspekte:

- Die Leitlinie Depression vermittelt eine gute Übersicht über den Stand der empirischen Forschung sowie der klinischen Expertise.
- Empirische Forschung und praktische Anwendung /Versorgung werden verbunden.
- Psychotherapie wird als zentraler Behandlungsansatz festgeschrieben.
- Pharmakotherapie wird kritisch und differenziert empfohlen.
- Es wird festgestellt, dass Psychotherapie im Vergleich zur Pharmakotherapie in der Regel einen besseren Langzeiteffekt hat und dass Psychotherapie für die Rückfallprophylaxe unabdingbar ist (wichtig für die Verträge im Rahmen des Wettbewerbs-Stärkungs- Gesetz WSG).
- Psychologische Psychotherapeuten werden als anerkannte Therapeutengruppe genannt und ihnen einen entsprechenden Stellenwert im „Behandler“kontext zugeschrieben (wichtig für die Auseinandersetzung mit Privatkassen oder im Rahmen der neuen Verträge durch das WSG)
- Es wird der gesamte Krankheitsverlauf von Akutstadium bis zur Rückfallprophylaxe angesprochen; Damit wird die inhaltliche begründete Einheit vom Akut- und Erhaltungspsychotherapie sowie Rezidivprophylaxe in einem Guss gewährleistet und der Tendenz zur Fraktionierung der Behandlung wie in der Pharmakotherapie üblich entgegengewirkt.
- Es werden konkrete und differenzierte Empfehlungen ausgesprochen.

Negative Aspekte:

- Der Titel der Leitlinie führt zu Missverständnissen hinsichtlich der Gültigkeit der Leitlinie: Die Leitlinie hat nur Gültigkeit für Erwachsene und gilt nicht für Kinder und Jugendliche. Dies sollte auch im Titel deutlich werden, um Kinder und Jugendliche und deren Therapeuten nicht abzuwerten.
- Geschlechtsspezifische Besonderheiten (z.B. u.a. Depressionen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt) werden nicht bzw. nicht in adäquater Weise berücksichtigt.
- Der Umstand, dass die Leitlinie sich auf einen breiten Konsens stützt, impliziert auch Nachteile: Es kommt zu Kompromissbildungen, die zu Empfehlungen führen, die teilweise sehr vage bleiben. Hierdurch tritt die fachliche Klarheit teilweise hinter der Konsensbildung zurück.
- Pharmakotherapie wird z.T. überbewertet (z.B. bei Dysthymia) und die Nebenwirkungen von Pharmakotherapie werden unzureichend berücksichtigt.
- In der Leitlinie wird teilweise der Eindruck vermittelt, dass Psychiater/innen die wichtigste Fachinstanz bei der Behandlung von depressiven Störungen darstellen; die

Behandlungskompetenz von PP und KJP wird hierbei indirekt und in fachlich unbegründeter Weise abgewertet.

- Psychotherapeutische Arbeit in den psychiatrischen Praxen wird als gegeben vorausgesetzt, wiewohl bekannt ist, dass in vielen psychiatrischen Praxen kaum Psychotherapie durchgeführt wird.

2) Persönliche Stellungnahmen der einzelnen Ausschussmitglieder zur NVL Depression

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Stellungnahmen der einzelnen Ausschussmitglieder alphabetisch aufgeführt. Dabei kann es zu Überschneidungen mit der obigen Einleitung kommen, da einige Passagen der persönlichen Stellungnahmen konsensfähig waren und so in die Einleitung eingeflossen sind.

Dr. Hildegard Felder:

Die Publikation der S3 Leitlinie unipolare Depression gründet ihren **Anspruch** darin, einen Konsens verschiedener Akteure im Gesundheitssystem für Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen herzustellen zu wollen, nachdem von verschiedenen Organisationen und Fachgesellschaften (DGPPN; Kompetenznetz Depression, DGPs, WFSBP; DGPM; DGPT; DKPM, AÄGP, etc) jeweils spezifische Leitlinien unterschiedlicher Güte vorgelegt wurden. Es wurde die Entwicklung einer von Fachgesellschaften und Berufsverbänden gemeinsam abgestimmte evidenzbasierte Leitlinie angestrebt in Abstimmung mit dem Programm der BÄK, der AWMF und der KBV für Nationale Versorgungsleitlinien.

Dieser Anspruch wird in der **Zusammenstellung der Gruppe** sichtbar, die seit 2006 an dem Thema arbeitete, sichtbar. Die Gruppe ist multidisziplinär zusammengesetzt. Es sind sowohl die Fachgesellschaften, die Berufsverbände, Patienten- und Angehörigenorganisationen als auch eine Peergruppe (verschiedene Berufsverbände, Fachverbände, Gesellschaften) beteiligt.

Ziel ist es, die Diagnostik und Behandlung depressiver Patienten und die Koordination zwischen den verschiedenen Behandlergruppen zu verbessern, Empfehlungen zu geben, Hindernisse für deren Umsetzung zu identifizieren und Vorschläge für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zu QS- Maßnahmen zu machen.

Angesprochen werden sollen alle betroffene Berufsgruppen, Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen, Erkrankte und deren Angehörigen, die Öffentlichkeit, Entscheidungsträger

im Gesundheitswesen, Vertragsverantwortliche für sog. IV Verträge, medizinische Fachgesellschaften und Herausgeber von Leitlinien.

Die Leitlinie hat keinen rechtsverbindlichen Charakter und es folgen bei Nichtbeachtung keine Sanktionen. Die Leitlinie muss vor Anwendung im individuellen Behandlungsfall hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf regionaler oder lokaler Ebene überprüft und angepasst werden. Die beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und Ressourcen entscheiden über die Anwendung. Die Leitlinie ist eine work in progress, d.h. sie muss im Laufe der Jahre überwacht und angepasst werden.

Als **Quelle der Entscheidung für eventuelle Empfehlungen** dienen bereits existierende Leitlinien sowie systematische Recherchen nach anderen Quellen und Primärstudien. Obwohl die Übertragbarkeit von Empfehlungen aus anderen Ländern insbesondere für die Psychotherapie in Frage gestellt wurde, diente doch die National Clinical Practice Guideline Depression des brit. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2004) als Grundlage. Herangezogene Studien wurden nach Kriterien der Evidenzbasierung hierarchisiert (Metaanalyse, randomisiert kontrollierte Studie, methodisch gut kontrollierte Studie, methodisch gute quasi-experimentelle Studie, methodisch gute nicht experimentelle Beobachtungsstudie, Expertenmeinung/klinische Erfahrung). Es gibt Soll-, Sollte-, Kannempfehlungen und Klinischer Konsensuspunkt als Grade der Empfehlung.

Methodenkritisch werden im Zusammenhang mit der Pharmakotherapie der Nachweis der Wirksamkeit der Psychopharmaka, die kurze Dauer der Akutstudien sowie die verwendete Hamilton Ratings Scale Depression diskutiert. Die Einwände bei der Psychotherapieforschung konzentrieren sich auf die Unterscheidung von efficacy und effectiveness, die geforderte randomisierte Zuweisung (im Gegensatz zur Passung), die Findung von Kontrollgruppen, die Kürze der Behandlungs- und Katamnesezeiträume, die Untersuchung unter Versorgungsbedingungen, die Komorbidität der Erkrankungen in der Versorgungsrealität. Über den Grad der Bedeutung der RCT - Studien konnte keine Einigkeit erzielt werden, jedoch wurde die Kompliziertheit solche in der Psychotherapie zu konzipieren und durchzuführen übereinstimmend festgestellt. Das Nicht-Vorliegen von RCT-Studien sage nichts über die fehlende Wirksamkeit des Verfahrens aus. Man einigte sich darauf, keine spezifische Empfehlung für ein Psychotherapieverfahren auszusprechen, alle Verfahren der Richtlinienpsychotherapie zu nennen und vorliegende RCT-Studien und sowie naturalistische Studien zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Therapieempfehlung sei erwähnt, dass Psychotherapie z. T. als gleichwertig der Pharmakotherapie angesehen wird, z.T. wird Pharmakotherapie empfohlen, wo eindeutig Psychotherapie sinnvoller wäre (Suizidalität oder bei Dysthymia).

Bewertung:

Positiv ist festzustellen, dass mit dem vorliegenden Entwurf zur Leitlinie Depression eine gute Übersicht über den Stand der empirischen Forschung sowie der klinischen Expertise geliefert wird. Empirische Forschung und praktische Anwendung /Versorgung werden verbunden.

Psychotherapie wird (auch in einer von Psychiatern mehrheitlich besetzten Gruppe) festgeschrieben. Es werden konkrete Empfehlungen ausgesprochen. Psychotherapie hat den größeren Hang-over-effekt, Psychotherapie ist gut für die Rückfallprophylaxe (wichtig für die Verträge im Rahmen des WSG).

Pharmakotherapie wird kritisch und differenziert empfohlen.

Psychologische Psychotherapeuten werden als anerkannte Therapeutengruppe genannt und ihnen einen entsprechenden Stellwert im „Behandler“-kontext zugeschrieben (wichtig für die Auseinandersetzung mit Privatkassen oder im Rahmen der neuen Verträge durch das WSG). Es wird der gesamte Krankheitsverlauf von Akutstadium bis zur Prophylaxe angesprochen, damit wird die inhaltliche begründete Einheit von Akut- und Erhaltungsspsychotherapie sowie Rezidivprophylaxe in einem Guss gewährleistet und der Tendenz zur Fraktionierung der Behandlung wie in der Pharmakotherapie üblich entgegengewirkt.

Die Qualität der Therapeut/in – Patient/in Beziehung wird als grundlegend für den Verlauf und den Erfolg der Behandlung angesehen

Alle Richtlinienverfahren werden empfohlen. Andere Verfahren, für die Evidenz vorliegt, werden ebenfalls aufgenommen (GT, IPT, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP);

Problematisch:

Leitlinien werden in ihrer Wichtigkeit überschätzt, da sie lediglich für ca. 40% der Patienten geeignet sind. Für wie lange sollen sie gelten? Wie und in welchem Zeitrahmen werden sie in der klinischen Praxis rezipiert?

Die generelle Bezeichnung im Titel führt zu Missverständnissen hinsichtlich der Gültigkeit der Leitlinie, die hier nur für Erwachsene ausgelegt ist und nicht für Jugendliche gilt.

Konsensmodell: Die unterschiedliche Zusammensetzung der Gruppe führt zu Kompromissbildungen, die sich entweder in unklaren Empfehlungen zeigen oder zu Wagemüssen, um niemanden zu schaden. Dies verwirrt angesichts der realen Datenlage (fragliche Wirkung von Psychopharmaka, deren Nebenwirkungen, Bedeutsamkeit der Psychotherapie im langfristigen Verlauf und in der Wirkung auf die allgemeine Lebensqualität und Lebenszufriedenheit (siehe Patientenziele)). Fachfragen werden so zu Mehrheitsfragen/Machtfragen.

Kein ätiologisches Krankheitsmodell. Ein zu eng an der Symptomatik orientiertes Krankheitsverständnis mit den damit einhergehenden ungelösten Fragen, wie die der Restsymptomatik, der persistierenden Krankheit, der Rückfallmöglichkeit.

Depression wird vor allem quantitativ betrachtet, sei es als zeitlich ausgedehntes oder in der Stärke der Ausprägung sichtbares Symptom. Entgegen den von den Patienten selbst genannten inhaltlichen Behandlungszielen wie Selbstbewusstsein, Lebenswille oder Beziehungsqualität wird eine Besserung der Depression vor allem in der Abnahme der Symptomstärke bzw. -Dauer beschrieben. Es wird lediglich **gegebenenfalls** eine „Bearbeitung vorhandener, die Störung unterhaltender psychischer Mechanismen und Verarbeitungen“ gefordert. Das heißt, das Leiden des Patienten an denen für ihn wichtigen Themen wird untergeordnet (Leidensdruck).

Es scheint zu einem Paradigmenwechsel gekommen zu sein: das ätiologische Krankheitsmodell und die daraus abzuleitenden Behandlungsstrategien scheinen abgelöst von einer Vorstellung von seelischer Erkrankung als der Summe evidenzbasiert nachgewiesener Ursachenfaktoren und einer Behandlung aus als wirksam nachgewiesenen Interventionstrategien, unabhängig davon, in welchem Verständnis von Krankheit sie verankert sind. Integrierende ganzheitliche sinnstiftende und handlungsleitende Konzeptionen auf der Basis eines hermeneutischen Verständnisses erscheinen obsolet.

Eine qualitative Unterscheidung zwischen Psychotherapie und anderen Verfahren wie Licht-, Musik-Bewegungs-, Gestaltungs- und sogar Elektrokrampftherapie ist deshalb schwer.

Diesem zugrundeliegenden Krankheitsmodell entspricht auf Therapieseite eine zu einseitig am kognitiven Modell orientierte Therapie, das sich in der Dominanz von Aufklärung, Planung, Psychoedukation zeigt.

Dies kann damit zu tun haben, dass letztlich kein spezifisches psychotherapeutisches Verfahren von der Konsensgruppe empfohlen wird und insofern auch die den Verfahren zugrundeliegenden Krankheitsvorstellungen nicht vorkommen und auch z.T. nicht kompatibel sind.

Der **Aspekt des Heilens** fehlt nahezu, es geht um Stabilisierung, Verhinderung von Rückfällen etc. Exemplarisch sei genannt: „Zusätzliche psychotherapeutische Rezidivprophylaxe kann nützlich sein, wenn Patienten für eine bestimmte Zeit frei von Medikamenten sein müssen“

Die **Hierarchisierung in der Behandlungskompetenz** von Hausarzt/ärztin, PP zu Psychiater/in bleibt erhalten und wird festgeschrieben, die **psychotherapeutische** Arbeit in den psychiatrischen Praxen als gegeben vorausgesetzt, wiewohl bekannt ist, dass in psychiatrischen Praxen weniger psychotherapiert wird. Medikamentengabe kann zur

Stabilisierung beitragen, ändert aber nichts am Krankheitsbild. Die Dominanz der Medikamentengabe wird sichtbar.

Nach der NVL- Leitlinie würde es eventuell als Fehler angesehen, wenn man nach 3 Monaten ohne relevante Änderung der Symptomatik nicht einen Facharzt zu Rate ziehen würde, wiewohl bekannt ist, dass unter einer psychotherapeutischen Behandlung sich erst einmal in aller Deutlichkeit die Schwere der Störung entfalten können muss, damit diese dann einer Modifikation zugänglich gemacht werden kann.

Zur Problematik der **geschlechtsspezifischen Perspektive** sei auf das Papier von Gisela Wiegand verwiesen.

Angesichts der Kritikpunkte an der Leitlinie sollte deren Sinnhaftigkeit vor allem deshalb noch einmal hinterfragt werden, da damit einer Vereinheitlichung des menschlichen Leids und der individuellen Lebensproblematik der Patienten das Wort geredet wird, was nicht mit der Vielfältigkeit des menschlichen Lebens übereinstimmt.

Selbst wenn die Autoren für sich in Anspruch nehmen, dass die LL keinen **rechtsverbindlichen Charakter** hat und bei Nichtbefolgen keine Sanktionen drohen, muss man doch den gesundheits-politischen Kontext, in dem die Leitlinien entwickelt werden, mit bedenken. Die gleichzeitige Beschäftigung in Gremien der für die Gesundheitsversorgung wichtigen Institutionen (z.B. GBA) mit durchaus rechtsverbindlichen Beschlüssen nutzen formulierte Leitlinien als Grundlage und Sanktionen können die Folge sein. Der (rechtsverbindliche) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Qualitätsmanagement- Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung vom 18.Oktober 2005 schreibt in § 3 hingegen „die Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis“ vor. Auch wenn von Leitlinien in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (siehe Leitlinie S.16) ist davon auszugehen, dass sie als generalisierte Behandlungsempfehlungen auch normative Bedeutung bekommen können

Dr. Renate Frank:

Die Empfehlungen für die Behandlung der unipolaren Depression wurden aus einer umfangreichen Sichtung von Wirksamkeits-Studien abgeleitet. Dabei geht es zwar – folgt man der Kapitelüberschrift - in erster Linie um psychotherapeutische Behandlungsverfahren; pharmakologische Behandlungen werden allerdings immer als gleichermaßen relevante Alternativen mitberücksichtigt. Das muss eingangs schon einmal sehr deutlich betont werden.

Das Ergebnis der Wirksamkeitsstudien ist tabellarisch zusammengefasst und zeigt in übersichtlicher Weise, ob RCT-Studien und Metaanalysen oder andere Belege wie naturalistische Studien herangezogen werden können. Die Evidenzlage zu den einzelnen Verfahren ist damit gut zu überblicken. Ein solch umfassender, aktueller Überblick über psychotherapeutische Wirksamkeitsstudien zur unipolaren Depression, wie er im Kapitel Psychotherapie der S3- und Nationalen Versorgungs-Leitlinien (S3/NVL) erstmals gegeben wird, ist überaus begrüßenswert.

Da die Sammlung, Sichtung und Bewertung der Wirksamkeitsstudien durch ein Gremium von Experten für depressive Störungen erfolgte, gelangt man in kompakter Weise an zentrales Fachwissen. Es werden Strukturierungsgesichtspunkte vermittelt und Schwerpunkte gesetzt, die rasch zum Verständnis des Wesentlichen führen. Zudem wird für Forschungslücken und Schwachstellen sensibilisiert und damit der Blick auf Aspekte gelenkt, die es noch zu klären gilt.

