

Die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression – was ist wichtig für die hausärztliche Praxis?

Germany's National Clinical Practice Guideline (S3) for Unipolar Depression – What is Important for Family Practice?

Jochen Gensichen¹, Martin Härter^{2,3}, Christian Klesse³, Isaac Bermejo^{3,16}, Tom Bschor⁴, Timo Harfst⁵, Martin Hautzinger⁶, Carsten Kolada⁷, Ina Kopp⁸, Christine Kühner⁹, Monika Lelgemann¹⁰, Jürgen Matzat¹¹, Berit Meyerrose¹⁰, Christoph Mundt¹², Günter Ollenschläger¹⁰, Rainer Richter^{5,12}, Henning Schauenburg¹³, Konrad Schmidt¹, Holger Schulz², Susanne Weinbrenner¹⁰, Frank Schneider¹⁴, Mathias Berger³, Wilhelm Niebling¹⁵

Zusammenfassung: Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen in der hausärztlichen Praxis. Einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung in Deutschland soll die neue evidenz- und konsensbasierte S3-/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ darstellen. Sie gibt differenzierte, evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen – wie die zunächst aktiv-beobachtende Begleitung über 14 Tage bei leichten Episoden, die gleichwertige Anwendung pharmako- oder psychotherapeutischer Verfahren bei mittelgradigen Episoden oder die Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie bei schweren Episoden.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Versorgung; Depression; evidenzbasierte Leitlinie

Summary: Depressive disorders are highly prevalent in primary care practices. Germany's evidence-based and consensus-based S3-/National Clinical Practice Guideline "Unipolar Depression" may improve quality in German depression care. The guideline provides distinct and evidence-based recommendations, i.e. the 14-days "watchful waiting" for patients with a "mild depressive episode"; the equivalent use of pharmacological or psychotherapeutic interventions in "moderate depressive episodes" or a combined treatment of psychotherapy and medication in "severe depressive episodes".

Keywords: Primary Health Care; Depressive Disorder; Evidence-Based Guideline

Hintergrund

Etwa vier Millionen Menschen leiden in Deutschland unter Depressionen und den damit verbundenen somatischen, psychischen sowie sozialen Beeinträchtigungen [1]. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 18% zählen depressive Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen [2]. Nach einer Schätzung

der WHO werden Depressionen im Jahr 2020 die zweithäufigste Ursache für dauerhafte Arbeitsunfähigkeit sein [3].

Behandlung in der Hausarztpraxis

Ein Großteil der betroffenen Patienten wird von Hausärzten diagnostiziert und

therapeutisch begleitet – bei den älteren Patienten sind es zwei Drittel [4]. Da eine kurzfristige psychotherapeutische bzw. fachärztliche/psychiatrische Anschlussbehandlung häufig nicht verfügbar oder vom Patienten nicht gewünscht ist, bleibt die Hausarztpraxis oft die einzige Anlaufstelle für diese Patienten. Hausärzte zählen somit zu den wichtigsten Akteuren in der ambulanten

¹ Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin

² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

³ Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

⁴ Schlosspark-Klinik, Berlin

⁵ Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

⁶ Universität Tübingen, Fachbereich Psychologie

⁷ Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Berlin

⁸ AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Marburg

⁹ Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

¹⁰ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin

¹¹ Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Gießen

¹² Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Psychiatrie

¹³ Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik

¹⁴ RWTH Aachen University, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

¹⁵ Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin

¹⁶ Celenus-Kliniken, Offenburg

Peer reviewed article eingereicht: 11.02.2011, akzeptiert: 28.03.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.0223

Versorgung depressiver Patienten. Obwohl der Hausarzt in der Regel durch langjährige Bindung und Kenntnis des familiären Umfeldes das Privileg der umfassendsten Patientenperspektive genießt, stellen ihn Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen vor besondere Herausforderungen. Die Patienten stellen sich vorrangig mit sehr unspezifischen Symptomen wie Schlaflosigkeit, Appetitminderung oder wechselnden Schmerzen vor [5]. Dazu können Depressionspatienten in der hausärztlichen Versorgung ihre Diagnose z.T. weniger akzeptieren, als Patienten, die sich bereits in psychiatrischer Behandlung befinden [6].

Entstehungs- und Konsensusprozess der Leitlinie

Bislang stand in Deutschland keine systematisch entwickelte nationale Leitlinie für die „unipolare Depression“ mit expliziten Empfehlungen für die Praxis zur Verfügung. Schon 2001 forderte der Sachverständigenrat der Bundesregierung in seinem damaligen Gutachten die Entwicklung und Implementierung einer entsprechenden nationalen evidenzbasierten Leitlinie [7]. Vor diesem Hintergrund schlossen sich Anfang 2005 auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Vertreter von 29 ärztlichen und psychologischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden (darunter auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin – DEGAM) sowie Angehörigen- und Patientengruppen für einen Konsensusprozess zusammen: Ziel war die Entwicklung einer S3-Leitlinie zur „unipolaren Depression“ bei erwachsenen Patienten. S3-Leitlinien erfordern als höchste Entwicklungsstufe neben der systematischen Literaturanalyse einen formalen Konsensusprozess und die Evidenzbasierung aller gegebenen Empfehlungen. Ein Konsens von über 75% aller in diesem Versorgungsbereich relevanten Akteure soll auch die Akzeptanz und weite Verbreitung dieser Leitlinie fördern. Ihr Geltungsbereich bezieht sich nach der ICD-10 ausschließlich auf die unipolare depressive Störung bei erwachsenen Patienten, d.h.:

