



Alexianer

Tagung: Bleibt bei mir!

Depression und Beziehung – Modelle der Behandlung
27./28. November, Evangelische Akademie Tutzing

***Leitlinienorientierte Behandlung von
Depressionen – ist diese in der Praxis
angekommen?***

Dr. med. Iris Hauth

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärztin für psychotherapeutische Medizin

Ärztliche Direktorin

Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

 **DGPPN**

Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

361 Betten/inklusive 86 Tagesklinikplätze, 49 Betten Neurologie,
43 Plätze TWG, PIA, MVZ, 2 Seniorenpflegeheime



TOP
NATIONALES
KRANKENHAUS
2018

FOCUS

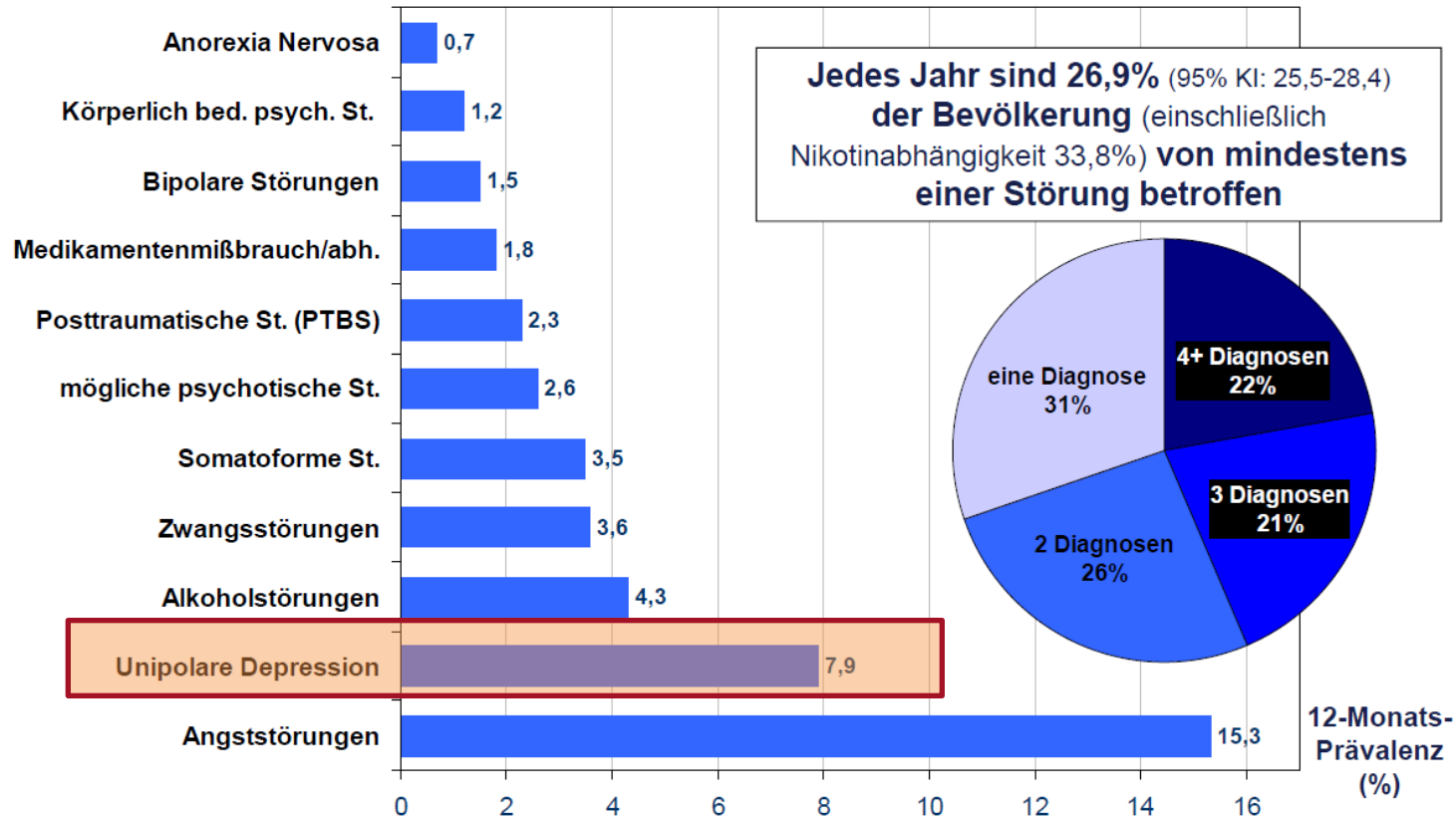
DEUTSCHLANDS
GRÖSSTER
KRANKENHAUS-
VERGLEICH



1. Einführung
2. Diagnostik
3. Therapie
4. Umsetzung der Leitlinien



Häufigkeit depressiver Erkrankungen in Deutschland



12-Monatsprävalenz Unipolare Depression bei ca. 8 % der erwachsenen Bevölkerung

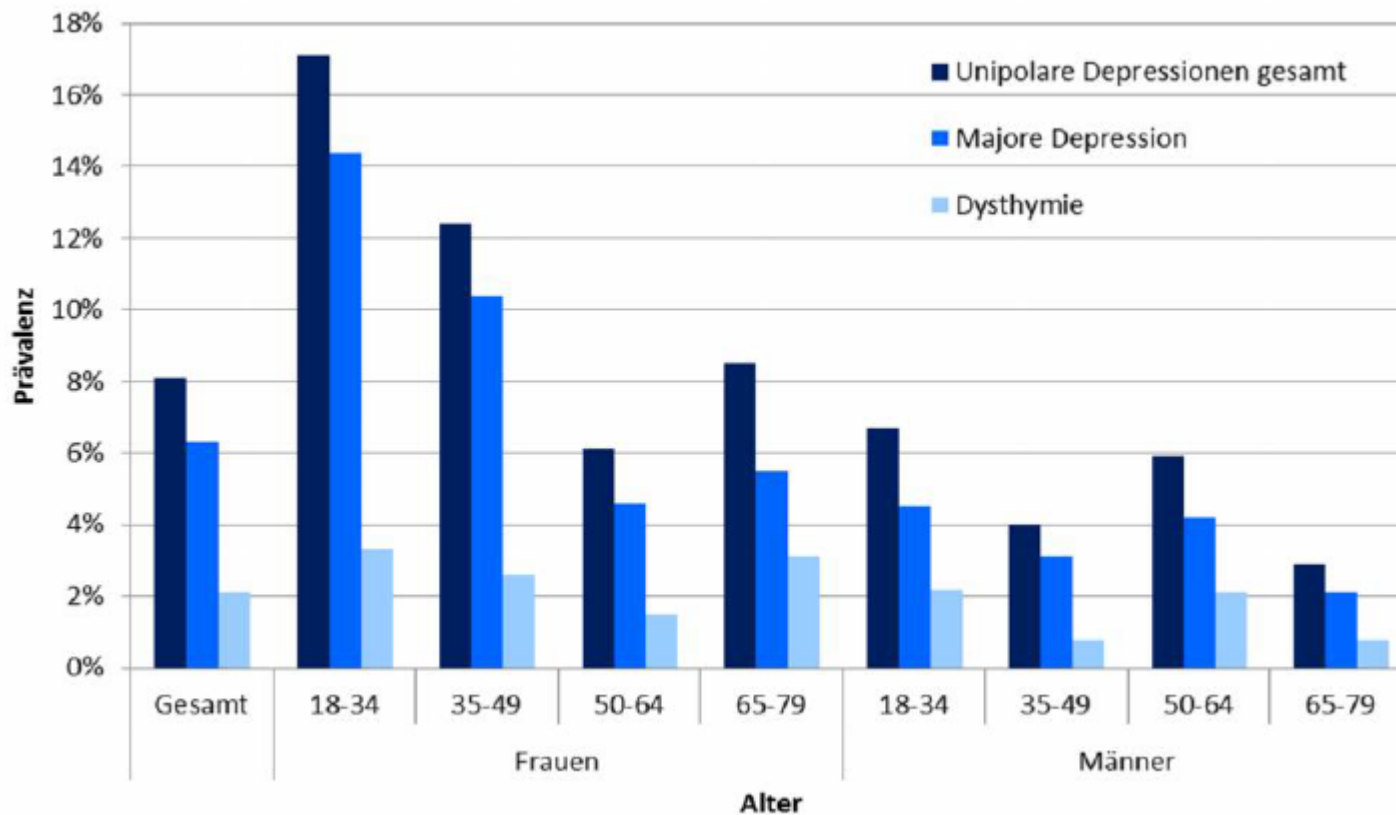
→ Ca. 4,9 Mio. Betroffene innerhalb eines Jahres