Die 31 beteiligten ärztlichen und psychologischen Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie die Angehörigen- und Patientenverbände haben anhand dieser Wirksamkeitsstudien nach eingehenden Beratungsprozessen Empfehlungen für eine evidenz- und konsensbasierte Therapie depressiver Störungen erstellt, die als Leitlinien die Psychotherapie depressiver Patientinnen und Patienten optimieren sollen. Da depressive Störungen zu den häufigsten psychischen Störungen in der Versorgung zählen (vgl. Jacobi et al., 2004), werden in den erarbeiteten Leitlinien Verbesserungspotentiale für die Gesundheitsversorgung gesehen. Und dass eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durchaus nötig ist, zeigt z.B. die Versorgungsstudie von Hoyer, Helbig und Wittchen (2006) sehr deutlich. Hier wurde nämlich klar, dass Psychotherapie in der Routineversorgung zwar effektiv ist, aber gravierende Mängel aufweist: So wurden Patienten und Patientinnen nicht selten über ihre Diagnose gänzlich im Unklaren gelassen und über den Behandlungsablauf nur unzureichend informiert, obgleich eine diesbezügliche Aufklärung und Transparenz die Zufriedenheit mit der Behandlung und deren Wirksamkeit verbessert hätte. Auch wurde deutlich, woran es bei der Qualitätssicherung in der Routineversorgung oftmals mangelt: zu selten werden zur Diagnostik Fragebögen verwendet, was sich aber auf die subjektive Zufriedenheit und die Behandlungswirksamkeit positiv ausgewirkt hätte. Sollten Psychotherapeuten im Unklaren darüber sein, wie sie ihre Patientinnen und Patienten über die geplante Behandlung aufklären können, bieten die S3/NVL hierzu geeignete Informationen, auf die man sich stützen könnte.

Wann wird in der S3/NVL Psychotherapie empfohlen?

Psychotherapie hat bei der Behandlung depressiver Störungen einen hohen Stellenwert, das wird in den S3/NVL durchgängig deutlich. Sie leistet einen nicht mehr wegzudenkenden

Beitrag in der Versorgung depressiver Patientinnen und Patienten. Aber im Detail betrachtet, zeigen sich Einschränkungen, die es kritisch zu hinterfragen gilt:

- Es wird die Empfehlung ausgesprochen, dass **Psychotherapie** bei der Behandlung unipolarer depressiver Störungen angeboten werden soll. Dies gilt jedoch nur eingeschränkt, nämlich nur **bei akuten leichten bis mittelschweren depressiven Episoden**.
- **Psychotherapie und medikamentöse antidepressive Therapie** werden bei der Behandlung unipolarer depressiver Störungen als **gleichwertig** betrachtet. Diese Auffassung, dass sie lediglich als gleichwertig angesehen werden, entspricht vermutlich nicht der Erwartungshaltung von Psychotherapeuten. Aus Sicht des Expertengremiums ist bisher aber durch die vorliegenden Studien nicht eindeutig genug belegt, dass eine Psychotherapie vorzuziehen ist.

Die Zeitschrift *Stern*, die sich in der Ausgabe vom 11.12.2008 mit dem Thema Depression ausführlich befasste, votiert dagegen eindeutig für „Reden statt schlucken“. Damit wird eine sehr klare Stellung für Psychotherapie bezogen. Aber es wird auch die der Interessenslage der Pharmafirmen deutlich aufgezeigt. Sie sorgte mit finanziellen Mitteln dafür, dass nur solche Studien zur Veröffentlichung gelangten, in denen die Wirkung von Psychopharmaka belegt wurde. Wie stark die Pharmalobby ist, zeigt sich darin, dass sich die Zahl der auf Kassenrezept verschriebenen Antidepressiva in Deutschland innerhalb von zehn Jahren um 190 Prozent erhöht hat. Zwischen den derzeit etwa 30 verschiedenen Antidepressiva werde nahezu reflexhaft gewechselt, wenn sich der gewünschte Erfolg nicht einstelle. Bis zur Verordnung von Psychotherapie, wenn sie überhaupt verordnet wird, kann damit viel Zeit vergehen. Seitens der ärztlichen Behandlung scheint auch wenig beachtet zu werden, dass nur schwer kranke Patienten eindeutig von Antidepressiva profitieren. Soll deren Wirkung aber nachhaltig sein, geht dies nicht ohne eine ergänzende Psychotherapie.

- Welche Form der Psychotherapie gewählt wird, ist nach S3/NVL eher unerheblich. Psychotherapie wird bei unipolaren depressiven Störungen **generell** als wirksam angesehen. Dass zwischen Richtlinienverfahren und Nicht-Richtlinienverfahren in den S3/NVL nicht unterschieden wurde und für die berücksichtigten psychotherapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie, psychodynamische/ analytisch begründete Psychotherapie, Interpersonelle Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Psychotherapie in Gruppen oder Paartherapie) keine spezifischen Empfehlungen ausgesprochen wurden, ist ein Ergebnis der Konsens-Gruppe, in der es keine einhellige Meinung darüber gab, dass RCT-Studien „im Bereich der Psychotherapieforschung die herausragende Bedeutung und Wertung zustehen, wie sie sie z.B. im Bereich der Nutzerbewertung von Medikamenten haben“ (Härter et al., im Druck, Manuskript S. 9).

Aus den erarbeiteten Tabellen lässt sich die jeweilige Evidenzlage aber rasch ersehen.

Die bereits zitierte Zeitschrift *Stern* ist bei ihren Ausführungen dazu, welche Psychotherapie zum Einsatz kommen sollte, weniger zurückhaltend. In dem Beitrag von Kathrin Wanke werden zunächst die verschiedenen Psychotherapieverfahren verständlich beschrieben, bevor bezüglich ihrer Erfolgsaussichten genau die Aussagen getroffen werden, die sich in den Tabellen der S3/NVL abzeichnen:

- Psychodynamische Verfahren: „Die Wirkung der Langzeittherapie ist wissenschaftlich nicht nachgewiesen; Erfolge durch tiefenpsychologisch fundierte Therapie und Kurzzeitbehandlung sind dagegen belegt.“ (Stern, S. 124).

- Verhaltenstherapie: „Die Wirksamkeit wurde in verschiedenen Studien belegt.“ (Stern, S.125)

- Interpersonelle Psychotherapie (IPT): „Die IPT gilt als wissenschaftlich anerkannt, besonders geeignet ist diese Therapieform für ältere Menschen, die immer wieder an Depression leiden.“ (Stern, S. 125)

- Klientenzentrierte Gesprächstherapie: „Gesprächstherapie mit verhaltenstherapeutischen Elementen schnitten in Studien besser ab als solche ohne.“ (Stern, S. 125)

- Gestalttherapie: „Wie effektiv die Gestalttherapie wirkt, ist wissenschaftlich noch nicht geklärt.“(Stern,S.125)

- Familientherapie: „Für die Behandlung von Depression ist die Wirksamkeit noch nicht gut belegt.“ (Stern, S. 125)

- Die **Effektivität von Psychotherapie** variiert nachgewiesenermaßen **abhängig vom Schwere-grad, der Chronizität und Symptomgestaltung** der Depression. Alle spezifisch an depressive Störungen adaptierte Verfahren (KVT, IPT, tiefenpsychologische Kurzzeittherapie und bei schweren Depressionen insbesondere CBASP) erweisen sich deshalb als vorteilhafter als andere psychotherapeutische Verfahren.

Wie wichtig darüber hinaus differenzielle Effektforschung ist, bei der Alter, Geschlecht und andere patientenseitige Einflüsse wie die jeweilige Persönlichkeit, individuelle Belastungsfaktoren, kulturelle Hintergründe, persönliche Fähigkeiten, psychosoziale Kompetenzen, aber auch subjektive Krankheitsvorstellungen, Behandlungserwartungen und Behandlungspräferenz berücksichtigt werden, wird angesprochen. Leider sind solche Studien bisher in der Minderzahl. Zu Variationen im Störungsbild (z.B. Depressionen mit und ohne psychotische Merkmale), zum Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer), zum Ausmaß der Chronifizierung oder zur Behandlungsresistenz gibt es Wirksamkeitsstudien. Doch Komorbiditäten (z.B. mit sozialen Phobien, Panikstörungen, Persönlichkeitsstörungen) und vulnerabilitätserhöhende Vorerkrankungen (z.B. soziale Angststörungen, somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch etc.) wurden bisher noch kaum untersucht. Dies sind aber alles Faktoren, die Einfluss auf

die Inanspruchnahme unterschiedlicher therapeutischer Angebote, die Dauer der Behandlung und die Behandlungseffizienz haben.

Die derzeitige Befundlage ist aufgrund der wenigen Studien und der vielen differentiellen Einflüsse noch schwer einschätzbar, spricht aber eher für eine stärkere Gewichtung von Psychotherapie als dies bisher geschieht. Dies klingt in der Konsensusgruppe in den Leitlinien nur am Rande an, z.B. indem dazu angehalten wird, bei Dysthymia, Double Depression und chronischer Depression aktiv auf die Suche nach individuellen, lebensgeschichtlichen Störungsfaktoren zu gehen, die es aufzuarbeiten gilt, und es wird eingeräumt, dass dies möglicherweise eine längere Therapiedauer erfordert.

- Bei schweren depressiven Störungen profitieren Patientinnen und Patienten nachgewiesenermaßen von antidepressiven Psychopharmaka. Ganz klar wird deshalb als Leitlinie vorgegeben, dass bei **akuten schweren** Depressionen eine **Kombinationsbehandlung** aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden **soll**. Für eine bevorzugte Verabreichung von Psychopharmaka spricht vor allem der raschere Eintritt einer Symptomverbesserung (Wirklatenz) und die höhere Remissionsrate. Antidepressiva allein sind jedoch weniger wirksam als in Kombination mit Psychotherapie (insbesondere tiefenpsychologisch fundierte Fokalthherapie, Verhaltenstherapie, IPT, CBASP).

Dass Psychotherapie eher augmentierend gegen Ende einer Behandlung eingesetzt werden sollte oder erst dann, wenn anderes versagt hat, ist angesichts der Befunde, dass kognitive Verhaltenstherapie bei schweren Depressionen durchaus ebenbürtig ist, unverständlich. Auch wenn die positive Wirkung erst etwa vier Wochen später als bei Psychopharmaka einsetzt, spricht die geringere Drop-Out-Rate, die geringere Rückfallrate, die geringere Zahl der Non-Responder und der größere Erhaltungswert bzw. die Wirksamkeit im Rahmen der Langzeitprohylaxe eher für Psychotherapie. Nimmt man eine Kostenanalyse bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten vor, dann ist ebenfalls zu fragen, ob ein Antidepressivum das Mittel der Wahl sein sollte.

Ausdrücklich empfohlen wird in den S3/NVL allerdings nur, dass bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie **gleichwertig** zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden soll. Diese starre Betonung der Gleichwertigkeit erscheint nicht gerechtfertigt, da die Datenlage eindeutige Vorzüge von Psychotherapie zeigt.

- Dass die erheblichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka überhaupt nicht diskutiert werden, sondern vielmehr die Verbesserung der **Lebensqualität** als Argument für die Güte von Psychopharmaka aufgezeigt wird, erscheint aus psychologischer Sicht irreleitend. Nur Psychotherapie bietet die Möglichkeit, durch gezielte

Ressourcenaktivierung die Lebensqualität wirklich zu verbessern. Solche Ansätze werden auch in spezifischer Weise bei Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen genutzt; dabei zeigte sich, dass eine KVT, die durch Elemente einer wohlbefindensverbesserenden Lebensführung erweitert wurde (Well-Being-Therapy nach Fava), nicht nur zu einer signifikanter Reduktion der Residualsymptomatik führte, sondern dass auch gerade jene Fähigkeiten aufgebaut werden konnten, die eine psychisch gesunde Lebensführung ermöglichen. Ähnliche Zielsetzungen in Richtung Wohlbefinden und Lebensqualität verfolgt auch die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Mit dieser modifizierten kognitiven Therapie, die ebenfalls Anleitungen zu einer psychisch gesunden Lebensführung gibt, reduzierte sich die Rückfallrate bei Patienten mit frühem Krankheitsbeginn und drei und mehreren depressiven Episoden, also **schwerbehandelbaren** Patienten, in bedeutsamer Weise.

- Dem Stichwort „gutes menschliches Gedeihen“ ("flourishing") und einer besonderen Beachtung all jener Fähigkeiten, die eine gut gelingende Lebensgestaltung ("psychological well-being") ermöglichen, kommt gerade bei Depressionen eine besondere Bedeutung zu. Die repräsentative MIDUS-Studie (Midlife in the United States-Study) zeigte nämlich, dass der Prozentsatz der Menschen, die lust- und kraftlos dahinwelken ("languishing") sehr groß ist: kaum ein Viertel aller amerikanischen Erwachsenen zwischen 26 und 74 Jahren erfüllen die Kriterien eines seelisch gesunden Lebens. Zwar sind diese Menschen nicht im klinischen Sinne als depressiv zu bezeichnen, aber sie bergen eine erhöhte Gefahr in sich, depressiv zu werden. Nach Auffassung von Corey Keyes hat die Zahl dieser hoch depressionsgefährdeten Menschen bereits epidemische Ausmaße angenommen. Nimmt man diesen Hinweis ernst, dann wird noch mehr klar, welche Bedeutung spezifische Psychotherapie in Zukunft haben muss. In seiner Agenda für das 21. Jahrhundert fordert Keyes ausdrücklich dazu auf, besonderes Gewicht auf Seelische Gesundheit zu legen. Die ökonomischen und gesundheitspolitischen Implikationen der MIDUS-Studie lassen dies zu einer Aufgabe von hoher gesellschafts- und gesundheitspolitischer Relevanz werden (vgl. Keyes & Haidt, 2002).
- Die S3/ NV-Leitlinien fordern, dass Patienten mit **Suizidalität** in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten sollen. Dieses Statement muss kritisch hinterfragt werden. In jedem Fall Antidepressiva? Hier wird außer Betracht gelassen, dass dies bei Jugendlichen eindeutig fasch ist. Denn bei ihnen sind SSRI-Präparate wie z.B. Paroxetin, Cipralelex oder Sertralin in Verdacht geraten, die Suizidneigung sogar zu verstärken. Das hat die europäische Arzneimittel-Zulassungsbehörde zu der Empfehlung bewogen, dass Kindern und Jugendlichen möglichst keine SSRI verabreicht werden sollten. Auch bei erwachsenen Patienten mit Suizidalität bedarf es einer kritischen Abwägung im Einzelfall,

ob eine Medikation angezeigt ist. Eine angemessene Würdigung der Wirkung psychotherapeutischer Einflussmöglichkeiten ist hier dringend zu fordern.

- Abschließend soll noch einmal deutlich darauf hingewiesen werden, dass die S3/NV-Leitlinien lediglich Vorschläge auf der Basis derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnisse und klinischer Expertise sind, die **im Konsens** formuliert wurden. Es sind keine Regeln, an die man zwingend gebunden ist; sie lassen vielmehr Spielraum, in begründeten Fällen von den Vorgaben abzuweichen und zu einer partizipativen Entscheidungsfindung zu gelangen, bei der ärztliche, psychotherapeutische und patientenrelevante Aspekte abgewogen werden. Sie schränken die Therapiefreiheit folglich nicht grundsätzlich ein. Um überhaupt nützlich zu bleiben, müssen sie jedoch durch ständige Anpassung und Überarbeitung auf dem neuesten Stand gehalten werden. Bedenkt man, dass ihre Gültigkeit auf zwei Jahren geschätzt wird (vgl. Härter et al., im Druck), wirft dies die Frage auf, ob die Leitlinien in diesem kurzen Zeitraum überhaupt ausreichend in der Praxis rezipiert werden. Normalerweise werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse von der Praxis sehr viel langsamer zur Kenntnis genommen und umgesetzt. Kann eine Leitlinie bei so kurz angesetzter Gültigkeit demnach in der Praxis überhaupt die gewünschte Wirkung entfalten?

Ausdrückliches Ziel der Leitlinien ist eine Verringerung der **Über- und Unterversorgung** bei Depression. Dies soll durch eine bessere Koordination und Vernetzung der Versorgung im haus-, fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich sowie in ambulanter und stationärer Behandlung und durch die Entwicklung von Disease-Management- und Case-Management-Programmen gelingen. Wird sich dies aber auch positiv auf die Arbeit von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auswirken? Hier gilt es, die ureigensten psychotherapeutischen Interessen gut im Auge zu behalten und nachdrücklich in den entscheidenden Fachgremien zu vertreten. Das gilt auch für Einflussnahmen im Rahmen des Programms „Gesundheitsziele für Deutschland“ (www.gesundheitsziele.de), in dem Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Depression erarbeitet werden.

Die psychologischen Fachvertreter in der Leitliniengruppe haben sich bislang erkennbar dafür eingesetzt, dass Psychotherapie bei der Behandlung von Depression mehr und mehr die Bedeutung bekommt, die ihr zusteht. Ein gut abgestimmtes, gemeinsames Eintreten für die Interessen der Psychotherapie sollte auch weiterhin unbedingt im Vordergrund stehen.

Zitierte Literatur:

Hoyer, J., Helbig, S. & Wittchen, H.U. (2006). Experiences with Psychotherapy for Depression in Routine Care: a Naturalistic Patient Survey in Germany. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 414-421.

Härter, M. et al. (im Druck). Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie depressiver Störungen. Entwicklung der S3- und Nationalen VersorgungsLeitlinien „Unipolare Depression, Psychotherapeut.

Jacobi, F., Wittchen, H.U., Hölting, C. , Höfler, M., Müller, N., Pfister, H. & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.

Keyes, C.M. & Haidt, J. (Eds.).(2002). *Flourishing. Positive Psychology and the life well-lived*. Washington: APA.

Zeitschrift *Stern*, Ausgabe vom 11.12.2008. Titelthema: Neue Wege aus der Depression. Mehr Psychotherapie, weniger Medikamente.

Jörg Hein:

Die Leitlinie versucht anspruchsgemäß die beste verfügbare Evidenz zur Diagnose und Behandlung unipolarer Depressionen bei Erwachsenen zusammenzuführen und Praktikern zugänglich zu machen. Sie bedient sich dazu eines objektivierenden und standardisierenden Verfahrens, das subjektive Bewertungen und Präferenzen weitgehend ausschließen soll. Dieses Bemühen ist anzuerkennen und wertzuschätzen, zumal es zu in einigen Punkten sehr differenzierten Urteilen führt.