- depressive Episode (ICD-10: F32),
- rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F33)

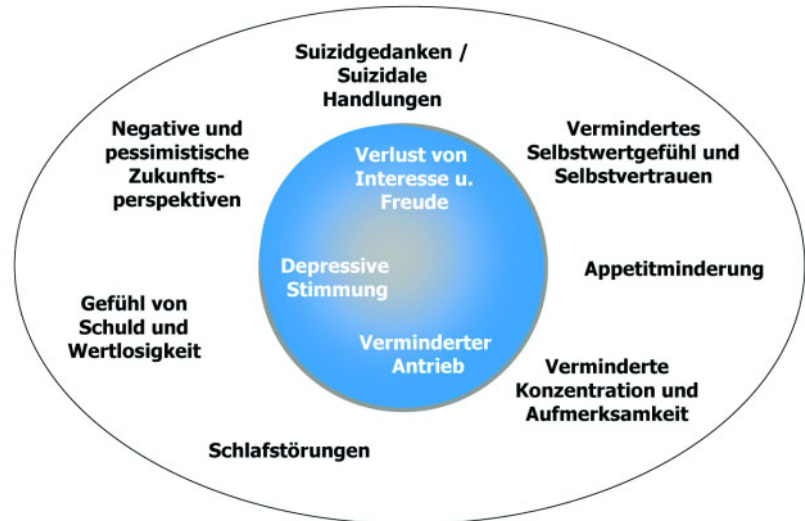


Abbildung 1 Diagnostikkriterien nach ICD 10 [43].

- anhaltende affektive Störungen (hier nur: Dysthymie, ICD-10: F34.1) und
- sonstige affektive Störungen (hier nur: rezidivierende kurze depressive Episode, ICD-10: F38.1).

Der 4-jährige Entstehungsprozess war zugleich in das Programm zur Entwicklung nationaler Versorgungsleitlinien (NVL) eingebunden, welches 2003 zwischen der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vereinbart worden war. Nach einem in- und externen Peer-Review-Verfahren mit den Vorständen der beteiligten Verbände war Ende 2009 der Konsensusprozess abgeschlossen. Die Empfehlungen sind nach Evidenzgraden gestaffelt und hier vereinfacht beschrieben:

- „A“ konnte mit randomisierten, kontrollierten Studien oder systematischen Reviews/Metaanalysen belegt werden.
- „B“ basiert auf kontrollierten (nicht randomisierten) oder Beobachtungsstudien.
- „O“ gibt primär die Meinung von Expertenkreisen wieder.
- „KKP“ als „Klinischer Konsenspunkt“ gibt die Meinung der klinischen Experten wieder, gibt den üblichen Behandlungsstandard an (bei dem keine wissenschaftliche Erforschung möglich ist / angestrebt wird).

Im Folgenden kann nur ein kleiner Ausschnitt aus der Leitlinie vorgestellt wer-

den, wobei für Hausärzte zentrale Aspekte thematisiert werden und auf ausführlichere Darstellungen verwiesen wird [9–13]. Eine Lang- und Kurzfassung wurden im Internet veröffentlicht. Sie sind unter (www.depression.versorgungsleitlinien.de) verfügbar, eine gedruckte Version liegt in Buchform [8] vor. Eine praxisorientierte Online-Version für Betroffene und Experten ist inzwischen veröffentlicht (www.depression-leitlinie.de).

Welche relevanten Inhalte enthält die neue Leitlinie für die hausärztliche Praxis?

Ausgehend von der Grundannahme, dass sich der Verlauf depressiver Erkrankungen durch eine frühzeitige adäquate Behandlung wesentlich verbessern lässt, umfasst die Leitlinie Empfehlungen sowohl zur Erkennung, Diagnose, Differenzialdiagnostik, Pharmako- und Psychotherapie als auch zu sonstigen somatischen Verfahren. Daneben werden auch das Monitoring, die Versorgungskoordination und der Umgang mit Suizidalität thematisiert.