→ Geschlechterverteilung: 10,6 % Frauen, 4,8 % Männer



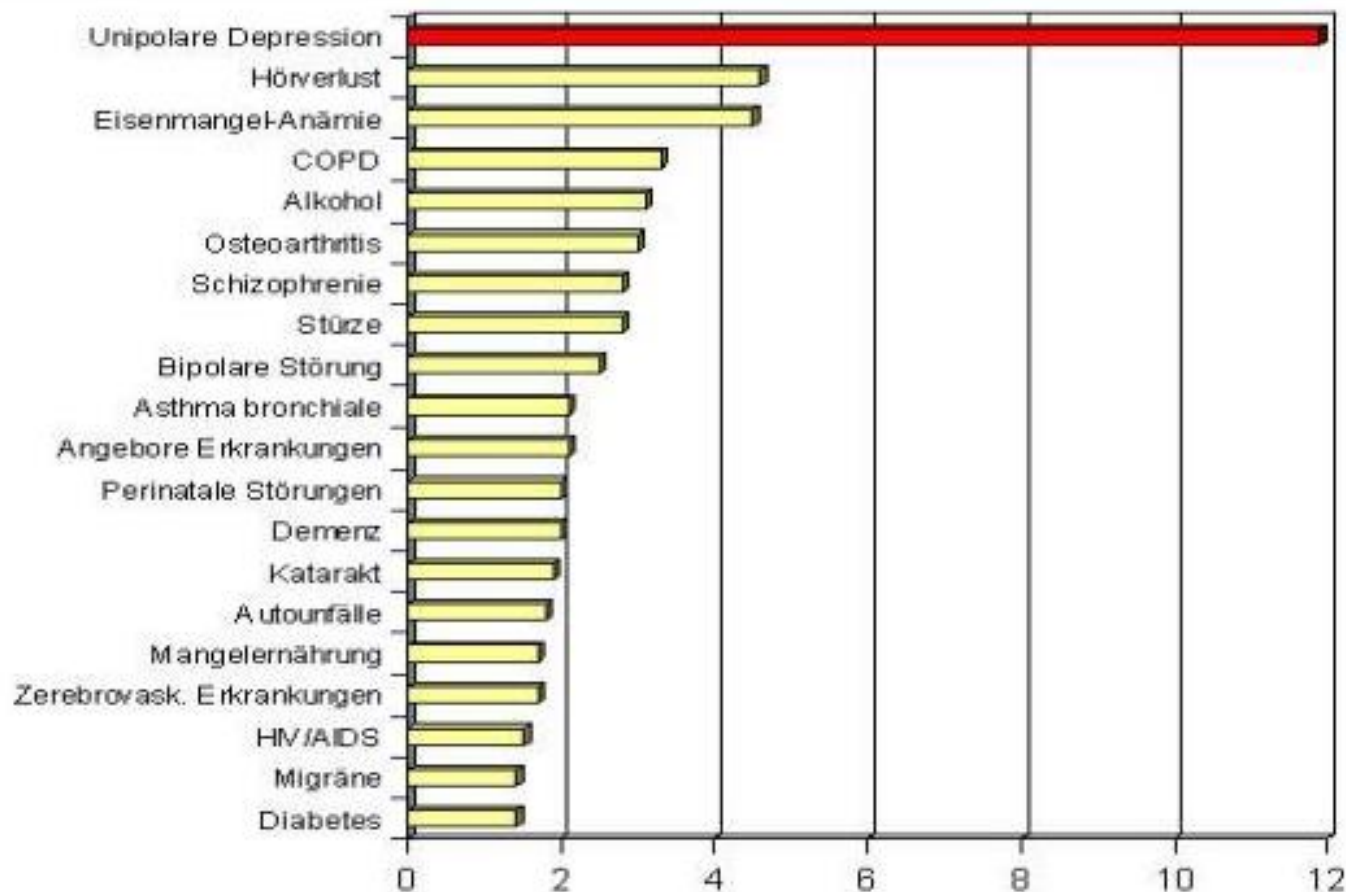
Prävalenz und Inzidenz

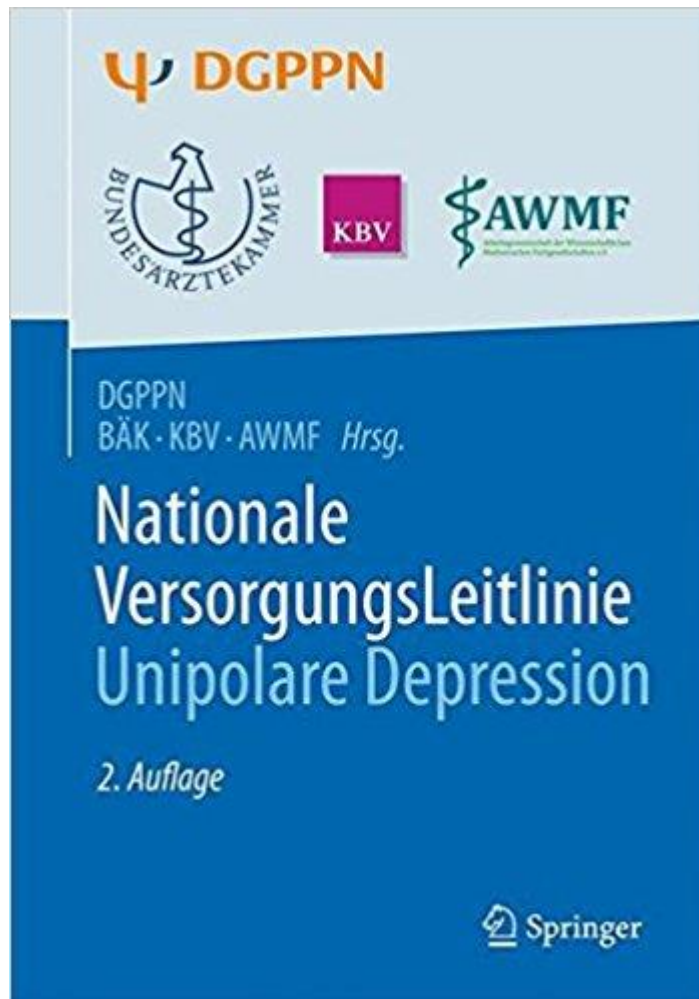
1-Jahres-Prävalenz depressiver Erkrankungen in der erwachsenen Allgemeinpsychiatrie (DEGS1-MH)





Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigtter Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne





1. EINFÜHRUNG



Alexianer

Herausgeber der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde



Bundesärztekammer



Kassenärztliche Bundesvereinigung



Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften



Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)



Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)



Bundespsychotherapeutenkammer (beratend) (BPtK)



Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAGSHG)



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)



Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)



Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von



Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionsstationen) (BDK)



Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)



Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)



Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)



Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)



Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)



Chefarzt-Konferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen



Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)



Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)



Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGPP)



Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)



Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)



Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)



Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPT)



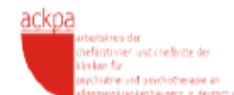
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)



Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GWG)



Stiftung Depressionshilfe (SDH)





S3-Leitlinien der AWMF und NVL haben das Ziel, die in ihren enthaltenen Empfehlungen auf Basis der bestverfügbaren Evidenz und im Konsens aller an der Erstellung Beteiligten zu formulieren.