So versteht sich die Leitlinie ausdrücklich nicht als – juristisch bindende – Richtlinie (S. 14). Sie stellt auch methodenkritische Gesichtspunkte an den Anfang, die die Reichweite von Aussagen bzw. Empfehlungen einschränken und begrenzen. Insbesondere gilt das für die Bewertungen der Psychotherapie, die mit stärkeren forschungsmethodischen Schwierigkeiten konfrontiert ist als z. B. die Pharmakotherapie. Richtigerweise leiten die Autoren aus dem Mangel an Studien zu unter-suchungswürdigen Fragestellungen keine negativen Bewertungen ab, beispielsweise in Bezug auf nicht untersuchte Psychotherapieverfahren. Der klinisch hochbedeutsame Unterschied zwischen efficacy und effectiveness wird gewürdigt.

Die Leitlinie gibt eine informative Übersicht über die Epidemiologie depressiver Störungen und deren stetige, besorgniserregende Zunahme in den Industrieländern, differenziert nach Geschlecht, Alter und anderen demografischen Variable sowie komorbiden Störungen und der damit verbundenen menschlichen und volkswirtschaftlichen Belastung. Ebenso

anzuerkennen ist das Bemühen um eine definitorisch-nosologische Klärung und damit um diagnostische Klarheit.

Die Leitlinie weist immer wieder kritisch auf Forschungsdefizite hin, die insgesamt betrachtet umso größer zu sein scheinen, je mehr es um praktisch-klinische Fragestellungen geht.

Schließlich versteht sich die Leitlinie als Bestandteil eines umfassenderen Qualitätsmanagements, das weitere Kriterien umfassen muss.

Gleichwohl wird ein normativer Anspruch erhoben, der auf die Standardisierung von Behandlungsabläufen zielt und unterstellt, dass zur Zeit die Diagnostik und Behandlung von Depressionen nicht nur verbesserungsbedürftig und –würdig ist, sondern auch dass diese Verbesserung durch Leitlinien (mit-) erreicht werden könne.

Dazu ist zu sagen, dass Leitlinien nicht ein bislang von Bemühungen um Qualität und Qualitätsverbesserung unberührtes Neuland betreten. Ihr Wert hat sich vielmehr an denjenigen thematisch bezogenen Lehrbüchern zu messen, die als Standard gelten. Diese beanspruchen i. d. R. ebenso wie Leitlinien, die Weiterentwicklung der Forschung und neue Erkenntnisse aufzunehmen.

Verglichen damit ist auf einige – teils unvermeidliche – Schwächen der Leitlinie hinzuweisen.

Während Lehrbücher die persönliche Sicht des oder der Verfasser wiedergeben und damit dem Leser von vornherein einen Raum pluraler Sichtweisen unter Berücksichtigung herrschender Lehrmeinungen eröffnen, geht es der Leitlinie um Standardisierung und Vereinheitlichung, um die normative Vorgabe von mehr oder weniger „gesicherten“ Erkenntnissen und Bewertungen. Dies erscheint u. a. deswegen problematisch, weil die zu Grunde gelegten Studien nicht näher dargestellt und auf ihre Implikationen befragt werden. Darüber hinaus gehen in die Darstellung unvermeidlich politische Präferenzen der beteiligten Berufsverbände und Fachgesellschaften ein, die durch die Konsensfindung intransparent werden.

Drei weitere - wohl unvermeidliche – Schwächen im Vergleich zu einem Lehrbuch sollen wenigstens benannt werden:

- Die Autoren weisen mehrfach auf die beunruhigende Zunahme depressiver Störungen in der Bevölkerung v. a. der industrialisierten Länder hin. Es handelt sich offenbar um eine Entwicklung im gesamt-gesellschaftlichen Maßstab, zu deren Entstehung die Leitlinie jedoch keine Aussage trifft. Sie beschränkt sich vielmehr auf individuelle und individualisierende ätiologische Hypothesen. Dabei könnten Aussagen aus der Perspektive des Fachs gerade wegen der politischen Bedeutung von Leitlinien eine wichtige präventive Funktion haben.
- Weite Teile der Leitlinie betreffen Depressionen mit komorbiden körperlichen oder psychischen Störungen. Unausgesprochen begnügt sich die Leitlinie mit einem lediglich additiven Modell der einzelnen Störungen bzw. Symptome. Damit vollzieht sie möglicherweise den Forschungsstand nach. Es bleibt gleichwohl ein (nicht thematisierter) Mangel, v. a. wenn man sich den normativen Anspruch der Leitlinie vor Augen hält.
- Schließlich bleibt nach dem Nutzen mancher Empfehlungen zu fragen. Worin ist einem Praktiker geholfen, wenn er erfährt, „KVT (oder andere Verfahren) ist wirksam bei xy“? Es bleibt spürbar, welcher großer Unterschied in der Komplexität einer solchen pauschalen Aussage zu der scheinbar vergleichbaren Aussage „Sertralin ist wirksam bei xy“ besteht. Beides über den gleichen Leisten zu schlagen bleibt problematisch.

Prof. Dr. Fritz Mattejat:

Nachdem verschiedene Fachgesellschaften bereits Leitlinien zur Thematik publiziert haben liegt die besondere Qualität der „S3 Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ darin, dass eine große Zahl (insges. 31) Fachgesellschaften und Berufsverbände einbezogen waren und somit auf dem Konsens der wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen beruht. Darüber hinaus beansprucht Evidenzbasierung, d.h. sie stützt sich auf die verfügbaren empirischen Erkenntnisse zur Depression und ihrer Behandlung und sie gibt darüber hinaus praktische Empfehlungen zur Depressionsbehandlung und zur Abstimmung und Koordination der bei der Depressionsbehandlung beteiligten Fachdisziplinen.

Die Notwendigkeit und der Nutzen von Leitlinien wurde bereits in den letzten Jahren im Ausschuss für Wissenschaft und Forschung der hessischen Psychotherapeutenkammer ausführlich - teilweise kontrovers - diskutiert. Aus meiner Sicht sind Leitlinien im heutigen Gesundheitswesen aus zwei Gründen unabdingbar:

- a. Transfer Wissenschaft-Praxis (Wissens- und Entscheidungsmanagement): Die schnell anwachsende Menge und Komplexität des Wissens macht notwendig, das verfügbare Wissen so aufzubereiten und zusammenzufassen, dass es für die

Gesundheitsversorgung nutzbar gemacht werden kann (z.B. Ermöglichung von Orientierung für Fachleute und allgemeine. Umgekehrt müssen Leitlinien dazu genutzt werden, Erfahrungen und Anregungen aus der professionellen Praxis in den Wissenschaftsbetrieb einzuspeisen.

- b. Die ethische Dimension und der Schutz der Patienten (Ziele: Bestmögliche Behandlung für Patienten; Schutz der Patienten vor Schädigung; Bestmögliche Information/Transparenz für Patienten; Selbstbestimmung und Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten).

Dabei sind mögliche Gefahren bzw. negative Entwicklungen auch im Auge zu behalten: Leitlinien eine begrenzte Reichweite haben (d.h. nicht überstrapaziert werden dürfen) und sie dürfen nicht dazu dienen, den beruflichen Handlungsspielraum in schädlicher Weise einzuengen oder zu reglementieren.

Bei der S3 Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression sind als besonders positiv die folgenden Aspekte hervorzuheben:

- Die Arbeit stützt sich auf einen breiten Konsens
- sie ist didaktisch sehr gut aufgebaut, was
- was einer Transparenz der Gesamtdarstellung führt.
- Fragen und Ergebnisse der empirischen Forschung und der praktischen Anwendung/Versorgung werden miteinander verbunden und aufeinander bezogen.
- Die Empfehlungen sind konkret, z.T. auch spezifisch und differenziert; sie beziehen sich nicht nur abstrakt darauf, welche Behandlung zu empfehlen ist, sondern auch darauf, wie sie im deutschen Gesundheitswesen realisiert werden können.
- Es wird nach Evidenzebenen und nach Graden der Empfehlung differenziert; d.h. für den Nutzer der Leitlinie ist gut erkennbar, wie gut die Angaben abgesichert sind und wie wichtig eine Empfehlung ist (z.B. Unterscheidung von Soll-Empfehlungen und Kann-Empfehlung.)

Neben diesen positiven Merkmalen ist aber auch ein äußerst problematischer Aspekt zu nennen:

Der Titel der Leitlinie ist irreführend: Es handelt sich hier um eine Leitlinie für die Versorgung von *ERWACHSENEN* mit einer unipolaren Depression. Unipolare Depressionen treten jedoch auch in erheblichem Umfang bei Jugendlichen auf; häufig ist die Erstmanifestation für Patienten und Angehörige eine besonders einschneidende Erfahrung. In vielen Hinsichten ins bei Jugendlichen ein anderes Vorgehen erforderlich und es empirische Erkenntnislage ist anders als bei Erwachsenen. Die spezifischen Aspekte des Jugendlichenalters sind in der Versorgungsleitlinie nicht berücksichtigt. Die Leitlinie kann keinerlei Geltung im Hinblick auf

das Jugendlichenalter beanspruchen. Hierauf sollte explizit hingewiesen werden, um nicht den Eindruck zu erwecken, als ob durch die Leitlinie auch Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen mit abgedeckt ist. Der Titel der Leitlinie sollte deshalb auf den Erwachsenenbereich eingegrenzt werden. Kinder und Jugendliche sollten auch in psychiatrischen und psychotherapeutischen Leitlinien nicht „unter den Tisch fallen“ und damit nicht benachteiligt, sondern als menschliche Personen

Dr. phil. Gisela Wiegand M.A.

Genderperspektive: Ist Depression weiblich?

Es gibt vier Millionen depressiv erkrankte Menschen in Deutschland (BzGA)
Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist dies die häufigste Volkskrankheit (WHO)
Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer (Stoppe/Bramesfeld/Schwartz 2006)
Einschränkend wird von höheren diagnostischen Erkennungsraten und einer höheren Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen (Kühner, Zentralinstitut Seel. Gesundheit Mannheim 2007) ausgegangen.

Zahlreiche Studien stützen klar die These, dass eher weibliche Patientinnen von Depression betroffen sind. (vgl. Wittchen / Hoyer 2006, Jacobi et al 2004, Bebbington 1998, Cyranowski et.al. 2000).

Dabei ist davon auszugehen, dass Depressionen gehäuft in Verbindung mit dem weiblichen Lebenszyklus zu sehen sind: Menarche, Adoleszenz, Schwangerschaft und Geburt, Klimakterium, Alter. (Insbesondere: Postpartale Depression).

Ferner sind offensichtlich geschlechtsspezifischer sozialer Status und Rollenzuweisungen von Bedeutung. (weniger Depression bei Berufstätigkeit)

Neben Lebensumständen und Vererbung wird von einer unterschiedlichen Funktion von Neurotransmittern ausgegangen (Stuppäck, Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie 2008).

Bezüglich der Komorbidität scheinen Frauen ebenfalls von besonderen Kombinationen häufiger betroffen zu sein als Männer (Osteopathie, Herzleiden und Depression, Depression und Alkoholabhängigkeit).

Ein Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und weiblicher Depression wird ebenfalls belegt (Dech 2005, Women´s mental health: Soziale Ursachen von Depression in transkultureller Perspektive)

Es gibt einen steileren Anstieg des Erkrankungsrisikos bei Mädchen (Bennett et al 2005)
Depressionen verlaufen chronischer bei Frauen (belgische Studie: 3204 Frauen, 2907 Männer, Bracke1998)

Die Erforschung der Risikofaktoren ist unvollständig.

Persönlichkeitsstruktur / Persönlichkeitsmerkmale im Zusammenhang mit Depression – weibliche Persönlichkeitsmerkmale?:

“The necessity to please others and to act in accordance with their expectations... makes him unable to get really in touch with himself. He does not listen to his own wishes, he does not know what it means to be himself... When he experiences feelings of unhappiness, futility and unfulfillment he...tend to believe that he is to be blamed for them..”(Arieti/ Bemporad: Severe and mild depression, New York 1978)

1.Umgang der NVL mit der Genderperspektive

- In welchem Umfang wird auf geschlechtsspezifische Zusammenhänge hingewiesen?

Insgesamt 27 Zeilen, d.h. ½ Seite von 250 Seiten:

H.1.2.2 Epidemiologische Zusammenhänge S.48

H.1.4.2 Einfluss erkrankungs-, patientenbezogener sowie sozialer Faktoren, Risikofaktor weibliches Geschlecht, S.55

H.3.3.10.4 Psychosoziale Faktoren in der Perimenopause S.112

- Postpartale Depression (Prävalenz 15-25%) wird nicht erwähnt, Einfluss auf Entwicklung von Kindern wird nicht erwähnt (vgl. Kumar/Brockington: Motherhood and mental illness, London 1988), Hamilton/ Harberger: Postpartum psychiatric Problems, Philadelphia 1992)
- Geschlechtsspezifische Komorbidität psychisch/somatisch wird nicht erwähnt.
- Wie wird die Patient/in-Therapeut/in Beziehung unter diesem Aspekt gesehen?

Bei überwiegend weiblichen Patientinnen wird Geschlecht als Variable im therapeutischen Prozess relevant, dies thematisiert die NVL an keiner Stelle (vgl. Gürtler 1987, Arbeiten Therapeutinnen anders?).

- Formalia: die weibliche Form wird in der NVL (ohne Begründung) vermieden (es gibt nur „Patienten“ und „Therapeuten“), dies hat Tradition in der Depressionsforschung: „As is customary in English, I refer to the general patient as he and consider him and his male role. However, women with this type of personality (siehe oben G.W.) are more numerous than man.“ (Arieti/ Bemporad zitiert nach Kaplan, A. 1991 Implications for Depression in Women)

Ausgehend von der These, dass Depression häufig im Zusammenhang mit krisenhaften Lebensereignissen oder normativen Entwicklungskrisen von Frauen steht, ergibt sich die Frage, ob differentialdiagnostisch depressive Zustände genügend von Stressverarbeitungsstörungen, Belastungsstörungen oder Traumatisierungen abgegrenzt werden (vgl. Cremer 2008 Frauen u. Depression, Untersuchung im soziokulturellen Kontext).

Eine Priorität medikamentöser Behandlung, die die NVL suggeriert (Pharmakotherapie und Kombination Pharmakotherapie plus Psychotherapie 48 gegenüber 28 Seiten, die sich auf Psychotherapie als Methode der Wahl beziehen), würde dann eine Medikalisierung von weiblichen Lebenskrisen und Ereignissen bedeuten (vergleichbar kindlicher Unruhe als ADHS, 400% Steigerung von Verschreibungen. Unruhige Kinder haben eher depressive Mütter und scheitern öfters an depressiven Lehrerinnen).

Auf dem Hintergrund, dass Frauen bereits 18% mehr Medikamente erhalten als Männer, schiene dies besonders problematisch. ★

Eine weitere Frage ist, ob die Standard-Erhebungsinstrumente überhaupt geschlechtsspezifische psychopathologische Aspekte erfassen/können.

Bei der Vorstellung therapeutischer Verfahren /Methoden fehlen solche, die eine Orientierung auf z.B. spezifisch weibliche pathologische Verarbeitungsmechanismen nahelegen (Relationale Psychotherapie, Mitchell, Gilligan, Kaplan et al, Ressourcen-orientierte, positive Psychotherapie vgl. Diegelmann et al; „Feministische Psychotherapie“ Ludwig-Körner 1994).★★

Für die medikamentöse Behandlung wäre der Nachweis zu erbringen, dass die Wirksamkeit und die Dosierungsvorschriften sich auf Studien mit weiblichen Probandinnen bezieht. (siehe Studien zur veränderten Wirksamkeit von Benzodiazepinen bei Frauen).

2. Forschungsgegenstand Geschlecht und Depression (unvollständige Auswahl)

- a. Berufstätigkeit als Schutzfaktor, Risikofaktor Armut, geringe Macht- Handlungskontrolle (vgl Kühner a.a.o., Ärzteblatt 4 /April 2007)
- b. University of Bristol: Schwangerschaftsdepression und Entwicklungsstand v. Babys. Zusammenhang pränatale und postpartale Depression.11098 Frauen (Quelle: Kinderärzte im Netz)
- c. Universität Erlangen Risikofaktor Baby-Blues 50-75 der jungen Mütter (Bleich Psychiatr. Uni Klinik, Quelle www.focus.gesundheit.de depression)
- d. PPD: H.P. Hartmann, Heppenheim zu wenig stationäre Angebote
J. Gottmann University Seattle : bis zu 70% Risiko für Mütter. Beides zit. Nach www.Zeit-online.de Postpartale Depression
- e. Frauen sind höher erblich belastet. Virginia University Richmond, 42 000 Zwillingstudien 42% Frauen 27% Männer erblich belastet (Americ. Journal of Psychiatry nach www.focus.gesundheit.de depression)
- f. Depressive Frauen trinken mehr Alkohol (University of North Dakota)
Befragung: 6009 Männer, 8054 Frauen (Quelle: Suchtmittel.de)

- g. Sex differences in course of depression: Evidence from longitudinal study of a representative sample of Belgian population (P. Bracke Soc.Psychiatr.Epidemil. 1998 (33) 420-429
- h. Osteoporose und Depression: National Institute of Mental Health (NIMH) 133 Frauen, davon 89 mit depressiver Symptomatik (Quelle Archives of Internal Medicine Bd.167, 2007 S.2329)

3. Forschungslücken: umfangreich

4. Schlussfolgerung

Eine nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression, die die Bedeutung geschlechtsspezifischer Faktoren zwar erwähnt, aber weder theoretisch noch praktisch ausreichend berücksichtigt, geht in ihrem Krankheitsverständnis an der Lebenswirklichkeit der Mehrzahl der Patientinnen vorbei und stellt sich damit in ihrer Relevanz selbst in Frage.

Deutlich wird, dass die Erkrankung bereits in der Definition wie eine isolierte Organerkrankung verstanden wird, psychische Prozesse werden als abgehoben von Beziehungsprozessen definiert.