Diagnostik

Eine Schlüsselrolle kommt der rechtzeitigen Diagnostik zu, denn häufig verbergen sich depressive Episoden hinter unspezifischen somatischen Beschwerden, rezidivierenden Therapieabbrüchen oder

einer auffallenden Psychomotorik. Hilfsmittel für das unbedingt erforderliche aktive Explorieren (A) bieten etablierte Instrumente wie der 5-Fragen-Test der WHO [14], der Gesundheitsfragebogen für Patienten mit Verdacht auf eine Depression (PHQ-D) [15] oder die Allgemeine Depressionsskala (ADS) [16]. Besonders praktikabel sind aktiv in hausärztlichen Konsultationen folgende zwei Fragen zu stellen [17] Sie beziehen sich auf Symptome der letzten vier Wochen:

- Haben Sie sich in den vergangenen Wochen niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?
- Haben Sie in den vergangenen Wochen bemerkt, dass Sie wenig Interesse aufbringen konnten oder keine Freude an dem empfinden konnten, was Sie taten?

Eine Depression ist unwahrscheinlich, wenn beide Fragen verneint werden. Bei positiven Antworten auf beide Fragen sollte die systematische Diagnostik anhand der ICD-10-Kriterien folgen.

Zur Differenzierung zwischen leichten, mittelgradigen und schweren Episoden hilft die Exploration von drei Haupt- und sieben Zusatzsymptomen nach ICD-10 (vgl. Abb. 2).

Konkret empfiehlt die Leitlinie zur Schweregradbestimmung folgendes Vorgehen:

- In den vergangenen **zwei Wochen** sollten bei einer **leichten oder mittelgradigen** depressiven Episode mindestens zwei **Hauptsymptome** vorliegen, alle drei bei einer **schweren** depressiven Episode. Kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten sind bzw. beim Betroffenen depressive Episoden in der Vorgeschichte bekannt sind (rezidivierender Verlauf).
- Bei einer **leichten** Episode sind zwei, bei einer **mittelgradigen** Episode bis zu vier und bei einer **schweren** Depression mindestens vier **Zusatzsymptome** vorhanden (siehe Abb. 1 und 2).
- Eine **schwere** depressive Episode ist zusätzlich „mit **psychotischen Symptomen**“ (F32.3) zu klassifizieren, wenn Wahnideen (z.B. Versündigung, Verarmung oder bevorstehende Katastrophe), Halluzinationen oder ein depressiver Stupor auftreten. Eine **rezidivierende** depressive Epi-

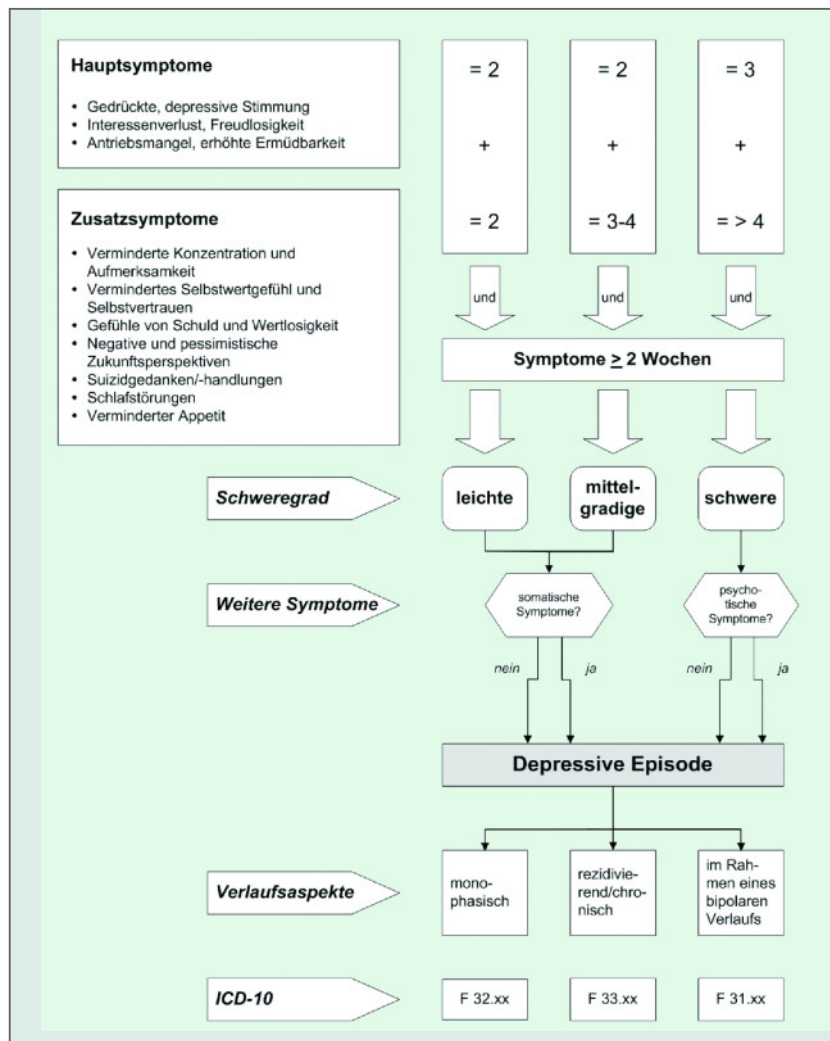


Abbildung 2 Diagnostik depressiver Episoden nach ICD 10 [43].

sode unterschiedlichen Schweregrades (F33.X) liegt vor, wenn es neben der gegenwärtigen depressiven Episode in der Vorgeschichte wenigstens eine weitere Krankheitsepisode gab.