“Depression is something that happens to a person in reaction to others“

(Salzman 1975, Interpersonal factors of depression)

Wie Kaplan (1991) betont, geht es nicht nur um das Wissen über individuelle pathologische Persönlichkeitsstrukturen, sondern gerade auch um gemeinsame verinnerlichte Strukturen der Gruppe von Menschen, die am häufigsten an Depressionen erkranken, den Frauen.

Dieses Wissen (knowledge) sollte sowohl den Patientinnen mitgeteilt werden, als auch den ExpertInnen.

Literatur

- Arieti, S./ Bemporad, J. (1978): Severe and mild depression, New York
- Bebbington, P.E. (1998): Sex and Depression, Psychological Medicine, 28
- Bennett et al, (2005), zitiert nach Leitlinie S.41 ohne weitere Angabe
- Bracke, P. (1998): Sex differences in the course of depression; evidence from a longitudinal study of a representative sample of Belgian population Soc.Psychiatr.Epidemil.(33) 420-429
- Bühning, P.(2007): Schutzfaktor Berufstätigkeit, Geschlechtsspezifische Aspekte der Depression, In Deutsches Ärzteblatt 4
- Cremer, M. (2008): Frauen u. Depression, Untersuchung im soziokulturellen Kontext

- Cyranowski, J.M. et.al. (2000): Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression, Archives of General Psychiatry 57, 21-27
- Dech, H. (2005): Women´s mental health: Soziale Ursachen von Depression in transkultureller Perspektive, Bielefeld
- Diegelmann, Chr. (2007): Trauma und Krise bewältigen, Stuttgart
- Gilligan, C. (ed)(1991) Women, girls & Psychotherapy –Reframing Resistance. New York
- Gürtler, H. (1987): Arbeiten Therapeutinnen anders? In: Rommelspacher, B.(Hg):Weibliche Beziehungsmuster, Frankfurt
- Hamilton J. A./ Harberger, P. (eds) (1992): Postpartum psychiatric Problems, Philadelphia
- Hartmann, H.-P./ Grande, B.: Stationäre Behandlung von Müttern mit postpartalen psychiatrischen Erkrankungen nach dem „Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung“ In Brisch K-H. /Hellbrügge Th.(Hg) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung Stuttgart 2007
- Jacobi, F. et al (2004): Prevalence, comorbidity and correlate of mental disorders in general population, Psychological Medicine 34
- Kaplan,A.G. (1991): The “Self-in Relation”, Implications for Depression in Women, in: Jordan, J.V. et al (ed) Womens´ Growth in Connection, New York
- Kühner,Chr (2006): Frauen; In: Stoppe/Bramesfeld/Schwartz (2006): Volkskrankheit Depression, Heidelberg
- Kühner, Chr.(2007): Warum leiden Frauen mehr unter Depression? In: Lauenbacher/Güntürkün/Hausmann: Gehirn und Geschlecht, Heidelberg
- Kumar, R./ Brockington, I. F. (eds) (1988): Motherhood and mental illness, London
- Ludwig-Körner, Chr. (1994): Möglichkeiten und Grenzen feministischer Therapie, In Frauen zwischen Autonomie und Gebundenheit, Psychosozial 55, Gießen
- Mitchell, S.A.(2005): Psychoanalyse als Dialog, Gießen
- Salzman,L. (1975): Interpersonal factors of depression. In: Flack/Droghi: The nature and treatment of depression, New York
- Pedrina, F.(2006): Mütter und Babys in psychischen Krisen, Frankfurt
- Wittchen H.-U./ Hoyer J.(2006):Klinische Psychologie und Psychotherapie, Heidelberg

Internet Quellen

- www.focus.de gesundheit depression Bleich: Frust statt Euphorie, Psychiatr. Uni Klinik, Erlangen 15.2.2007
- www. bleib-fit. At: Depression-Frauen doppelt so oft betroffen, Stuppäck, Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie 2007
- www.Zeit-online.de Postpartale Depression 2002: Die Kehrseite des Mutterglücks
- www.Kinderärzte im Netz: Depression in der Schwangerschaft beeinflusst die Entwicklung des Kindes 9.8.2008
- [www.ärztezeitung](http://www.ärztezeitung.de) de. Frauen mit Herzleiden haben häufiger Depressionen als Männer 2.10.2008
- www. focus gesundheit: Depression- Frauen oft erblich belastet, Kendler et al, Americ. Journal of Psychiatry 2006

www.suchtmittel.de: Depressive Frauen trinken mehr Alkohol als Männer, University of North Dakota
5.1.2007

[www.die-topnews](#): Zusammenhang zwischen Osteoporose und Depression entdeckt

NIMH: Archives of interne medicine Bd 167, 2007

* vgl auch Diskussion DGPPN Pressemitteilung Depression und Pharmakotherapie 28.2.2008

** vgl Petra Gollnick, Barbara Zargarus-Hotsch: Leitlinien für eine frauengerechte psychiatrische Versorgung, Arbeitskreis Frauengesundheit, 11. Jahrestagung Berlin 2004

Birgit Wiesemüller:

Die vorliegende Leitlinie Depression beeindruckt als Gesamtwerk. Es ist gelungen, alle an der Versorgung beteiligten und betroffenen Personen in Deutschland in den Entwicklungsprozess einzubeziehen und den derzeitigen Versorgungs- und Forschungsstand abzubilden. Erfreulich ist insbesondere die gleichwertige Berücksichtigung der psychotherapeutischen Verfahren.

Empfehlungen oder Handlungsanweisungen

Die Ableitung der Empfehlungen und Statements basiert auf einem gut nachvollziehbaren evidenz- und konsensusbasierten Vorgehen. Die Empfehlungen und Statements werden in den jeweiligen Kapiteln begründet hergeleitet. Vorangestellt wird in Abschnitt **A. Empfehlungen und Statements** eine Auflistung der 107 konsentierten Empfehlungen und Statements mit Angabe des Empfehlungsgrades. Es besteht allein schon aufgrund des Umfang der Leitlinie die Gefahr, dass sich der Leser zumindest teil-weise auf das Studium dieser Empfehlungen und Statements beschränkt, diese zu sehr als zu befolgende „Handlungsanweisungen“ versteht und nicht ausreichend berücksichtigt, dass immer wieder auf Forschungsdefizite hingewiesen wird und die Empfehlungen oft nur auf einer oder wenigen Studien basieren.

Zudem wird nur kurz und ohne Hervorhebung (Seite 16) darauf hingewiesen, dass es sich bei dieser Leitlinie explizit **nicht um eine Richtlinie** im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens handelt, die juristische Relevanz hat.

Verständlichkeit

Die Empfehlungen der Leitlinie richten sich nicht nur an Ärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, sondern u.a. auch an

- an unipolaren depressiven Störungen erkrankte Erwachsene und deren Angehörige
- Entscheidungsträger im Gesundheitswesen
- an die Öffentlichkeit.

Hier stellt sich die Frage der Verständlichkeit dieser Leitlinie für Patienten und ihre Angehörigen und für andere nicht therapeutisch tätige Personen. Die „PatientenLeitlinie zur NVL Depression“, die ebenfalls in 2009 herausgegeben werden soll, wird hier hilfreich sein.

Forschung versus klinische Erfahrung

Eingangs (Kapitel II. Zielsetzung und Begründung) werden klinische und empirische Erfahrung als gleichwertig dargestellt:

„Bei der Entwicklung von Leitlinien müssen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung (Prinzipien der evidenzbasierten Medizin) und Expertenwissen (klinische Erfahrung) mittels objektiver und nachvollziehbarer Methodiken gleichermaßen berücksichtigt werden“ (Kopp et al., 2002).

Bei der Festlegung der Evidenzebenen und Empfehlungsgrade relativiert sich diese Aussage. Expertenwissen und klinische Erfahrung erfahren nur noch wenig Wertschätzung: In der S3-Leitlinie als schwächste Evidenzebene, in der NVL als offen bleibende Empfehlung – klinische Erfahrung wird geduldet.

Auch in der Darstellung der Ziele der Leitlinie (Kapitel II.) wird die starke Ausrichtung am medizinischen Modell deutlich: So wird als ein Ziel der Leitlinie definiert, „die Empfehlungen entsprechend dem besten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu formulieren und zu aktualisieren“.

Kinder und Jugendliche und deren Behandlung werden weitgehend ignoriert

Die Leitlinie bezieht sich auf die Behandlung Erwachsener, was leider weder im Titel noch im einführenden Text benannt wird. Empfehlungen oder Statements für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind in der Leitlinie nicht zu finden. Obwohl in Kapitel H 1.2.2 (Epidemiologische Zusammenhänge zu soziodemographischen Daten) u.a. darauf hingewiesen wird, dass Depressionen in jedem Lebensalter auftreten und dass ein beträchtlicher Anteil an Patienten bereits in der Kindheit oder der Adoleszenz an der ersten depressiven Episode erkrankt. In einer 10-Jahres-Studie wurde sogar ein signifikanter Anstieg der unipolaren depressiven Erkrankungen bei 15- bis 18-jährigen Jugendlichen nachgewiesen.

Anstieg der Prävalenzen wird als gegeben hingenommen

Die Leitlinie dokumentiert ausführlich den Anstieg der Prävalenzen und die Tendenz, dass die Ersterkrankungen zunehmend früher eintreten. Überlegungen zu den Hintergründen und Ursachen werden jedoch nicht angestellt.

Prävention kein Thema

Studien und Empfehlungen zur Prävention fehlen gänzlich. Prävention der Depression taucht lediglich im letzten Kapitel als Schlagwort auf, ansonsten befasst sich die Leitlinie ausschließlich mit Suizidprävention.

3) Zusammenfassung der einzelnen Kapitel

3.I. Einführung (Birgit Wiesemüller) (S. 1-57)

Bei der vorliegenden Leitlinie handelt es sich um die 1. Auflage der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression und gleichzeitig um die Langfassung der S3-Leitlinie Unipolare Depression. Die inhaltlich identischen Fassungen sind das gemeinsame Produkt eines von der DGPPN initiierten Projektes zur Erarbeitung einer S3-Leitlinie und eines Auftrages im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien von BÄK, KBV und AWMF.

3.II. Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten (Birgit Wiesemüller)

Zielsetzung und Begründung

Depressionen zählen zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen. In der Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten bestehen in allen Bereichen Optimierungspotentiale, insbesondere in der vernetzten Versorgung.

Anspruch bei der Entwicklung von Leitlinien ist es, die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung (Prinzipien der evidenzbasierten Medizin) und Expertenwissen (klinische Erfahrung) mittels objektiver und nachvollziehbarer Methodiken gleichermaßen zu berücksichtigen. Leitlinien werden als dynamische Handlungsempfehlungen verstanden, die kontinuierlich auf den neuesten Wissensstand zu aktualisieren sind.

In den letzten Jahren sind weltweit Leitlinien und Behandlungsempfehlungen für depressive Erkrankungen mit unterschiedlichen inhaltlichen und methodischen Schwerpunkten entwickelt worden. Die Entwicklung einer spezifischen Leitlinie für Deutschland wird folgendermaßen begründet:

- Der aktive Einbezug aller relevanten Akteure bei der konkreten Formulierung erhöht die Akzeptanz von Leitlinien.

- Unterschiedliche Gesundheitssysteme erfordern angepasste Maßnahmen und Empfehlungen.
- Die jeweilige Versorgungsstruktur ist explizit und systematisch einzubeziehen, da die meisten versorgungsrelevanten Empfehlungen auf dem Konsens der relevanten Akteure basieren.

Entwicklung der S3-Leitlinie Depression

Diese Leitlinie orientiert sich u.a. an den Ergebnissen einer aktualisierten systematischen Leitlinienrecherche des Leitlinien-Clearingverfahrens Depression (ÄZQ, 2003) und der Arbeit mehrerer Fachgesellschaften an Depressionsleitlinien mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Eine zentrale Aufgabe bestand darin, einen Konsens verschiedener Akteure im Gesundheitswesen für Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen herzustellen. Zu diesem Zweck koordinierte die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) seit Anfang 2005 ein Projekt zur Erarbeitung von S-3-Leitlinien nach den Richtlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) mit Angehörigen- und Patientenverbänden und insgesamt 28 Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände.

Um eine optimale Verbindung zwischen evidenzbasierten Grundlagen und Praxisanforderungen zu ermöglichen, war die Entwicklung der vorliegenden S3-Leitlinie erstmals eng mit dem Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) verknüpft. Im Rahmen des NVL-Programms werden auf der Basis evidenz- und konsensbasierter Leitlinien Empfehlungen formuliert, die für die Versorgungscoordination und die Evaluierung der Versorgungsqualität relevant sind.

Ziele

Das erstgenannte Ziel der Leitlinie ist die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland zu verbessern. Die dann formulierten Ziele geben Aufschluss darüber, wie diese Verbesserung erreicht werden soll: durch Schlüsselempfehlungen zur vernetzten Versorgung, durch Empfehlungen entsprechend der Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin, durch Einbeziehung aller Akteure, durch Empfehlungen zu Versorgungsabläufen und hinsichtlich der Abstimmung und Koordination der Versorgung und durch Prozessempfehlungen, die sich aus den Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens ergeben. Weiter wird als Ziel formuliert, Barrieren der Umsetzung der Leitlinie zu identifizieren und Lösungswege zu suchen und die Empfehlungen in der Ausfort- und Weiterbildung und in Qualitätsmanagementsystemen zu implementieren.

Adressaten und Anwendungsbereich

Der Geltungsbereich dieser Leitlinie bezieht sich auf unipolare depressive Störungen, d.h. depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33), Dysthymia (F34.1) und rezidivierende kurze depressive Störung (F38.1).

Die Empfehlungen der Leitlinie richten sich an:

- alle Berufsgruppen, die mit der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patienten mit unipolarer Depression befasst sind: Hausärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater (sofern eine Behandlung vor dem 19. Lebensjahr begonnen wurde), behandlungsergänzende Fachberufe (z. B. Ergo- und Soziotherapeuten)
- Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie, Akut- und Rehabilitationskliniken für psychosomatische Medizin sowie andere Rehabilitationseinrichtungen
- an unipolaren depressiven Störungen erkrankte Erwachsene und deren Angehörige
- Entscheidungsträger im Gesundheitswesen
- die Öffentlichkeit zur Information über gute medizinische Vorgehensweisen.
- die Vertragsverantwortlichen von „Strukturierten Behandlungsprogrammen“ und „Integrierten Versorgungsverträgen“
- die medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und andere Herausgeber von Leitlinien, deren Leitlinien ihrerseits die Grundlage für NVLs bilden

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dieser Leitlinie explizit nicht um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens handelt und dass sie beim individuellen Behandlungsfall hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden soll.

3. III. Zusammensetzung des Leitlinien-Gremiums (Birgit Wiesemüller)

Die gemeinsame Entwicklung der S3-Leitlinie und der NVL erfolgte multidisziplinär mithilfe unterschiedlich zusammengesetzter Gremien (Untergruppen):

Konsensgruppe

Die an der Versorgung von erwachsenen Patienten mit unipolarer Depression beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände, Patienten- und Angehörigenorganisationen wurden vom Koordinationsteam des S3-Leitlinien-Verfahrens um Entsendung von Mandatsträgern in die Konsensgruppe gebeten und erhielten je eine Stimme. Ausgenommen hiervon waren die Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die wie das Koordinationsteam,

eine beratende Funktion einnehmen. Insgesamt fanden von Juli 2005 bis Juli 2008 14 Treffen statt. Die 107 in der Leitlinie enthaltenen Empfehlungen und Statements wurden durch einen Nominalen Gruppenprozess (NGP) konsentiert.

Steuergruppe

Die beteiligten Fachgesellschaften wurden um Entsendung von Mandatsträgern in die NVL-Experten-gruppe (Steuergruppe) gebeten. Stimmberechtigt war jeweils ein Repräsentant jeder beteiligten Fachgesellschaft bzw. Organisation. Die Mitglieder der Koordinationsgruppe sowie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) waren nicht stimmberechtigt.

Peer-Review-Gruppe

Die Peer-Review-Gruppe bestand aus Vertretern von Fachgesellschaften und Berufsgruppen, die nach Feststehen der Zusammensetzung der Konsensgruppe ihr Interesse an einer Mitwirkung an der Leitlinie bekundet hatten. Sie begutachtete den Leitlinientext nach Abschluss der Konsentierung in der Konsensgruppe.

Koordinationssteam

Das Koordinationsteam bildeten Mitarbeiter der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg (Leitlinien-Gruppe), Mitarbeiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin für die Träger des NVL-Verfahrens (ÄZQ) und eine Repräsentantin der AWMF. Die Aufgaben des Koordinierungsteam waren Sitzungsvorbereitung, Moderation der Sitzungen der Konsens- und Steuer-gruppe, Aufbereitung der Evidenzen, Erstellung der Hintergrundtexte und Vorbereitung von Empfehlungsvorschlägen.

Schlüsselfragen und Gliederung

Auf dem ersten Treffen der Konsensrunde (1. Juni 2005) erfolgte auf der Grundlage der Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahrens Depression eine Priorisierung der im Rahmen der Leitlinienerstellung zu bearbeitenden Schlüsselfragen. Die Fragen wurden im Rahmen eines Nominalen Gruppenprozesses abgestimmt und ein Ranking hinsichtlich der Priorität erstellt. In einem zweiten Schritt wurden in der ersten Sitzung der Steuergruppe für das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien relevante Fragen bestimmt und hinsichtlich Priorität aufgelistet.

3.IV. Quellen/Auswahl und Bewertung der NVL-Empfehlungen (Birgit Wiesemüller)

Zu den konsentierten Schlüsselfragen (siehe Anhang 1, Seite 174 der Leitlinie) wurden zunächst Leitlinien-Synopsen (vergleichende Gegenüberstellung der Empfehlungen aus den

einzelnen Leitlinien, verknüpft mit der zugrunde liegenden Literatur und deren Bewertung) erstellt. Ergänzende systematische Recherchen nach anderen Quellen aufbereiteter Evidenz und Primärstudien erfolgten für Fragestellungen, die in den Quell-Leitlinien nicht hinlänglich beantwortet wurden, wenn durch die Synopsen widersprüchliche Empfehlungen identifiziert wurden und wenn die Empfehlungen und Aussagen nicht auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar waren.

Insbesondere für die psychotherapeutischen Fragestellungen stellte die Leitliniengruppe fest, dass Empfehlungen aus anderen Gesundheitssystemen nicht übertragen werden können.

Folgende Quell-Leitlinien wurden berücksichtigt:

- „National Clinical Practice Guideline Depression“ des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004);
- „Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 2000);
- „Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis“ des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität (Härter et al., 2003);
- „Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder“ der American Psychiatric Association (APA, 2000);
- „Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders“ der Canadian Psychiatric Association und des Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CPA und CANMAT, 2001);
- „Gemeinsame Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, des Deutschen Kollegiums Psychosomatische Medizin und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“ (2002);
- „Praxisleitlinie affektive Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs, de Jong-Meyer et al., 2007);
- Leitlinie „Empfehlungen zur Therapie der Depression“ der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ, 2006).

Auswahl der Quell-Leitlinien

Die Auswahl der Leitlinien erfolgte auf Grundlage einer aktualisierten systematischen Leitlinienrecherche des Leitlinien-Clearingverfahrens Depression. Die NICE-Leitlinie wurde wegen ihrer hohen methodischen Qualität und Aktualität als primäre Quell-Leitlinie ausgewählt. Da sie nicht alle relevanten Fragen der deutschen Versorgungsrealität abdecken konnte, wurden zu bestimmten Fragestellungen weitere Quell-Leitlinien als Referenz verwendet.

Evidenz- und Empfehlungsgrade

Bei dieser Leitlinie stellte die doppelblinde, randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) die höchste Evidenzstufe dar. Lagen zu einer Fragestellung keine RCTs oder Metaanalysen bzw. systematische Reviews vor, wurde zunächst nach kontrollierten, nicht-randomisierten Studien gesucht, in der nächsten Ebene nach Korrelations- oder Vergleichsstudien bzw. nach Fallserien. Die Evidenzebenen waren maßgeblich für die Ableitung der Grade einer Empfehlung: Je höher die Evidenzebene, desto stärker auch die Empfehlung.

Bei der Vergabe der Empfehlungsgrade wurden mitunter neben der Evidenz auch weitere ergänzende, klinische Faktoren berücksichtigt, insbesondere ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe, Präferenzen der Patienten und Umsetzbarkeit.

Evidenzebenen

- Ia Evidenz aus einer Metaanalyse von mind. drei randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
- Ib Evidenz aus mindestens einer RCT oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
- IIa Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
- IIb Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
- III Evidenz aus methodisch guten, nicht-experimentellen Beobachtungsstudien, wie z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
- IV Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder -meinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Grade der Empfehlung

- A „Soll“-Empfehlung (Evidenzebenen Ia und Ib).
- B „Sollte“-Empfehlung“ (Evidenzebenen II oder III oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt)
- O „Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertengruppen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III.
- KKP „Klinischer Konsenspunkt – Standard in der Behandlung“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Empfehlungsformulierung

Die Formulierung der Empfehlungen sowie die Darstellung des sich aus den Quell-Leitlinien und/oder der Primärliteratur ergebenden Empfehlungsgrads erfolgten in einem ersten Schritt durch das Koordinationsteam. Die anschließende Diskussion erfolgte in der Steuergruppe, dann in der Konsensrunde. Alle in der Leitlinie enthaltenen Empfehlungen wurden in der Konsensrunde im Rahmen eines Nominalen Gruppenprozesses (NGP) abgestimmt.

Im Rahmen der Sitzungen der Konsensgruppe wurde der endgültige Empfehlungsgrad unter zusätzlicher Berücksichtigung ergänzender, klinischer Faktoren konsentiert. In den Fällen, in denen eine Empfehlung nicht ausgesprochen werden konnte, weil keine Evidenzen vorlagen, die Konsensgruppe aber aus klinischer Notwendigkeit eine Aussage für sinnvoll erhielt, wurden konsentiertere Statements ohne Graduierung formuliert.

Methodenkritische Aspekte

Pharmakotherapie:

Kritisiert angemerkt wird, dass die in den Wirksamkeitsuntersuchungen der Pharmakotherapie über-wiegend verwendete Hamilton-Rating-Skala Depression als Basis der Wirksamkeitsbeurteilung kein optimales Instrument darstelle, jedoch leicht anwendbar sei und weltweite Vergleiche von Studien ermögliche.

Von einigen Autoren wurde die klinische Bedeutung der Antidepressiva-Wirksamkeit kritisch hinterfragt. Ein Großteil der Antidepressiva-Wirkung gehe auf unspezifische Effekte, Spontanbesserungen oder Placebowirkung zurück, Studien ohne signifikante Unterschiede würden seltener publiziert und das doppelblinde Design teilweise durch die Nebenwirkungen der Verummedikation gebrochen werde. In einem Cochrane-Review (Moncrieff et al., 2004) war die Überlegenheit von Antidepressiva (Trizyklika) gegenüber so genannten aktiven Placebos (Substanzen, die Nebenwirkungen imitieren) nur marginal.

Andere Autoren führen die hohen Placeboresponseraten durch den Einschluss lediglich leicht depressiver Patienten zurück, die eine höhere Spontanbesserungsrate hätten.

Bei Studien mit schwerer depressiven Patienten und in der Erhaltungstherapie zeige sich die deutliche Überlegenheit der Antidepressiva gegenüber der Placebowirkung.

Psychotherapie:

Die Aussagekraft randomisierter kontrollierter Studien (RCTs), insbesondere zum Nachweis der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren, wird seit längerem in Deutschland kontrovers diskutiert. Zwar führen RCTs i.d.R. zu den reliabelsten Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit (efficacy) von Therapieverfahren, die Aussagekraft für die klinische Versorgung (effectiveness) wird aber kritisch gesehen. Insbesondere hinsichtlich der randomisierten

Zuweisung in Studien werden Schwierigkeiten gesehen, die die Umsetzbarkeit in die Praxis erschweren können. Im Bereich der Psychotherapie haben die „Passung“, d.h. die vertrauensvolle und emotional tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut, und die Präferenz der Patienten für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen eine hohe Bedeutung. Weiter ist die fehlende Möglichkeit einer „Verblindung“ relevant, da es auch in der Psychotherapieforschung einen starken „Allegiance-Effekt“ gibt, wonach die therapeutische Orientierung des Forschenden das Studienergebnis beeinflusst. Ein weiteres Problem wird in der Entwicklung eines adäquaten Kontrolldesigns für Psychotherapiestudien gesehen.

Gefordert werden versorgungsnahe kontrollierte Studien oder Feldstudien, die Praxisbedingungen besser abbilden, da zurzeit kaum Studien vorliegen, die neben der Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen (efficacy) auch den Nutzen unter Versorgungsbedingungen (effectiveness) sowie über ausreichend lange Behandlungs- und Katamnesezeiträume abbilden. Daher erscheint es sinnvoll, neben randomisiert-kontrollierten Studien auch andere Forschungsdesigns, z.B. ursprüngliche Fallserien und Versorgungsstudien zur Überprüfung des Nutzens einer Therapie in der Routineversorgung sowie in die Bewertung des Gesamtnutzens einzelner Psychotherapieverfahren einzubeziehen. Zudem leidet die Mehrheit der Patienten unter komorbiden Erkrankungen, die eine manualisierte Durchführung der Therapieverfahren erschweren können.

Diesen möglichen Einschränkungen stehen umfassende systematische Analysen von Psychotherapiestudien gegenüber, die zeigen, dass durch RCTs valide Aussagen zur Wirksamkeit von psycho-therapeutischen Verfahren gemacht werden. In zwei aufwändigen Sekundäranalysen von Metaanalysen zeigte sich, dass Labor- und Feldstudien hinsichtlich der Effektindikatoren (also z.B. symptomatische Besserungen) im Wesentlichen übereinstimmende Ergebnisse zeigen. Grawe (2005) konnte schließlich zeigen, dass eine methodisch hochwertige Kontrolle auch unter Praxisbedingungen realisierbar ist.

In der Konsens-Gruppe bestand keine Einigung, ob RCTs im Bereich der Psychotherapieforschung die herausragende Bedeutung und Wertung zusteht, wie sie sie z.B. im Bereich der Nutzenbewertung von Medikamenten haben. Konsens bestand darüber, dass es in der Psychotherapieforschung aufwendiger sein kann, valide RCTs zu konzipieren und durchzuführen (z.B. Randomisierung, größere Bedeutung von Kontextfaktoren, lange Beobachtungsdauer). Das hat u.a. dazu geführt, dass für einzelne psycho-therapeutische Verfahren eine größere Anzahl RCTs vorliegt als für andere. Aus dem Fehlen von RCTs für einzelne Verfahren kann aber nicht der Rückschluss gezogen werden, dass diese Verfahren nicht wirksam sind. Die Konsens-Gruppe entschloss sich zu einer differenzierten Vorgehensweise in der Empfehlungsvergabe für das Kapitel Psychotherapie:

- für keines der Verfahren wurde eine spezifische Empfehlung ausgesprochen;
- alle angewendeten Verfahren der Richtlinienpsychotherapie wurden genannt;
- für alle untersuchten Verfahren wurden die vorliegenden Studien (RCTs und Metaanalysen) aufgeführt. Bei einzelnen Verfahren wurden auch naturalistische Studien berücksichtigt.

Externe Begutachtung

Die externe Begutachtung der Leitlinie erfolgte durch die Mitglieder der Peer-Review-Gruppe. Gleichzeitig wurde die Leitlinie zur Kommentierung durch die Öffentlichkeit für drei Monate auf einer Internetseite eingestellt.

Finanzierung und redaktionelle Unabhängigkeit

Finanziert wurde die Leitlinienerstellung durch Fördermittel der DGPPN, durch Zuwendungen der beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände (für Reisekosten) und durch Träger des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien.

Die Expertenarbeit erfolgte ehrenamtlich ohne Honorar. Alle Mitglieder der Steuergruppe und der Konsensrunde legten zu Beginn des Verfahrens ihre Interessenkonflikte dar.

3.V. Verwendete Abkürzungen

Die verwendeten Abkürzungen für Medikamente, Krankheitsbilder, Behandlungsmethoden, Fragebogen, Fachgesellschaften, Organisationen etc. sind auf insgesamt drei Seiten übersichtlich aufgelistet.

Empfehlungen und Statements

Die 107 konsentierten Empfehlungen und Statements zu Diagnostik und Therapie werden aufgelistet. Bei den Empfehlungen wird der Empfehlungsgrad angegeben.

Im Abschnitt **H. Hintergrund und Evidenz** werden die Empfehlungen und Statements erläutert.

Hintergrund und Evidenz

H 1. Grundlagen (Birgit Wiesemüller)

H.1.1 Begriff der Depression

Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf (Cassano & Fava, 2002). Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt (Wittchen et al., 2000).

H 1.2 Deskriptive Epidemiologie

H 1.2.1 Prävalenz und Inzidenz

Depressionen zählen zu den häufigsten und meistunterschätzten Erkrankungen. Die **Jahresinzidenz** (Anzahl neuer Erkrankungsfälle innerhalb eines Jahres) liegt bei 1-2 Erkrankungen auf 100 Personen.

Die Lebenszeitprävalenz liegt national wie international bei 16-20%, für Dysthymie bei etwa 4%. Die **Punktprävalenz** (Anzahl der als krank angetroffenen Personen bezogen auf die letzten vier Wochen) der unipolaren Depression liegt bei ca. 5,6% der Bevölkerung im Alter von 18-65 Jahren (3,1 Millionen Menschen in BRD). Die 12 Monatsprävalenz beträgt 10,7%, wobei depressive Episoden (als Einzelepisoden oder im Rahmen rezidivierender Verläufe) mit 8,3% die häufigste Erkrankungsform sind, gefolgt von Dysthymien (2,5%) und Depressionen im Rahmen von bipolaren Störungen (0,8%). Bei ca. 1/5 der Patienten, die an depressiven Episoden erkranken, treten auch hypomanische, manische oder gemischte Episoden auf. Diese bipolaren Störungen werden als eigenständige Erkrankung von der „unipolaren“ Depression abgegrenzt und sind nicht Gegenstand dieser Leitlinie. Das Lebenszeitrisiko für bipolare Störungen liegt bei 1%.

H 1.2.2 Epidemiologische Zusammenhänge zu soziodemographischen Faktoren

Erkrankungsrisiko von Frauen liegt mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,0% doppelt so hoch wie bei Männern mit 12,3%. Bezogen auf die 4-Wochen-Prävalenz depressiver Störungen liegen in Deutschland Frauen aller Altersgruppen ebenfalls deutlich vor den gleichaltrigen Männern.

Neuere Studien lassen vermuten, dass das Erkrankungsrisiko für Mädchen und junge Frauen im Lauf der letzten Jahrzehnte steiler ansteigt als für ihre männlichen Altersgenossen. Frauen weisen zudem einen signifikant früheren Beginn einer unipolar-

depressiven Ersterkrankung eine längere Episoden-dauer und eine höhere Rückfallgefahr für weitere depressive Phasen auf.

Depressionen treten in jedem Lebensalter auf. Allgemein sind sowohl der Zeitpunkt der Ersterkrankung als auch der Verlauf der Depression individuell sehr verschieden. Das durchschnittliche Alter bei depressiver Ersterkrankung wurde früher (1996) zwischen 35. und 45. Lebensjahr angenommen. Der Bundesgesundheitsurvey liefert jedoch Hinweise, dass in Deutschland 50% aller Patienten bereits vor ihrem 31. Lebensjahr erstmalig an einer Depression erkranken. Zudem besteht die Tendenz, dass die Erkrankungsraten in jüngeren Altersgruppen zunehmen und dass ein beträchtlicher Anteil an Patienten bereits in der Kindheit oder der Adoleszenz an der ersten depressiven Episode erkrankt. In einer 10-Jahres-Längsschnittstudie konnte ein bedeutsamer Anstieg der an unipolarer Depression erkrankten Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 18 Jahren nachgewiesen werden. Ergebnisse nationaler und internationaler Studien berichten von Prävalenzen zwischen 15-20% bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit einem starken Anstieg der Prävalenz in der Pubertät.

Bei Dysthymien kann über die Lebensspanne hinweg zunächst eine stetige Zunahme, dann jedoch ab dem 30. Lebensjahr eine allmähliche und ab dem 65. Lebensjahr eine deutliche Abnahme festgestellt werden (de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007). Dennoch sind im höheren Lebensalter Depressionen die häufigste psychische Störung, wobei eine hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen besteht.

Mit dem Lebensalter steigt kontinuierlich die Rate der vollendeten Suizide.

Getrennte, geschiedene und verwitwete Personen und solche ohne enge Bezugspersonen erkranken eher. So fanden Jacobi et al. (2004) eine deutlich erhöhte 12-Monatsprävalenz für diese Gruppe von 22,6% im Vergleich zu Verheirateten (9,8%).

Unter den sozioökonomischen Faktoren korrelieren ein höheres Bildungsniveau und eine sichere berufliche Anstellung und wohnen im Eigenheim auf dem Land mit niedrigeren Depressionsraten.

H 1.2.3 Komorbide psychische Störungen

Depressive Störungen weisen eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf. Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Untersuchung liegt bei 60,7% aller Patienten mit unipolaren depressiven Störungen eine Komorbidität vor, darunter bei 24,1% mit drei und mehr zusätzlichen Diagnosen. Patienten mit komorbiden Erkrankungen haben ein höheres Chronifizierungsrisiko, eine ungünstigere Prognose und ein erhöhtes Suizidrisiko. Besonders häufig zeigt sich eine Komorbidität mit Angst- und Panikstörungen. Eine Komorbidität von Depression und Angst geht mit höherer Symptomschwere, Chronizität, höherer funktioneller

Beeinträchtigung, höherer Suizidrate und einem geringeren Ansprechen auf medikamentöse Therapie einher. Eine weitere häufige und prognostisch un-günstige Komorbidität besteht mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, insbesondere bei bipolaren Störungen. Auch Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Zwangsstörungen wiesen eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen auf.

H 1.2.4 Komorbide somatische Erkrankungen

Die Wechselwirkungen zwischen körperlichen und seelischen Erkrankungen sind vielfältig und besonders für die Depression gut belegt. Zum einen sind schwere körperliche Erkrankungen häufig mit psychischen Belastungen verbunden, zum anderen hat aber auch eine depressive Störung erhebliche Auswirkungen auf den körperlichen Allgemeinzustand des Betroffenen. Das Ausmaß dieser körperlichen Beeinträchtigung – z.B. durch Schlafstörungen, Erschöpfung oder allgemeine Schwäche – ist so hoch, dass Depressionen diesbezüglich vergleichbar sind mit anderen chronischen somatischen Erkrankungen wie Diabetes, Arthritis und Bluthochdruck.

Darüber hinaus zeigen epidemiologische Studien, dass depressive Patienten ein erhöhtes Risiko für verschiedenste somatische Erkrankungen haben, u.a. arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Migräne, Asthma bronchiale, Allergien, Ulcus pepticum, Diabetes mellitus und Infektionserkrankungen.

H 1.2.5 Folgewirkungen depressiver Störungen

Depressive Störungen zählen zu den wichtigsten Volkskrankheiten und werden in den nächsten Jahren noch deutlich an Bedeutung zunehmen. Sie gehen mit einer hohen Mortalität einher. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes nehmen sich in Deutschland insgesamt pro Jahr mehr als 11.000 Menschen das Leben, was die Zahl der jährlichen Verkehrstoten deutlich übersteigt. Die Suizidrate bei Depressiven ist dabei etwa 30-mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Das höchste Suizidrisiko tragen ältere Männer (75+Jahre); es liegt ca. 20-mal höher als das von jungen Frauen, die demgegenüber das höchste Suizidversuchsrisiko haben. Männer versterben mehr als doppelt so oft durch Suizid als Frauen. Die Anzahl der Suizidversuche ist insgesamt ca. 7- bis 12 mal höher als die der vollzogenen Suizide.