- Somatische, insbesondere hirnorganische Erkrankungen sowie der Missbrauch von toxischen Substanzen sollten als Depressionsursache ausgeschlossen werden.

Die Bestimmung des Schweregrades einer depressiven Erkrankung – wie beschrieben – hat eine spezifische Indikationsstellung und nachhaltige therapeutische Konsequenzen zur Folge. Die spezifisch hausärztlich longitudinale Perspektive auf die Gesamtpersönlichkeit und das Umfeld des Patienten ergänzt darüber hinaus den Einsatz möglicher Screeningfragen und -instrumente sowie die ICD-10-Systematik sinnvoll [18].

Wesentlich für den diagnostischen Prozess ist weiterhin die Exploration von Risikofaktoren wie frühere Episoden, familiäre oder berufliche Belastung, soziale Isolation, somatische wie psychische Komorbiditäten oder anamnestischer Substanzmissbrauch. Nicht fehlen darf die gezielte Erfragung und Einschätzung der aktuellen Suizidalität, die von zentraler Bedeutung für die weitere Behandlung ist.

Partizipation des Patienten

Besonderen Wert legt die Leitlinie auf das Aufklärungsgespräch im Anschluss an die Diagnostik. Hier wirkt es sich bereits prognostisch günstig aus, wenn für den Patienten der Schweregrad transparent wird und er die Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden therapeutischen

Optionen einschätzen kann. Bei der Auswahl des Verfahrens und der Definition der Therapieziele empfehlen die Autoren konsequent die Einbeziehung des Patienten wie auch seiner Angehörigen im Sinne einer „Partizipativen Entscheidungsfindung“ [19]. Darüber hinaus sollten Patienten und Angehörige über bestehende psychoedukative Angebote und Selbsthilfegruppen informiert werden (B). Diese konsequente Patientenbeteiligung ist eine wesentliche Innovation dieser Leitlinie.

„Aktiv-abwartende Begleitung“ („Watchful waiting“)

Die Therapieempfehlungen richten sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Bei einer leichten depressiven Episode kann im Sinne einer „aktiv-abwartenden Begleitung“ [20] zunächst von einer spezifischen Therapie abgesehen werden, denn oft kann es bei diesen Patienten durch klärende Gespräche zu einer vorübergehenden Entlastung und Besserung der belastenden Situation kommen. Halten die Symptome jedoch unverändert über 14 Tage an, ist eine spezifische Therapieeinleitung indiziert (0). Da Antidepressiva in Studien bei leichten depressiven Episoden nicht besser als Placebo sind und eventuelle Nebenwirkungen, wie sexuelle Funktionsstörungen oder Gewichtszunahme bedingen, wird empfohlen, bei leichten Episoden eher ein psychotherapeutisches Vorgehen zu verfolgen. Indikationen für Medikamente können z.B. eine entsprechende Präferenz des Patienten, ein Ansprechen bei früheren Episoden etc. sein [10]. Eine Pharmakotherapie wird als Erstbehandlung leichter Episoden nur in Ausnahmefällen empfohlen (B).

Psychotherapeutische Verfahren

Für mittelgradig depressive Episoden belegen zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) die vergleichbare Wirksamkeit von evidenzbasierter Psychotherapie und Pharmakotherapie [21]. Hierbei sind die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) sowie die intrapersonelle Psychotherapie (IPT) am besten in ihrer Wirksamkeit belegt [22, 23]. Für die hausärztliche Versorgung stehen dabei sup-

portive Maßnahmen entsprechend der psychosomatischen Grundversorgung im Vordergrund. Gerade Elemente der IPT, welche explizit die sozialen Beziehungen des Patienten thematisieren, sind in der Hausarztpraxis gut einsetzbar [24]. Das gilt auch für die tiefenpsychologisch fundierte (Kurzzeit-)Therapie, für die Gesprächspsychotherapie und die systemische Therapie für die ebenfalls einzelne RCTs mit heterogenen Ergebnissen vorliegen. Zur Rezidivprophylaxe im Langzeitverlauf zeigte sich insbesondere die KVT nachhaltiger gegenüber der Medikamentengabe [25]. Auch bei schweren Episoden sind für die KVT und in geringerem Maße auch für die IPT der Pharmakotherapie annähernd äquivalente Effekte nachgewiesen [26]. Die aktuelle Verfügbarkeit psychotherapeutischer Maßnahmen und deren regionale Verteilung im ambulanten Setting sind insgesamt sehr unterschiedlich.