Depressive Störungen haben darüber hinaus gravierende Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen und die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen.

H 1.3 Ätiopathogenese und Risikofaktoren

Von der Mehrzahl der Experten werden multifaktorielle Erklärungskonzepte angenommen, die von einer Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Faktoren ausgehen. Die

Bedeutung der verschiedenen Faktoren kann von Patient zu Patient erheblich variieren. Insofern umfasst der Depressionsbegriff ein breites Spektrum psychischer Störungen, das von weitgehend eigengesetzlich verlaufenden (oder: biologisch determinierten) Erkrankungen über eine Kombination verschiedener Faktoren bis zu weitgehend psychosozial determinierten Erkrankungen reicht.

Mehrere Studien an großen Populationen belegen die erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten affektiver Störungen bei genetisch vulnerablen Individuen. Das Auftreten einer affektiven Störung soll nach einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell erst im Zusammenspiel mit belastenden Auslösefaktoren bedingt werden.

Nach genetisch-epidemiologischen Studien treten depressive Störungen familiär gehäuft auf. Erstgradangehörige haben ein etwa 50% höheres Risiko als die Allgemeinbevölkerung, selbst an einer unipolaren depressiven Störung zu erkranken. Die Konkordanzraten für unipolare Verläufe betragen bei eineiigen Zwillingen um 50%, bei zweieiigen Zwillingen 15-20%.

Tierexperimentelle Forschungsarbeiten zur Depression legen nahe, dass die Stressreaktion entscheidenden Einfluss auf die an affektiven Störungen beteiligten Neurotransmittersysteme hat. Besonders schwerer chronischer Stress wurde durch Separationsexperimente induziert, in denen bei jungen Primaten eine frühe Trennung von der Mutter erfolgte (Bowlby, 1973,1969; Harlow & Harlow, 1965). Diese Befunde haben für die Depressionsforschung beim Menschen hohe Relevanz: Depressive Patienten haben in ihrer Kindheit im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen zwei- bis dreimal so häufig Verusterlebnisse, was den Schluss zulässt, dass Trennungserlebnisse eine gesteigerte Vulnerabilität bedingen, im späteren Leben depressiv zu erkranken.

H 1.4 Verlauf und Prognose

Depressionen zeichnen sich typischerweise durch einen episodischen Verlauf aus, d.h. die Krankheitsphasen sind zeitlich begrenzt und klingen häufig auch ohne therapeutische Maßnahmen ab.

Unbehandelt dauert eine durchschnittliche Episode einer unipolaren Depression 6-8 Monate. Die Entwicklung effektiver Therapien führte zu einer deutlichen Verkürzung und weniger starken Ausprägung der depressiven Phasenlänge. Die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer depressiver Störungen wird auf 16 Wochen geschätzt, wobei bei ungefähr 90% der Patienten die depressive Episode als mittel- bis schwergradig eingeschätzt wird. Die Verläufe depressiver Störungen weisen eine große interindividuelle Variabilität auf. Eine depressive Episode kann vollständig remittieren, so dass der Patient in der Folgezeit völlig symptomfrei ist. Bei unvollständiger Remission bleibt eine Residualsymptomatik bestehen, die u.a. das Risiko für eine erneute depressive Episode erhöht.

Über den Lebensverlauf betrachtet kommt es bei mindestens 50% der Fälle nach der Ersterkrankung zu wenigstens einer weiteren depressiven Episode. Angst (1986) nimmt an, dass 20-30% der affektiven Störungen singulär, jedoch 70-80% rezidivierend verlaufen.

Bei unipolaren Störungen werden im Mittel 4-6 Episoden beobachtet. In einer deutschen Studie waren 5 Jahre nach der Erkrankung 42% der unipolar depressiven und nur 30% der bipolaren Patienten rückfallfrei.

Folgende erkrankungs-, patientenbezogene und soziale Faktoren begünstigen das Rückfalls- bzw. Wiedererkrankungsrisiko:

- Anzahl früherer Episode: Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung erhöht sich nach zwei-maliger Erkrankung auf 70% und liegt nach der dritten Episode bei 90%
- Episodendauer : Das Rückfallrisiko steigt und die Chance auf vollständige Remission verringert sich, je länger die depressive Episode andauert.
- „Double Depression“ (Vorhandensein einer depressiven Episode mit gleichzeitiger Dysthymie)
- das Vorliegen einer psychischen oder somatischen Komorbidität, z.B. mit Substanzmissbrauch, Persönlichkeits-, Angst- oder Essstörungen sowie anderen chronischen Krankheiten
- junges Alter bei Ersterkrankung
- weibliches Geschlecht
- lediger Familienstatus
- mangelhafte soziale Unterstützung der Betroffenen

H.2 Diagnostik (Fritz Mattejat)

Der Leitlinienentwurf umfasst insgesamt 250 Seiten, davon beziehen sich 22 Seiten auf die Diagnostik. Der Abschnitt Diagnostik geht ein auf folgende Teilaspekte:

H.2.1 Klassifikation nach ICD-10 (S. 57),

H.2.2 Symptomatik und Diagnosenstellung nach ICD-10 (S. 58)

H.2.3 Differenzialdiagnostik (S.67) (Allgemeines, Suizidalität, somatische Komorbidität)

H.2.5 Stufenplan der Diagnostik (S. 71)

H.2.6 Verlaufsdiagnostik (S. 72)

Es werden sehr schön und übersichtlich dargestellt: Klassifikation, Symptomatik und Diagnosenstellung, Subtypisierung nach ICD-10. Es wird auch ein konkretes Flussdiagramm zur Diagnostik vorgeschlagen; darüber hinaus werden Risikofaktoren benannt und Beispielfragen zur Symptomerfassung angeführt. Weitere Themen sind: Notwendige

diagnostische Maßnahmen; darunter: Hinweise zum Erkennen depressiver Störungen; Differenzialdiagnostik. Diagnostische Abklärung der Suicidalität. Somatische Komorbidität. Verlaufsdagnostik und dabei zu nutzende standardisierte Instrumente (S. 73ff.); Nutzung von Screeningmethoden zur Früherkennung.

Kritisch sind folgende Aspekte anzumerken:

a) Es fehlen Hinweise auf die Nutzung von speziellen psychologischen Untersuchungsmethoden, die ebenfalls zur Verlaufsbeurteilung zu nutzen sind. wie z.B. Leistungs- und Intelligenzdiagnostik, neuropsychologische Diagnostik. Es fehlen Hinweise, wann weiterführende psychologische und psychotherapeutische Diagnostik angebracht ist.

b) Die Empfehlung 2.6 ist zu ungenau bzw. missverständlich formuliert.

„Empfehlung 2.6. Bei akuter Suicidgefährdung und fehlender Absprachefähigkeitsollen ... in psychiatrische Behandlung überwiesen werden.“ (S.69)

Korrekt sollte es lauten *„... in stationäre psychiatrische Behandlung überwiesen werden.“*

H.3 Therapie (Hildegard Felder)

In diesem Kapitel geht es einerseits um die Behandlungsziele und den Einbezug von Patienten und Angehörigen bei der Behandlungsplanung sowie um die Versorgungskoordination und die Interaktion der „Behandler“.

Man kann das Kapitel unter verschiedenen Perspektiven lesen:

- 1) Welches Krankheitskonzept von Depression liegt dem Kapitel zugrunde und wie wirkt sich dies auf die Therapieempfehlungen aus?
- 2) Wie ist die Psychotherapie aufgestellt im Kontext der Therapievorschläge und der Therapeutengruppen?

Ad 1) Im Kapitel „Therapie“ gibt es eine deutliche Diskrepanz zwischen dem im Text zwar erwähnten Modell einer psychischen Erkrankung und dem in den Therapievorschlagen fokussierten Modell eines Patienten, mit dem qua Vernunft und Aufklärung alles besprochen werden kann. So wird sofort das Aufklärungsgespräch erwähnt, was man mit dem Patienten zu tun und zu lassen hat, dass man Hoffnung vermitteln soll etc. Zwar werden die der Krankheit immanente Widerstände erwähnt, dies spiegelt sich aber nicht im Behandlungsmodell. Exemplarisch kann dies aufgezeigt werden bei der Frage, wie man gewährleisten kann, dass der Patient mitarbeitet (H3.1.3.): Es werden allgemeine Wege

formuliert, wie „empathisch auf den Patient eingehen“, „Verständnis für Beschwerden zeigen“ etc, die Anerkennung der Beschwerden/der Konflikthaftigkeit der Problematik als Agens, das dem Patienten Hoffnung ermöglicht und an seinem Leidensdruck und damit impliziten Wunsch nach Veränderung ansetzt, vermisst man. Wissend um die Problematik formulieren die Autoren im Kapitel „Behandlungsziele“(H3.1.) Ziele **für** den Patienten, wie Symptomreduktion, Verringerung der Mortalität, Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit, konstatieren aber abweichende Ziele, die die Patienten selbst für wichtig erachten, die über die Abwesenheit von Depressionswerten auf Skalen hinausgehen, wie Selbstbewusstsein, Lebenswillen, Verbesserung der Beziehungsqualität, um dann direkt im Anschluss wieder auf die Symptomreduktion abzielen und „**ggf. einschließlich der Bearbeitung vorhandener, die Störung unterhaltender psychischer Mechanismen und Verarbeitungen**“ zu nennen.

Ohne dies nun vertiefen zu wollen - man kann es an anderen Beispielen weiter ausführen- muss darauf hingewiesen werden, dass darauf auch das Behandlungsmodell basiert und insofern das gesamte Kapitel prägt.

2) Um es vorweg zu nehmen: die Psychotherapie ist im Verhältnis gut repräsentiert und die Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend als Therapeuten anerkannt.

Im Konkreten: Im 1. Teil des Kapitels werden **Behandlungsziele** formuliert wie Minderung der Symptome, Verringerung der Mortalität, Wiederherstellung der beruflichen und psychosozialen Leistungsfähigkeit sowie die Reduzierung der Rückfallwahrscheinlichkeit bzw. Wiedererkrankung. Einzelne **Behandlungsphasen** werden unterschieden (Akuttherapie, Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe) sowie **Kriterien für einem Therapieerfolg** formuliert. In allen Beschreibungen wird Psychotherapie mit ihren Behandlungseffekten und prophylaktischen Wirkung benannt.

Es werden jeweils Empfehlungen unterschiedlicher Grade ausgesprochen.

Besonderes Augenmerk wird auf die **Einbeziehung der Patienten** bei Entscheidungen über den Behandlungsverlauf gelegt. Angefangen von Aufklärung in verständlicher Sprache - auch über biologische Aspekte von Depression- über die Wirkung von Nebenwirkungen bei Pharmakotherapie und Psychotherapie (z.B. Veränderungen im sozialen Umfeld durch neu erworbene soziale Fertigkeiten), die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen, die Notwendigkeit der Fortführung der Therapie auch nach Ab-klingen der Symptome bis hin zu **evidenzbasierter Patienteninformation** (alles in schriftlicher Form) und **partizipativer Entscheidungsfindung** (gleichberechtigtes Zusammenarbeiten von Therapeut/Arzt und Patient). Ziel von letzterem soll sein, die „medizinisch-psychologischen und evidenzbasierten Erkenntnisse auf der einen Seite mit den Patientenfragen und Patientenbedürfnissen auf der

anderen Seite in Verbindung“ zu bringen. Diese Art der Zusammenarbeit sei besonders geeignet, wenn mehrere Therapieoptionen zur Wahl stünden, wenn die Konsequenzen der Entscheidung für die Patienten bedeutsam seien oder wenn sich Patienten eindrücklich eine Beteiligung wünschen würden. Psychoedukation wird ein Extra-Kapitel gewidmet. Hier ist erwähnenswert, dass die Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation hierunter „didaktisch-psychotherapeutische Interventionen versteht“, die Grenzen zur Psychotherapie fließend beschreibt. Nachweise der Wirkung von Psychoedukation beziehen sich auf das Wissen und die Einstellung gegenüber der Erkrankung sowie die Verbesserung der Medikamentenadhärenz.

Die Einbeziehung der Patienten sowie eine evidenzbasierte Patienteninformation erhalten den Empfehlungsgrad A, partizipative Entscheidungsfindung und Psychoedukation den Empfehlungsgrad B.

Im 2. Teil des Kapitels werden sämtliche „Akteure“ in der Versorgungsstruktur genannt: Hausärzte, Fachärzte unterschiedlicher Ausbildung (Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie), Psychologische Psychotherapeuten, Behandlungsergänzende Fachberufe (Ergo und Soziotherapeuten), Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen in Krankenhäusern, Instituts- und Hochschulambulanzen, Reha-einrichtungen und hinsichtlich ihrer Relevanz bei der Behandlung von Patienten mit Depression beleuchtet. Im Einzelnen wird auf die Wichtigkeit der verschiedenen Berufsgruppen bei der Behandlung eingegangen und festgestellt, wann eine Weiterüberweisung an Fachkollegen/innen nötig sei. Man bekommt dabei auch eine Übersicht über die Versorgungssituation im psychotherapeutischen Sektor insgesamt (Versorgungsdichte) und den Anteil, den depressive Patienten an dem Gesamtklientel der verschiedenen Institutionen einnehmen. Es werden auch die Angebote an therapeutischer Behandlung im stationären Setting benannt.

Wichtig erscheint der Abschnitt, in dem es über die **Schnittstellen der Behandlung** geht (S.86ff). Bei leichten und mittelschweren Depressionen können alle genannten Behandlungsgruppen nach eingehender Diagnose behandeln. Hausärzte sollen nach 2 Monaten weiterüberweisen, falls keine Besserung der Symptome festzustellen ist. Bei psychotherapeutischer Behandlung soll bei fehlender Besserung spätestens nach 3 Monaten die Konsultation eines Facharztes erfolgen. Bei schweren und /oder chronifizierten Depressionen ist in der Regel neben einer fachärztlichen Pharmakotherapie eine zusätzliche Psychotherapie indiziert. In einem Algorithmus ist der Diagnoseprozess mit den jeweiligen Schnittstellen und Kooperationsebenen schematisch dargestellt (S.87)

Im Diagnoseprozess sei auf die aktuelle Symptomatik, den bisherigen Verlauf, die direkte und vollständige Erfassung aller Haupt- und Nebendiagnosen sowie den Verlauf, die Schwere und das Vorliegen aller somatischen und psychischen Symptome zu achten. Es

wird betont, dass die verwandte Begrifflichkeit wie Akut-, Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe aus der Pharmakotherapie entlehnt sei und im psychotherapeutischen Geschehen diese Phasen nicht so zu trennen seien, sondern ineinander greifen würden.

Die Erwähnung sog. „Komplexer Behandlungsmodelle“, gemeint sind z.B. Case management, Disease- Management- Programme oder Modelle integrierter Versorgung, bildet den Abschluss mit der Bewertung, dass eine systematische und vergleichende Evaluation der IV Netze in Deutschland noch aus-stünde.

Bewertung: Inhaltlich wird hier der Standard benannt, der in der Versorgung depressiver Patienten Usus sein sollte. Wichtig für unseren Berufsstand ist, dass trotz der Mehrheit der ärztlichen Vertreter und hier vor allem der Psychiater (organisiert in der DGPPN), der psychotherapeutischen Behandlung depressiver Patienten eine gleichwertige, wenn nicht sogar vorrangige Stellung eingeräumt wird, je nach Schweregrad der Depression und damit als Standard festgeschrieben ist. Bedeutsam ist, dass es nach dieser Leitlinie ein Fehler wäre, wenn bei schweren und chronischen Depressionen keine Psychotherapie angeboten würde.

Aus **psychodynamischer Sicht** fällt auf, dass die Begrifflichkeit sehr durch logische Denkweise geprägt ist, Konflikte und unbewusste Hintergründe in der Ätiologie von Depression, die die Ambivalenz der Patienten bzgl. ihrer „Heilung“ implizieren, kommen in diesem Denkmodell nicht vor. Die Uneinig-keit, die sich in der psychotherapeutischen Fachwelt hinsichtlich eines Depressionskonzeptes findet, spiegelt sich hier in der Reduktion entsprechend der ICD Diagnostik auf Symptomatik wieder und legt damit auch den Schwerpunkt der Behandlung auf die Reduktion der Symptomatik. Die Problematik dieses Ansatzes zeigt sich im Kapitel H.3.1.2 „Behandlungsphasen“ , in dem deutlich wird, dass der Reduktion der Symptomatik Wirkmechanismen entgegenstehen, die trotz sorgfältiger Planung und Handhabung aller therapeutischer Maßnahmen das Behandlungsziel „hintertreiben“ und insofern eine längere Therapie notwendig ist. Hier stellt sich die Frage, was „Restsymptome“ sind und wodurch sie bedingt sind?

Nach der NVL/S3 Leitlinie würde es eventuell als Fehler angesehen, wenn man nach 3 Monaten ohne relevante Änderung der Symptomatik nicht einen Facharzt zu Rate ziehen würde, wiewohl bekannt ist, dass unter einer psychotherapeutischen Behandlung sich erst einmal in aller Deutlichkeit die Schwere der Störung entfalten können muss, damit diese dann einer Modifikation zugänglich gemacht werden kann.

Die Hierarchisierung in der Behandlungskompetenz von Hausarzt, PP zu Psychiater bleibt erhalten und wird festgeschrieben, wiewohl bekannt ist, dass in psychiatrischen Praxen lediglich betreut und weniger psychotherapiert wird. Medikamentengabe kann zur Stabilisierung beitragen, ändert aber nichts am Krankheitsbild.

H.3.4. Psychotherapie (Renate Frank)

Meine Ausführungen beziehen sich auf das Kapitel Psychotherapie (S. 113-138) bei unipolarer Depression. Berücksichtigt sind:

- depressive Episoden (F32),
- rezidivierende depressive Störungen (F33),
- anhaltend affektive Störungen (hier nur: Dysthymia, F34.1)
- und sonstige affektive Störungen (hier nur: rezidivierende kurze depressive Störungen; F38.1).

Anhand einer systematischen neuen Literaturrecherche wird ein Überblick über die Effektivität von Psychotherapie bei unipolaren depressiven Störungen gegeben. Berücksichtigt werden dabei Wirksamkeitsstudien mit unterschiedlicher Evidenz. Die höchste Evidenzstufe stellen doppelblind, randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) bzw. Metaanalysen und systematische Übersichtsarbeiten dar. Weitere Wirksamkeitsbelege liefern - mit abfallendem Evidenzgrad - kontrollierte, nicht randomisierte Studien, Korrelations- und Vergleichsstudien bzw. Fallserien. Bei den Empfehlungen, die auf Basis dieser Befunde ausgesprochen wurden, wurden zudem auch ethische Verpflichtungen, die klinische Relevanz der Effektivitätsmaße, Patientenpräferenzen sowie der Nutzen und die Anwendbarkeit in der Versorgung berücksichtigt. Die Behandlungsempfehlungen orientieren sich in ihrem Empfehlungsgrad an der jeweiligen Evidenzebene und wurden als Soll-, Sollte-, Kann- Empfehlungen und klinischer Konsenspunkt/“good clinical practice point“ formuliert.

Beurteilt werden

- Methoden der Verhaltenstherapie (kognitiv-behaviorale Therapie; kognitive Therapie sensu Beck sowie Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapie - CBASP nach McCullough),
- psychodynamisch/analytisch begründete Psychotherapie,
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT; eine spezifisch für depressive Erkrankungen entwickelte Kurzzeittherapie von Klerman et al., 1984, bei der pragmatisch auf psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Konzepte zurückgegriffen wird),
- Gesprächspsychotherapie (GPT), hier u.a. auch Ausführungen zur Process-Experiential-Psychotherapy nach Greenberg et al., 1993, die auf drei depressionstypische Prozesse eingeht (übermäßige Selbstkritik, unbewältigte Erinnerungen, problematische Verhaltensweisen),

- Psychotherapie in Gruppen
- Paartherapie.

Die Effektivität bei der Behandlung von Depressionen wird getrennt nach Akutphase, Effektivität bei Dysthymia, Double Depression und chronischer Depression, Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe und behandlungsresistenter Depression betrachtet. Immer geht es auch um die Wirksamkeit einer Kombination von Psychotherapie mit Antidepressiva.

Was zeigt sich bei dieser Sichtung der Effektivität von Psychotherapie bei unipolarer Depression?

1. Psychotherapie ist bei unipolarer Depression wirksam.

Die Studien zeigen, dass Psychotherapie im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich **generell** bei der Behandlung depressiver Störungen als **wirksam** angesehen werden kann. Ihre Effektivität variiert allerdings abhängig vom Schweregrad, der Chronizität und Symptomgestaltung.

Als gemeinsame Wirkfaktoren aller Psychotherapien werden die besondere Qualität und Gestaltung der therapeutischen Beziehung hervorgehoben, die wesentlich zur Erklärung positiver Therapieeffekte beitragen. Als weitere empirisch abgesicherte Wirkfaktoren werden daneben Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationale Klärung (Einsicht in konflikthafte Erleben und Verhalten) genannt.

Die erste **Sollte-Empfehlung** lautet:

- „Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt.“ (S. 113.

2. Bei der Akuttherapie depressiver Störungen spielt der Schweregrad der Depression eine wesentliche Rolle.

Psychotherapie ist abhängig vom Schweregrad der Störung wirksam. Für leichte und mittelgradige depressive Störungen liegen die meisten Wirkbelege vor, insbesondere für depressionsspezifische Therapieverfahren wie die **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)** und die **Interpersonelle Psychotherapie (IPT)**. Hier zeigte sich eine höhere oder zumindest äquivalente Wirksamkeit der KVT und IPT im Vergleich zu Kontrollbedingungen (Warteliste,

Pharmakotherapie, Placebobehandlung, stützende Gespräche, Clinical Management). Bei höherem Schweregrad der Depression war eine Kombination aus Pharmaka- und Psychotherapie einer Monotherapie überlegen (geringere Remissionshäufigkeit und Wirklatenz).

Zur **analytischen Psychotherapie** wird auf besondere Schwierigkeiten der Wirksamkeitsforschung hingewiesen. Einige unkontrollierte naturalistische Studien mit heterogenem Patientenkollektiv, aber hohem Anteil an depressiven Patienten können als Hinweise auf die Wirksamkeit einer psychoanalytischen Langzeittherapie gewertet werden.

Wenn bei **tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie** Evaluationen erfolgten, dann handelte es sich um *fokale, zeitlich begrenzte, strukturierte Interventionen* (auf spezifische, vor der Therapie formulierte Konflikte/Themen gerichtet, kurze Behandlungsdauer) bei leichten bis mittelschweren Depressionen. Sie ist ebenso wirksam (Symptomreduktion) wie andere wirksame Verfahren. Eine Kombination von Pharmakotherapie und ambulanter supportiver psychodynamischer Kurzzeittherapie (Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy: SPSP) führte bei leichter bis mittelschwerer Depression zu rascherer Symptombesserung. Bezüglich der Drop-Outrate sind die Ergebnisse uneinheitlich.

Zur **Gesprächspsychotherapie (GPT)** liegen bislang keine Metaanalysen vor, aber Hinweise, dass GPT, KVT und analytische Fokaltherapie gleich gute Verbesserungen erzielen, allerdings mit größerer Behandlungszufriedenheit bei GPT. Für die **Process-Experiential Psychotherapy (PE-GPT)**, einer Verbindung von GPT und Gestalttherapie, fanden sich bei leichten bis schweren Depressionen keine Unterschiede zur klassischen GPT. PE-GPT erwies sich in der Responserate als gleichwertig mit KVT, hinsichtlich interpersoneller Probleme und Coping-Stile aber als vorteilhafter.

Aus den bisherigen Studien wird für die Akutbehandlung zunächst folgendes abgeleitet:

- „Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Hält die Symptomatik nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden.“ (S. 125)

Handlungsleitende **Soll-Empfehlungen**:

- „Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden“ (S. 125).

- „Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.“ Ergänzend gibt es das Sollte Statement: „Patienten mit Suizidgedanken, -impulsen und -plänen sowie mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten“ (S. 125)
- „Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.“ (S. 125)

Zusätzliches Statement:

- „Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten.“ (S. 125)

3. Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression ist die Wirkung von Psychotherapie noch unzureichend geklärt.

Bisher wurden hier wenige Studien durchgeführt. Mit **KVT** war nur bei 41% der Patienten mit Dysthymia und Double Depression eine Response zu erreichen. Die Evidenz stützt eher eine **Pharmako-Behandlung**. Psychotherapie wird dabei als effektives alternatives Angebot betrachtet, falls Patienten Medikamente ablehnen.

Studien zu Dysthymia zeigen, dass der Schweregrad, der Zeitpunkt im Behandlungsverlauf (am Anfang oder Ende) und die Art der geprüften Wirkvariablen (auch Lebensqualität, kognitive Verzerrungen, Coping, Drop-Out) zu berücksichtigen sind: **Paroxetin** war **effektiver** als Placebo und Problemlösetraining und verbesserte die Lebensqualität (!) bedeutsam; bei Psychotherapie gab es lediglich eine raschere Symptomverbesserung in den letzten Behandlungswochen. Bei Antidepressiva waren die **Remissionsraten** bedeutsam höher als bei Problemlösetherapie und Placebo, wobei alle drei Interventionen bei leichtgradiger Symptomatik etwa gleich gut waren. In einer anderen Studie waren die Responderaten bei der **Kombinationsbehandlung** am höchsten. Bezüglich der Verbesserung der Copingstrategien und kognitiven Verzerrungen glichen sich die Effekte von Sertralin und KVT, ergaben in Kombination aber eine Effektsteigerung. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich mit Fluoxetin und kognitiver Gruppentherapie. Auch hier war eine **Kombinationsbehandlung** zu Behandlungsende wirksamer und verbesserte die psychosoziale Anpassung. Allerdings war in einer Studie die **Drop-out-Rate** bei Pharmakotherapie von dysthymen Patienten signifikant höher.

Bei Double Depression zeigte sich, dass eine **Kombinationsbehandlung** mit Pharmakotherapie (Amitryptilin bzw. Desipramin) am effektivsten war und sowohl die depressive Symptomatik milderte als auch das psychosoziale Funktionsniveau bedeutsamer beeinflusste. Allerdings lag die **Rückfallrate** nach 6 bis 12 Monaten bei 40%.

Das einzige, speziell für chronische Depressionen entwickeltes Verfahren ist das **Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)**. Patienten mit chronischem Depressionsverlauf, die CBASP und medikamentöse Therapie (Nefazodon, in Deutschland vom Markt genommen) erhielten, profitieren deutlich stärker von einer **Kombinationsbehandlung** als von der jeweiligen Einzelbehandlung, die im Effekt gleich wirksam ist. Bei Medikation setzt die Response jedoch früher ein. Sekundäranalysen der Daten belegten eine signifikante Überlegenheit der **CBASP bei Patienten mit früher Traumatisierung** gegenüber einer reinen Pharmakotherapie; allerdings war die Kombinationsbehandlung auch hier effektsteigernd. Bei **Nonrespondern** erwies sich eine Umstellung von Medikation auf CBASP kurzfristig als wirksamkeitssteigernd.

Interpersonelle Psychotherapie: Momentan ist noch keine abschließende Empfehlung möglich, ob IPT als evidenzbasiertes Verfahren als alleiniges Verfahren oder in Kombination mit einem Antidepressivum bei Dysthymia empfohlen werden kann. In einer Studie mit Dysthymen und Double Depression mit Sertralin, IPT und einer Kombinationsbehandlung zeigte sich, dass IPT (maximal 12 Sitzungen) allein weniger effektiv war. Allerdings zeigte eine **Kostenanalyse**, dass die Inanspruchnahme anderer Gesundheitsdienste sich gegenüber reiner medikamentöser Therapie reduzierte.

In der anderen Studie mit Sertralin, einer für Dysthymia modifizierten IPT, Kombination von beiden und einer supportiven Kurzzeittherapie (Kontrollbedingung) erwiesen sich die Kombinationstherapie und die alleinige Pharmakotherapie als gleichermaßen wirksam und wirksamer als IPT, die sich von der Kontrollbedingung nicht unterschied.

Aus den vorliegenden Studien wird eine **Soll-Empfehlung** abgeleitet:

- „Bei Dysthymia, Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist“ (S. 129).

4. Warum ist bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression eine Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie angezeigt?

Drei Kombinationsformen werden unterschieden:

- Psychotherapie **nach** einer Pharmakotherapie bei der Akutbehandlung (sequentiell)
- Bei Nicht- oder geringer Effektivität wird die eine oder andere Behandlungsform **zusätzlich** eingeführt (augmentierend) bzw. wenn Aspekte hinzukommen, die eine jeweils spezifische Indikation nahe legen.
- Beide Behandlungsverfahren **gleichzeitig**.

Die evidenzbasierten Empfehlungen sind für alle drei Kombinationen eingeschränkt. Für eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie sprechen die höhere Medikamenten-Compliance, die bessere Kooperation, eine geringere Drop-out-Rate, die Kosteneffizienz, eine bessere psychosoziale Anpassung und allgemeine Funktionsfähigkeit sowie längerfristig günstigere Effekte hinsichtlich der Rezidivhäufigkeit.

Eine gesicherte Differentialindikation für eine Kombination ergibt sich für spezifische Subgruppen, nämlich für schwere depressive Episoden, chronisch depressive Patienten, rezidivierende Depressionen und ältere depressive Patienten ab 60 Jahren.

In einer Studie wurde **Interpersonelle Psychotherapie (IPT)** bei schwer depressiven, stationären Patienten mit ärztlichem Gespräch (Clinical Management) verglichen. Beide waren mit Standardmedikation kombiniert. Mit IPT wurden signifikant höhere Response- und Remissionsraten und eine deutlich bessere soziale Leistungsfähigkeit erzielt. Eine weitere Studie zeigte, dass eine Kombination von IPT und Pharmakotherapie überlegen ist, wenn IPT nachträglich und augmentierend die Pharmakotherapie ergänzt.

Daraus leitet sich die folgende **Sollte- Empfehlung** ab:

- „Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.“ (S. 131)
- Zusätzliches Statement:
“Studienergebnisse liefern Hinweise, dass die Compliance bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie stattfindet.“ (S. 131)

7. Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und behandlungsresistente

Depressionen: Ist Psychotherapie hier besonders indiziert?

Geht es um nachhaltige Wirkungen über das Therapieende hinaus (Carry-over-Effekte von Psychotherapie, Erhaltungstherapie), zeigen Studien, dass mit **KVT** behandelte Patienten (Akut- und / oder Erhaltungstherapie) eine geringere Rückfallrate aufweisen. Dies gilt auch

für KVT in Gruppen. Durch Elemente zur Lebensstilmodifikation (**Well-Being-Therapy** nach Fava) erweiterte KVT führte zu signifikanter Reduktion der Residualsymptomatik und Anzahl neuer Erkrankungsepisoden (Katamnesezeitraum: 6 Jahre). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (**MBCT**) reduzierte den Rückfallrate signifikant bei Patienten mit frühem Krankheitsbeginn und mindestens drei depressiven Episoden. Erfolgt mittels **CBASP** eine Erhaltungstherapie zeigen sich ebenfalls positive Effekte.

Wie der Umfang der rückfall- und rezidivprophylaktischen Interventionen aussehen sollte, wie der Einfluss auf die Episodenfrequenz ist und welche Rolle Alter, Geschlecht und Komorbidität spielen, ist allerdings noch wenig geklärt. Stabilisierende Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe sollten jedoch mit zu jeder Therapie gehören, wenn man Langzeiteffekte erzielen will.

Psychotherapie kann dabei Teil einer Kombinationsbehandlung sein und signifikante additive rückfallprophylaktische Wirkung haben, wie dies für die **KVT** im Einzelsetting nachgewiesen ist. **IPT** als Erhaltungstherapie bei rezidivierenden Depressionen zeigte in Kombination mit Imipramin einen hoch signifikanten prophylaktischen Effekt und erwies sich bei älteren depressiven Patienten in Kombination mit einem Antidepressivum als wirksame rückfallverhindernde Maßnahme. IPT verbesserte vor allem den interpersonellen Bereich und die psychosoziale Anpassung.

Die **Soll-Empfehlung** lautet deshalb:

- „Zur Stabilisierung des Therapieerfolges sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine psychotherapeutische Akutbehandlung eine angemessene Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.“ (S. 134)

Die **Kann-Empfehlung** lautet:

- „Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) kann Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.“ (S.134).

Wenn Patienten auf mindestens zwei unterschiedliche, adäquat (auf-) dosierte Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen keine Response zeigen, spricht man von **Behandlungsresistenz**. Psychotherapeutische Verfahren wurden bisher kaum auf ihre Wirksamkeit bei behandlungsresistenten Depressionen untersucht. Studien mit kleinen Fallzahlen weisen jedoch darauf hin, dass **KVT** hier ein geeignetes Verfahren sein könnte. Weitere Studien müssen dies erhärten.

Als **Sollte-Empfehlung** wurde deshalb formuliert:

„Bei therapieresistenter Depression sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden“.(S.137)

H.3.6. Therapie bei Komorbidität (Jörg Hein)

Der Abschnitt H 3.6. über Komorbidität ist weiter aufdifferenziert in Depression und komorbide psychische Störungen sowie Depression und komorbide somatische Erkrankungen.

Einleitend wird auf die Häufigkeit von Komorbidität bei Depressionen hingewiesen, die in der Praxis der Regelfall sei. Gleichwohl gibt es nur sehr wenige Therapiestudien, die dieses Thema aufnehmen, viel-mehr ist im Gegenteil Komorbidität häufig ein Ausschlusskriterium für Studien. Andererseits gibt es viele Studien, die depressive Symptome bei körperlichen Erkrankungen oder psychosozialen Belastungen untersuchen. Diese Studien werden jedoch in dieser Leitlinie nicht berücksichtigt sondern den jeweiligen Fachleitlinien zugewiesen.

Komorbidität führt regelhaft zu Komplikationen, erschwerter Therapie und längerer Behandlungsdauer.

Angst- und Zwangsstörungen

Die Verbindung von depressiver Symptomatik und Angststörungen gilt als ausgesprochen häufig, so-wohl im akuten Störungsbild als auch in der Vorgeschichte. Die diagnostische Differenzierung kann auf Schwierigkeiten stoßen, weil beide gemeinsame Symptome haben können (Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Anspannungserleben, exzessives Grübeln, Panikattacken, Befürchtungen). Daher soll die Diagnose einer Angststörung erst dann erfolgen, wenn Angstsymptome unabhängig von depressiven Symptomen auftreten.

Nach den Kriterien der Leitlinie gelten KVT und IPT sowie medikamentös SSRIs und Venlafaxin als wirksame Behandlungsverfahren.

Zur Komorbidität von Depression und Zwangsstörungen gibt es keine weiteren Ausführungen abgesehen von der Empfehlung von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), v. a. Paroxetin und Sertralin, die bei Angst- und Zwangsstörungen als wirksam gelten und Clomipramin zur Behandlung von Zwangsstörungen.

Alkoholabhängigkeit

Ein Drittel aller Patienten mit affektiven Störungen weist auf die Lebenszeit bezogen Substanzmissbrauch auf. Beide Störungsbilder gehen mit erhöhter Suizidalität einher, auf die hier ein besonderes Augenmerk zu richten ist. Zur prognostisch relevanten Unterscheidung von primärer (Substanzabhängigkeit auf dem Boden einer Depression) und sekundärer Depression (depressive Symptomatik im Gefolge einer Suchterkrankung) ist anamnestisch zu klären, ob die depressive Symptomatik bereits vor der Alkoholabhängigkeit bestand und zu prüfen, ob sie nach Abstinenz persistieren. Bei der sekundären Depression steht die Behandlung der Suchterkrankung im Vordergrund. Die Therapie der Depression erscheint erst nach ausreichender Abstinenz erfolgversprechend.