Kombinationsbehandlung

Metaanalysen zeigen, dass sich bei schweren Episoden und auch bei älteren Patienten (59–70 Jahre) die Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie gegenüber der jeweiligen Monotherapie signifikant in ihrer Effektivität addiert [27, 28]. Deswegen rät die Leitlinie in diesen Fällen explizit zu einem kombinierten Vorgehen (A). Auch bei chronischen Verläufen über zwei Jahre zeigte sich eine Kombinationsbehandlung am effektivsten [29]. Für diese Patienten stellt im psychotherapeutischen Bereich das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) ein spezifisches Verfahren dar [30]: Es enthält sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische, interpersonelle als auch psychodynamische Elemente.

Pharmakotherapie

Psychopharmaka zählen mit ca. 70 Millionen Verordnungen und einem Jahresumsatz von über 2 Mrd. Euro seit Jahren zu den meist verschriebenen Arzneimittelgruppen in Deutschland – der Großteil davon sind hausärztlich verordnete Antidepressiva [31]. Dabei lässt sich nur bei schweren Episoden eine eindeutige Überlegenheit der antidepressiven Medikation gegenüber Placebo nachweisen

[32–34]. Allgemein liegt die Ansprechrate von Antidepressiva für eine Therapie-dauer von bis zu 12 Wochen bei 50–60%, unter Placebos remittieren 25–35% der Patienten [35]. Dabei konnte kein klarer Vorteil einer bestimmten Substanz eruiert werden: Während die mittlerweile am häufigsten rezeptierten Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) [31] relativ wenig Nebenwirkungen zeigen, erwies sich das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin besonders bei schweren Fällen in stationärer Behandlung als wirksamer [36]. Bei leichten bis mittelgradigen Episoden kann nach Aufklärung über die nicht unbedeutenden Wechselwirkungen (Antikoagulanzen, orale Kontrazeptiva, ...) auch Johanniskraut gegeben werden (0), dessen Wirksamkeit insgesamt jedoch heterogen beurteilt wird [37].

Für Trizyklika und Venlafaxin wird eine langsame Aufdosierung mit niedriger Anfangsdosis empfohlen. In den ersten vier Wochen der Medikamentengabe ist zur Förderung der Adhärenz eine engmaschige Betreuung sinnvoll. Treten in 2–4 Wochen keine Anzeichen der Besserung auf, wird eine Dosiserhöhung oder der Präparatwechsel (Switching) angeraten: Denn schon nach zwei Wochen sinkt die Wahrscheinlichkeit für ein Ansprechen auf das Medikament auf 15%, nach drei Wochen auf 10% [38]. Um eine Unterdosierung als Ursache auszuschließen, ist nur in Ausnahmefällen die Bestimmung der Serumkonzentration zu empfehlen.

Weitere Strategien bei ungenügendem Ansprechen sind die Kombination mit einer Psychotherapie oder der Wechsel zur Psychotherapie sowie zusätzliche Gabe von Lithium (Augmentation) und eines weiteren Antidepressivums (Kombination). Die psychopharmakologische Eskalation erfordert eine entsprechende Erfahrung des Behandelnden. Antidepressiva sollen mindestens 4–9 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Rezidivrisiko erheblich vermindern lässt (A). Die Dosierung in dieser Erhaltungsphase entspricht der Akuttherapie (0). Möglichen Ängsten der Patienten vor einer drohenden Abhängigkeit ist mit einer behutsamen Aufklärung zu begegnen. Das Bündnis gegen Depression (www.buendnis-depression.de) stellt hierfür vielfältiges Informationsmaterial bereit.

Wann überweisen?

Für alle Schweregrade wird bei fehlender Besserung (keine Response) nach spätestens 6 Wochen die Konsultation eines Facharztes für Psychiatrie (und Psychotherapie) oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie empfohlen. Neben der Therapieresistenz sollten auch folgende Kriterien Anlass zur interdisziplinären Zusammenarbeit bieten:

- unklare psychiatrische Differenzialdiagnose
- Probleme bei der Pharmakotherapie und/oder in einer Psychotherapie
- Interaktionsprobleme im Rahmen der Kombinationstherapie von Antidepressiva mit anderen Medikamenten

Suizidalität

Gerade das Thema Suizidalität sollte bei depressiven Patienten ebenso direkt wie präzise angesprochen und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden. 75% aller am Suizid Verstorbenen besuchten innerhalb der letzten 12 Monate vor dem vollendeten Suizid ihren Hausarzt [39], 40% sogar innerhalb der letzten Woche. Hausärzten kommt in der Suizidprävention also eine besonders hohe Bedeutung zu. Deswegen sollen hier kurz die vier Grundelemente einer Diagnostik nach Lindner et al. genannt werden, obwohl diese nicht expliziter Bestandteil der Leitlinie sind [40]:

- Das **präsuizidale Syndrom** ist gekennzeichnet durch Einengung, Aggressionsumkehr und Suizidfantasien.
- Typische **Risikofaktoren** sind psychische Erkrankungen (insbesondere Depression oder Sucht), psychosoziale Krisen, vorhergehende Suizidversuche oder Suizide in der Familie.
- Die **aktuelle Befindlichkeit** ist geprägt durch Hoffnungslosigkeit, Angst, Schlaflosigkeit, Freudlosigkeit, Impulsivität und akute Lebensbelastungen wie gestörter Krankheitsverarbeitung, unerträgliche Erinnerungen oder negative Einschätzung der Lebensumstände.
- Erschwerend wirken sich **Trennungserfahrungen** aus, wie gescheiterte Partnerschaft, Tod eines Angehörigen, Kränkung, Entwicklungskrisen, Arbeitsplatzverlust oder die Entlassung aus stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung.

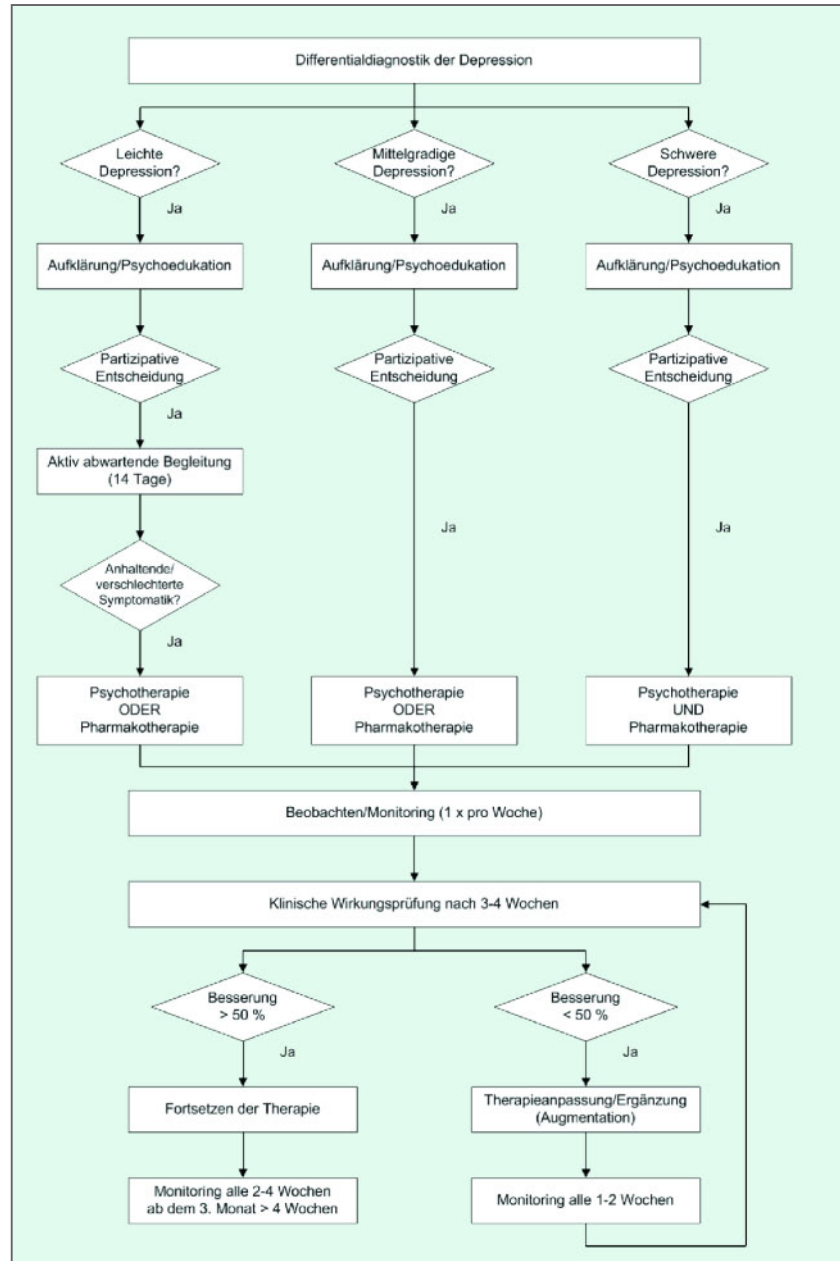


Abbildung 3 Grundprinzipien des therapeutischen Procedere.

Besteht kein akuter Handlungsdruck bzw. akute Suizidalität, sollte eine Überweisung in psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung erfolgen, wenn der Hausarzt die Behandlung nicht selbst übernehmen will. Dabei ist der weiterbehandelnde Arzt oder Therapeut direkt über die eigene Einschätzung der Suizidalität zu informieren. Wenn jedoch kein tragfähiger Kontakt zustande kommt, sollte die sofortige ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlung erfolgen. Wird diese bei hohem suizidalen Druck mit Nachdruck abgelehnt, d.h. auch bei fehlender Abspra-

chefähigkeit, ist die Zwangseinweisung indiziert [40]. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung sowie schwerwiegenden psychosozialen Faktoren, die den Therapieerfolg behindern, ist die stationäre Einweisung unumgänglich.