Die Gabe von Antidepressiva (genannt werden Fluoxetin, Desipramin und Mirtazapin) reduziert nach Forschungslage die depressive Symptomatik und vermindert die Alkohol-Rückfallgefahr. KVT gilt als wirksam zur Reduktion der depressiven Symptomatik sowohl als alleiniges Verfahren wie auch in Kombination mit Pharmakotherapie bzw. alkoholspezifischer Psychotherapie. Abgesehen von Notfallsituationen, die der Krisenintervention bedürfen, erscheint eine spezifische Depressionsbehandlung erst nach vierwöchiger Abstinenz sinnvoll, weil erst dann eine valide diagnostische Einschätzung und Indikationsstellung möglich ist.

Essstörungen

Einige Studien schätzen die Lebenszeitprävalenz einer komorbiden Depression bei Essstörungen auf 75 %, wobei die diagnostische Abgrenzung durch überlappende Symptome (Affektarmut, emotionale Instabilität, reduzierter Antrieb, herabgesetzte Libido, Appetitverlust, Schlafstörungen) erschwert ist. Bei Bulimie sind Entmutigung, Bestrafungserwartungen und Unentschlossenheit Prädiktoren für Depression, bei Anorexie gilt dies für den Verlust des Interesses an anderen, Gewichtsverlust, Bestrafungserwartungen und die Unfähigkeit zu arbeiten.

Obwohl Psychotherapie bei Essstörungen die Methode der Wahl ist, gibt es bisher keine Studien zur Psychotherapie bei Komorbidität von Essstörungen und depressiven Störungen. Studien liegen dagegen für pharmakologische antidepressive Therapien vor, wobei diese i. d. R. erst 1-2 Monate nach Verbesserung im Ernährungszustand und Gewichtszunahme greifen.

Für die psychotherapeutische Behandlung von komorbiden depressiven und Essstörungen können über die Behandlung von Essstörungen hinaus keine durch Studien gestützten Empfehlungen gegeben werden. Pharmakologisch kommt antidepressive Therapie, z. B. mit Fluoxetin, in Betracht. Generell sollen substanzspezifische Effekte auf die jeweilige Essstörung beachtet werden: Gewichtszunahme unter trizyklischen Antidepressive, Übelkeit und Gewichtsreduktion bei SSRI.

Persönlichkeitsstörungen

Hinsichtlich der Komorbidität von Depression und Persönlichkeitsstörungen ist die Studienlage uneinheitlich, in klinischen Stichproben liegt sie bei 30-40 % wobei die ängstlich-vermeidende, die Borderline- und die paranoide Persönlichkeitsstörung die häufigsten sind.

Die depressive Störung sei vorrangig zu behandeln, weil depressive Symptome generell die Behandlung erschweren. Persönlichkeitsstörungen bringen jedoch Komplikationen in der Behandlung mit sich, die zu einer Wirkungsabschwächung und höherer Rückfallwahrscheinlichkeit sowohl bei Psychotherapien wie auch bei Pharmakotherapien und EKT führen.

Zur Psychotherapie der komorbiden Depression bei Persönlichkeitsstörungen existieren keine systematischen Studien, so dass über die störungsbezogenen Empfehlungen hinaus keine evidenzbasierten Empfehlungen gegeben werden. Es gibt jedoch Hinweise für die Wirksamkeit von KVT, IPT und psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie als alleiniges Verfahren oder in Kombination mit Pharmakotherapie. Für letztere liegen Belege für die Wirksamkeit von SSRI, einem MAO-Hemmer und einem atypischen Antipsychotikum bei Pat. mit Depression und Borderline-Störung vor.

Depression und komorbide somatische Erkrankungen

Die Lebenszeitprävalenz für eine depressive oder Angststörung bei somatisch Kranken liegt bei ca. 40 %. Körperliche Erkrankungen werden regelhaft durch das Hinzutreten einer depressiven Störung oder depressiven Krankheitsverarbeitung verkompliziert mit der Folge der Verstärkung der körperlichen Symptome, schlechterer Anpassung an die Erkrankung, vermehrter psychosoziale Funktionseinschränkungen und einer reduzierte Behandlungsadhärenz. In der Mehrzahl der Fälle erreichen die psychischen Belastungen durch die körperliche Erkrankung nicht das Ausmaß einer klinischen Störung, können aber gleichwohl zu einer Verschlechterung der Prognose führen.

Über psychotherapeutische Strategien bei körperlichen Erkrankungen liegen weniger eindeutige Belege vor, im Wesentlichen deshalb, weil in Studien Psychotherapie im engeren Sinne oft wenig abgegrenzt wird gegenüber psychosozialen Angeboten und psychoedukativen Interventionen. Am besten untersucht ist Kognitive Verhaltenstherapie, die sich für verschiedene psychisch-körperliche Erkrankungskombinationen als wirksam erwiesen hat.

Kardiologische Erkrankungen

Depressive Störung gilt als Risikofaktor sowohl für die Entwicklung einer Koronaren Herzerkrankung als auch für die Mortalität (um den Faktor 2,2 erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Patienten mit depressiven Symptomen und Myokardinfarkt).

Bei der pharmakotherapeutischen Behandlung gelten trizyklische Antidepressiva als problematisch, weil sie zu Überleitungsstörungen führen können und das Infarktisiko erhöhen. Die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) haben diese gravierenden Nebenwirkungen nicht, können jedoch Übelkeit, Mundtrockenheit u. a. hervorrufen.

Die Befunde zur Wirkung von Psychotherapie sind uneinheitlich. Einerseits konnten Behandlungserfolge in Bezug auf Depression unter KVT festgestellt werden, andererseits wurden sogar ungünstige Effekte von Psychotherapie auf das Überleben beobachtet, die Frauen und Angehörige ethnischer Minderheiten betrafen, so dass insgesamt keine Empfehlungen bezüglich der Psychotherapie bei koronaren Herzerkrankungen ausgesprochen wird.

Tumorerkrankungen

In Abhängigkeit von Versorgungsbereich, Tumorart, Schweregrad und Geschlecht geht man davon aus, dass bei 30-40 % der Patienten mit Tumorerkrankungen eine komorbide psychische Störung innerhalb der letzten 12 Monate vorliegt. Der Anteil von depressiven Störungen wurde in einer Studie mit ca. 19 % beobachtet. Während es zahlreiche Studien zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen gibt, liegen kaum Studien zur depressionsspezifischen Therapie bei Tumorpatienten vor, so dass keine spezifische Empfehlung ausgesprochen wird, die über die allgemein evidenzbasierte Behandlung von Depressionen hinausgeht. Die Behandlung von Tumorpatienten mit Antidepressiva, sowohl mit SSRI als auch mit trizyklischen Antidepressiva (TZA) wird empfohlen, obwohl erst wenige placebokontrollierte randomisierte Studien vorliegen.

Diabetes mellitus

Ebenso hoch wird die Prävalenz von depressiven Störungen bei an Diabetes mellitus Erkrankten geschätzt (30 %), wobei nur ein Drittel dieser Störungen diagnostiziert wird. Bei 75 % der Diabetespatienten mit Depression ist der Verlauf chronisch (rezidivierende depressive Episoden). Die Komorbidität ist verbunden mit schlechterer Stoffwechseleinstellung und diabetischen Folgekomplikationen, bei Älteren u. a. mit kardiovaskulären Begleiterkrankungen. Das Risiko für eine Major Depression ist bei an Diabetes Erkrankten mit diabetischen Folgekomplikationen annähernd sechsfach erhöht.

Zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Diabetespatienten mit Depression liegen wenige Studien vor, die jedoch zu einer Empfehlung führen. Medikamentös werden in erster Linie SSRI empfohlen, trizyklische Antidepressiva wegen ihrer analgetischen Nebenwirkung nur bei Vorliegen diabetes-bedingter Schmerzzustände.

Chronische Schmerzen

Hier wird von einer Komorbidität von bis zu 70 % ausgegangen, wobei die Schwere des chronischen Schmerzes direkt proportional zur Schwere der Depression ist. Dabei ist eine auf der Grundlage chronischer Schmerzen entstandene Depression deutlich häufiger als die Entwicklung chronischer Schmerzen aus einer Depression heraus. Die Suizidrate unter den betroffenen Patienten ist hoch.

Psychotherapie kann depressiven Schmerzpatienten angeboten werden (empirische Belege liegen für KVT und IPT vor). Medikamentös werden wegen ihrer analgetischen Nebenwirkung v. a. trizyklische Antidepressiva vorgeschlagen.

Demenz bzw. Parkinson-Krankheit

Die Häufigkeit von depressiven Störungen bei Demenzkranken scheint sehr von der verwendeten Untersuchungsmethode abzuhängen. Depressionen entwickeln v. a. diejenigen Demenzkranken, die schon in der Vorgeschichte depressive Störungen hatten oder als familiär belastet gelten müssen. Außerdem zeigt sich eine Häufung bei Patienten, mit vaskulären oder neurodegenerativen Hirnerkrankungen, die subkortikale Funktionskreise beeinträchtigen. Dies gilt in erster Linie für Morbus Parkinson und die Demenz nach Schlaganfall. Depression in der Vorgeschichte erhöht das Erkrankungsrisiko für eine Alzheimer-Demenz, hirnorganische Störungen wiederum erhöhen das Risiko für eine depressive Erkrankung. Depression kann ein Prodrom einer dementiellen Erkrankung sein.

Depressionen mit Erstmanifestation im höheren Lebensalter sowie mit kognitiven Störungen verbundene Depressionen zeigen eine hohe Konversionsrate in eine Demenz. Diese Zusammenhänge machen die Differentialdiagnose schwierig.

Die Studienlage zur Behandlung von Depression bei Demenz bzw. Morbus Parkinson wird als unzulänglich beurteilt. Verhaltenstherapeutische Strategien haben sich bei der Reduktion depressiver Symptome sowohl bei den Pat. wie auch bezüglich der Interaktion mit den pflegenden Angehörigen als wirksam gezeigt. Ähnliches gilt für Problemlösetherapie wie auch für Erinnerungstherapie.

Bei der medikamentösen Behandlung ist auf die mögliche anticholinerge Wirkung der Präparate zu achten, die delirante Zustände und weitere kognitive Beeinträchtigungen auslösen können (Trizyklika) .

Schlaganfall

Depressive Störungen nach Schlaganfall sind häufig (Poststroke Depression), wobei die Prävalenzschätzungen stark schwanken.

Für die Behandlung mit KVT gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit, die jedoch für eine Empfehlung nicht ausreichen. Medikamentös wird die Behandlung mit Fluoxetin, Citalopram und Nortryptilin empfohlen, wobei auch hier auf die Gefahren anticholinergere Begleitwirkungen hingewiesen wird.

H.3.7 Management bei Suizidgefahr (Jörg Hein)

Depressive Störungen gelten als die häufigste Ursache von Suiziden. Am stärksten gefährdet sind ältere Männer (über 70 Jahren). Bei ihnen steigt das Suizidrisiko exponentiell an und ist zwei bis sieben mal so hoch wie das gleichaltrige Frauen. Es ist ca. 20 mal höher als das Suizidrisiko junger Frauen, die demgegenüber das höchste Risiko für Suizidversuche haben.

An Risikofaktoren für Suizidalität im Allgemeinen werden – neben anderen – die folgenden genannt:

- Frühere Suizidversuche

- Drängende Suizidgedanken, konkrete Suizidpläne oder Vorbereitungen suizidaler Handlungen
- „Harte“ Methode
- Keine Distanzierung von Suizidideen/Suizidversuch nach längerem Gespräch
- Gefühle von großer Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit und Schuld
- Keine Zukunftsvorstellungen
- Starke Eingengtheit auf den Suizid
- Zunehmender sozialer Rückzug
- Ideen erweiterter Suizidalität
- Männliches Geschlecht, höheres Alter (v. a. Männer > 70 Jahre)
- Familiengeschichte mit suizidalem Verhalten
- Lebenssituation: Alleinstehend, arbeitslos, chronische körperliche Erkrankung, mehrfache tatsächliche aktuelle Belastungen oder Kränkungen

Es wird empfohlen, Suizidalität bei depressiven Patienten immer direkt zu thematisieren, präzise und detailliert zu erfragen und vor dem Hintergrund der vorhandenen Ressourcen zu beurteilen.

Für die Suizidprävention werden 4 Schritte genannt:

- 1.) Gesprächs- und Beziehungsangebot
- 2.) Diagnostik von Suizidalität einschließlich Risikofaktoren
- 3.) Klärung und Regelung der aktuellen Situation
- 4.) Therapieplanung unter Berücksichtigung der Suizidgefahr

Suizidale Patienten müssen eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung erhalten.

Bei der Diagnostik von Suizidalität ist die graduelle Ausprägung von Suizidalität und der aktuelle Handlungsdruck bzw. die aktuelle Distanziertheit von Suizidalität einzuschätzen.

Bei der weiteren Therapieplanung ist außer der Entscheidung für eine psychotherapeutische und/oder medikamentöse Therapie v. a. die Frage der stationären Behandlungsbedürftigkeit zu klären. Unter klinischen Gesichtspunkten ist eine stationäre Aufnahme erforderlich, wenn

- nach einem Suizidversuch medizinische Versorgung notwendig ist

- die Notwendigkeit eines intensiven psychiatrischen Managements besteht (z. B. bei einer psychotischen Symptomatik oder einer therapieresistenten Depression)
- der Patient/die Patientin nicht absprachefähig ist
- die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht möglich ist, bzw. eine Krisenintervention nicht gelingt und der Patient/die Patientin weiterhin suizidal bleibt
- der Patient/die Patientin über ungenügende soziale Unterstützung für eine ambulante Behandlung verfügt.

Nach Studienlage vermindert sich die Suizidalität durch kurzdauernde Klinikaufenthalte nicht. Diese bleiben aber im Rahmen eines weitergehenden Risiko-Management-Planes sinnvoll als Bestandteil einer Krisenintervention.

Wenn keine Behandlungsbereitschaft besteht, muss die Klinikeinweisung nach den Unterbringungsgesetzen/Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder gegen den Willen des Patienten erwogen werden. In diesem Fall ist die Polizei hinzuzuziehen und nicht der Rettungsdienst, der nicht gegen den Willen des Pat. tätig werden darf.

Der Einsatz von Antidepressiva bei Suizidalität ist heikel. Studien zeigen, dass sich suizidale Handlungen unter dem Einsatz von Antidepressiva nicht verringern, dass vielmehr deren Toxizität bei Überdosierung selbst ein Risiko darstellt. Dies scheint für SSRI nicht oder in geringerem Maße zu gelten. Antidepressiva können jedoch – bei Abwägung der Risiken – zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen eingesetzt werden. Ergänzend wird zur Gabe von Benzodiazepinen in der Akutphase geraten.

Es gibt konsistente Befunde dahingehend, dass Lithium zu einer signifikanten Senkung der Rate von Suiziden und Suizidversuchen führt. Lithium wird daher zur Rezidivprophylaxe empfohlen.

Die Studienlage zu suizidpräventiven psychotherapeutischen Strategien wird als unzureichend kritisiert. Es gibt jedoch Anhaltspunkt für die suizidpräventive Wirksamkeit von KVT, Problemlösetherapie, psychodynamischer KZT und intensiver Nachbetreuung mit regelmäßigem Kontakt, sofern sie spezifische, auf die Suizidalität gerichtete problemlösende und einsichtsorientierte Strategien beinhalten.

Empfohlen wird, eine Psychotherapie in Betracht zu ziehen, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert.

Große Bedeutung, auch im Sinne einer Empfehlung, wird dem Kontakt nach einem Suizidversuch bzw. nach der Entlassung aus der Klinik zugemessen.

H.4. Implementierung, Qualitätsmanagement, Evaluation (Jörg Hein)

„**Leitlinien haben** (...) **die Aufgabe**, das umfangreiche Wissen zu speziellen Versorgungsproblemen in explizierter Weise systematisch darzulegen, unter methodischen und klinischen Aspekten zu bewerten, ggf. gegensätzliche Standpunkte darzustellen und unter Abwägen von Nutzen und Schaden das jeweilige Vorgehen der Wahl zu definieren. (Sie) sind als **Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsfindung** zwischen Patient und Versorger zu betrachten und stellen damit einen wesentlichen Bestandteil eines modernen Informationsmanagements in der klinischen Arbeit dar.“ (S 170, Hervorhebung im Original)

Die Implementierung von Leitlinien wird als ein wichtiger Bestandteil von Qualitätsmanagement verstanden. Da ihre Anwendung häufig Verhaltensänderungen der Behandler verlangt, stößt ihre Implementierung auf individuelle und strukturelle Widerstände. Diese können in Unzulänglichkeiten der Leitlinien selbst ihre Gründe haben, aber auch in skeptischen oder ablehnenden Voreinstellungen oder in widersprüchlichen Positionen in der fachöffentlichen Diskussion. Daher werden über die Publikation von Leitlinien hinaus Maßnahmen gefordert, die geeignet erscheinen, die Identifikation mit ihnen zu steigern, etwa die Beteiligung von Betroffenen an der Leitlinienentwicklung, Thematisierung von Leitlinien in der Arbeit von Qualitätszirkeln und anderes mehr.

Sowohl die Behandlungskosten von Depressionen wie auch ihre volkswirtschaftlichen Kosten durch entfallende Arbeitstage, Beratungen etc. gehören zu den größten ökonomischen Belastungen im Gesundheitsbereich. Zwar lässt sich der ökonomische Nutzen von Leitlinien derzeit nicht empirisch nachweisen, er wird jedoch mit der Erwartung der Reduktion von Fehlbehandlungen plausibel gemacht.