Monitoring

Der Therapiefortschritt, also die Symptomreduktion und die Wiedererlangung der psychosozialen Kompetenzen, sollte begleitend beobachtet werden (sog. Verlaufsbeobachtung). Gerade während der

Akutbehandlung in den ersten 3–4 Wochen wird das wöchentliche Monitoring empfohlen, was mit standardisierten Instrumenten wie z.B. dem PHQ-D erfolgen kann. Auch wenn die zusätzliche telefonische Kontaktaufnahme in regelmäßigen Zeitabständen durch eine medizinische Fachangestellte nicht Gegenstand der Leitlinie ist, führt sie zu einer Symptomverbesserung der Depression [41]. Ein über 3–4 Wochen erfolgloses Vorgehen gleich welcher Art sollte nach Empfehlung der Leitlinie nicht fortgesetzt und eine Veränderung des therapeutischen Vorgehens erwogen werden (0). Abbildung 3 fasst die wesentlichsten Schritte des therapeutischen Vorgehens noch einmal zusammen.

- „Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus sollte mit Patienten (...) über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden“ (B).
- „Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses“ (B).
- „Bei einer leichten depressiven Episode kann (...) zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Hält die Symptomatik nach (...) spätestens 14 Tagen noch an (...), soll mit dem Patienten über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden“ (0).
- „Bei akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden“ (A).
- „Stellt sich in der Akutbehandlung 3–4 Wochen nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden“ (0).

Abbildung 4 Auswahl innovativer Kernaussagen des Originaltextes.

Weitere Therapieoptionen

Von den nichtmedikamentösen somatischen Therapieverfahren können Elektrokampftherapie (EKT) als evidenzbasierte Behandlungsalternative bei schweren, therapieresistenten Patienten sowie die Lichttherapie bei saisonal abhängigen Episoden empfohlen werden. Der Schlafentzug wirkt rasch aber nur kurz anhaltend (B). Die Empfehlung für neue Verfahren wie die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) oder die Vagus-Nerv-Stimulation (VNS) beruht derzeit nur auf einzelnen Expertenmeinungen. Dass körperliches Training das Wohlbefinden steigern und depressive Symptome lindern kann, schien den Mitgliedern der Konsensusgruppe aus ihrer eigenen klinischen Erfahrung heraus evident und konnte inzwischen auch in Studien belegt werden [42].

Ausblick

In Abbildung 4 werden relevante Kernaussagen der Leitlinie zusammengefasst. Die Fülle der Publikationen zur unipola-

ren Depression macht eine fortlaufende Bearbeitung der Leitlinie erforderlich. Schon nach Abschluss der Konsentierung konnten mehrere aktuelle Studien nicht mehr berücksichtigt werden. Auch wurden Themen wie „geschlechtsspezifische Aspekte“, „Migrationshintergrund“, „Kinder und Jugendliche“, „Schwangerschaft und Stillzeit“ sowie die Berücksichtigung weiterer Psychotherapieverfahren bislang noch nicht ausführlich bearbeitet. Die Gültigkeit der vorliegenden Leitlinie ist somit zunächst für vier Jahre (2013) angelegt. In diesem Zeitraum sollen nun die Implementierung der Empfehlungen sowie eine Evaluation ihrer Praxisrelevanz in Modellprojekten erfolgen. Da der größte Teil der Patienten von Hausärzten diagnostiziert und therapeutisch begleitet wird, könnte die verstärkte Anwendung dieser Leitlinie durch Hausärzte die Patientenversorgung weiter verbessern.

Interessenkonflikte: Alle Autoren haben zu der sie entsendenden Fachgesellschaft oder sonstigen Organisation, de-

ren Interessen vom Beitragsinhalt positiv oder negativ betroffen sein könnten, finanzielle und/oder ideelle Beziehungen. Es ist gerade das Anliegen des Verfahrens zur Erstellung einer NVL, mögliche Interessenkonflikte nicht nur transparent zu machen, sondern durch die heterogene Zusammensetzung der Steuergruppe zu neutralisieren. Aus diesem Grund haben die Autoren nur solche möglichen Interessenkonflikte angegeben, die über die Beziehungen zu der sie entsendenden Organisation hinausgehen könnten: Tom Bschor hat Vortragshonorare der Firmen Lilly, Esparma, Sanofi Aventis, Boehringer-Ingelheim und GSK und eine Kongressreiseunterstützung der Firma Lilly erhalten. Martin Hautzinger und Isaac Bermejo haben 2008 Vortragshonorare der Firmen Lilly bzw. Boehringer-Ingelheim erhalten. Holger Schulz hat einmalig ein Vortragshonorar der Firma Wyeth erhalten. Frank Schneider erhielt Unterstützung für Forschungsvorhaben von AstraZeneca und Lilly. Alle übrigen Autoren machen keinen Interessenkonflikt geltend.

Prof. Dr. Jochen Gensichen ...



... seit 2008 Gründungsdirektor des Instituts für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, studierte Erziehungswissenschaften, Humanmedizin und Public Health.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jochen Gensichen
Institut für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Jena
Bachstraße 18, 07743 Jena
Tel.: 03641 939-5800, Fax: -5802
E-Mail: jochen.gensichen@med.uni-jena.de
<http://www.allgemeinmedizin.uni-jena.de>

Literatur

- Hegerl U: Kompetenznetz Depression. 2010: <http://www.kompetenznetz-depression.de/> (Zuletzt geprüft: 10.09.2010)
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 597–611
- Murray CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996
- Loeb P. Unbefriedigende Behandlung der Depression – nur eine Sache des Hausarztes? *Schweiz Ärztezeitung* 2010; 55: 247–263
- Gensichen J, Huchzermeyer C, Aldenhoff JB et al. Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis – Eine praxis-kritische Einschätzung internationaler Leitlinien. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2005; 99: 57–63
- Dietrich AJ, Oxman TE, Burns MR et al. Application of a depression management office system in community practice: a demonstration. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16: 107–114
- Sachverständigenrat. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III.3 – Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebskrankungen und depressive Störungen. Baden-Baden: Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2002
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (eds.) S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie – Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Heidelberg: Springer; 2010
- Härter M, Klesse C, Bermejo I et al. Entwicklung der S3- und Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2008; 51: 451–457
- Härter M, Klesse C, Bermejo I et al. Evidenzbasierte Therapie der Depression – Die S3-Leitlinie unipolare Depression. *Nervenarzt* 2010; 81: 1049–1068
- Härter M, Klesse C, Berger M et al. Evidenzbasierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen – was empfiehlt die neue S3-/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ wirklich? *Z Psychosom Med Psychother* 2010; 56: 334–342
- Klesse C, Berger M, Bermejo I et al. Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression – Therapiepraxis nach der aktuellen S3-/Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“. *Psychotherapeut* 2010; 55: 247–263
- Härter M, Klesse C, Bermejo I et al. Unipolare Depression: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie aus der aktuellen S3- und Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 700–708
- WHO. Wellbeing measures in primary health care – The Depcare Project. In: WHO Meeting. Stockholm, Sweden: WHO Regional Office for Europe; 1998
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606–613
- Hautzinger M, Bailer M. Die Allgemeine Depressionsskala. Weinheim: Beltz, 2005
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439–445
- Tyrer P. Are general practitioners really unable to diagnose depression? *Lancet* 2009; 374: 589–590
- Loh A, Meier K, Simon D et al. Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2004; 47: 977–984
- National Institute for Health and Clinical Excellence: Depression: management of depression in primary and secondary care – NICE guidance. 2004: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=235213> (Zuletzt geprüft: 10.09.2010)
- De Maat S, Dekker J, Schoevers R et al. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis *Psychotherapy Res* 2006; 16: 566–578
- de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 75–82
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M et al. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 49: 59–72
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books, 1984
- Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW et al. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 475–488
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 409–416
- Thase ME, Greenhouse JB, Frank E et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1009–1015
- Schramm E, van Calker D, Dykierk P et al. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 768–777
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; 342: 1462–1470
- Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum BO et al. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 1178–1188
- Laux G. Fünfzig Jahre Psychopharmaka. *Arzneiverordnung in der Praxis* 2008; 35: 110–112
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 47–53
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1905–1917
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008; 5: e45
- Walsh BT, Seidman SN, Sysko R et al. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA* 2002; 287: 1840–1847
- Anderson IM. SSRIS versus tricyclic antidepressants in depressed inpatients: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Depress Anxiety* 1998; 7 Suppl 1: 11–17
- Linde K. Johanniskrautextrakte bei Depression – Entwicklung eines Cochrane Reviews von 1993 bis 2008. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2008; 102: 487–492
- Stassen HH, Angst J, Hell D et al. Is there a common resilience mechanism underlying antidepressant drug response? Evidence from 2848 patients. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1195–1205
- Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW et al. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 337–345
- Lindner R, Fiedler G, Götze P. Diagnostik der Suizidalität. *Dtsch Arztebl* 2003; 100: A 1004–1007

41. Gensichen J, von Korff M, Muth C et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices – a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369–380
42. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med* 2007; 69: 587–596
43. Härter A, Bermejo I, Niebling W, Praxismanual Depression. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007



Einladung zum

36. GHA-Symposium

Neue Berufsbilder in der Medizin – neue Versorgungsstrukturen?

Termin: 28./29. Mai 2011

Veranstaltungsort:

Stiftung RUFZEICHEN GESUNDHEIT

Wolfratshauer Straße 9

D-82065 Baierbrunn bei München

Anmeldung/Programm: www.gha-info.de