- Bewertung der Wirksamkeit in aller Regel mit randomisierten klinischen Studien
- Ethische Verpflichtungen
- Klinische Relevanz
- Anwendbarkeit der Studienergebnisse
- Präferenzen der Patienten



Überleitung der Evidenzgrade der S3-Leitlinie in Empfehlungsgrade und Symbolik der NVL

Evidenzgrad (analog zu NICE)	Vereinfachte Definition der Quellen	Empfehlungsgrad S3/NVL	Symbol NVL	Beschreibung
I	Metaanalysen; hochwertige randomisierte kontrollierte Studien	A	↑↑	Starke Empfehlung
II oder III	Kontrollierte Studien ohne Randomisierung; Beobachtungsstudien	B	↑	Empfehlung
IV	Expertenmeinung	0	↔	Empfehlung offen
-	Klinischer Konsenspunkt*	KKP*	-	Gute klinische Praxis*

* Klinische Konsenspunkte (KKP) wurden abweichend vom üblichen NVL-Verfahren eingeführt, um den besonderen Bedingungen der gemeinsamen Erstellung von S3-Leitlinie und Nationaler VersorgungsLeitlinie Rechnung zu tragen

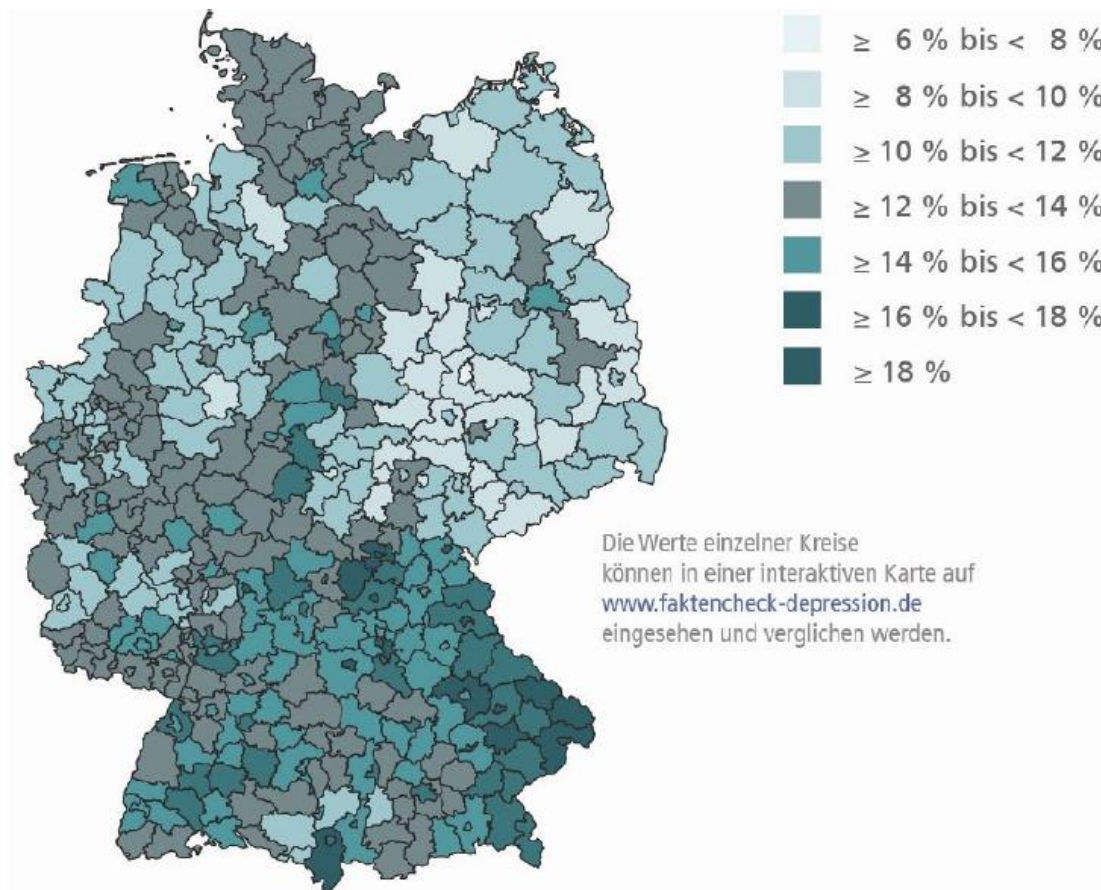


Prävalenz und Inzidenz

- Depressionen – hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung – meist unterschätzte Erkrankung
- **4,9 Mio. Menschen erkranken pro 12 Monate in Deutschland**

Prävalenz und Inzidenz

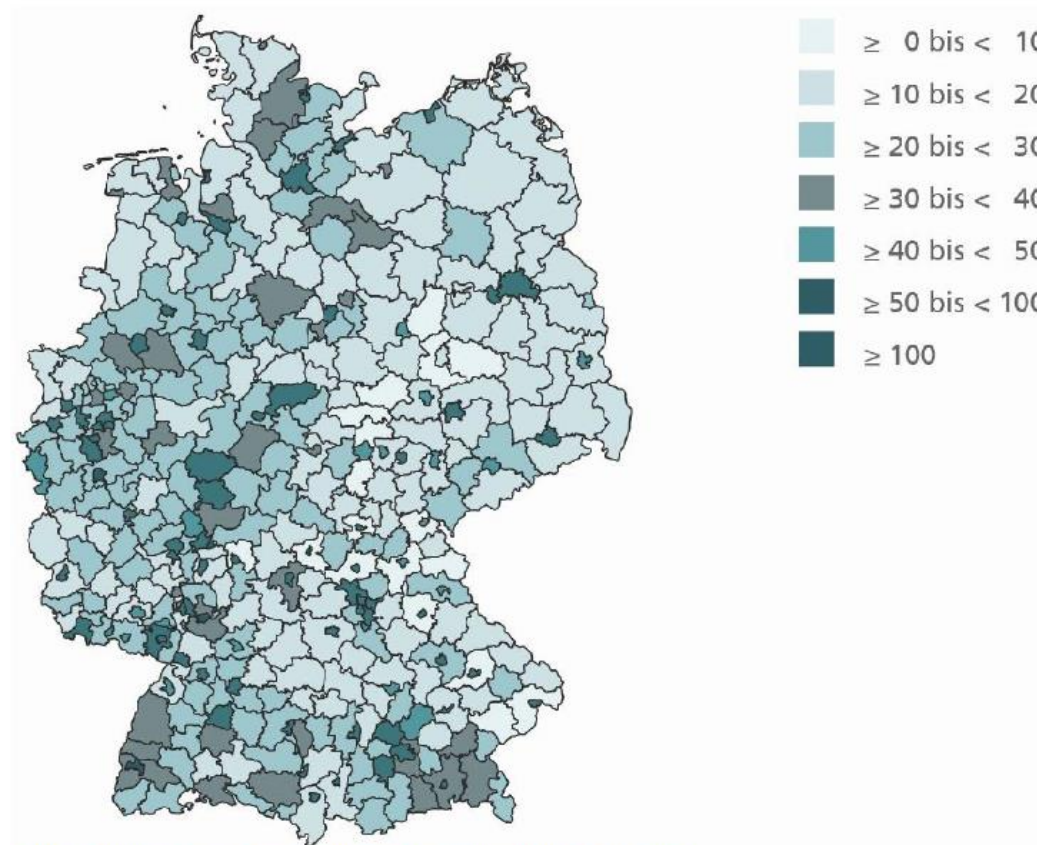
Regionale Verteilung der Depressionsprävalenz aller Depressionsfälle 2011



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Regionale Verteilung der psych. Facharzt- und Psychotherapeutendichte

Pro 100.000 Einwohner \geq 18 Jahre

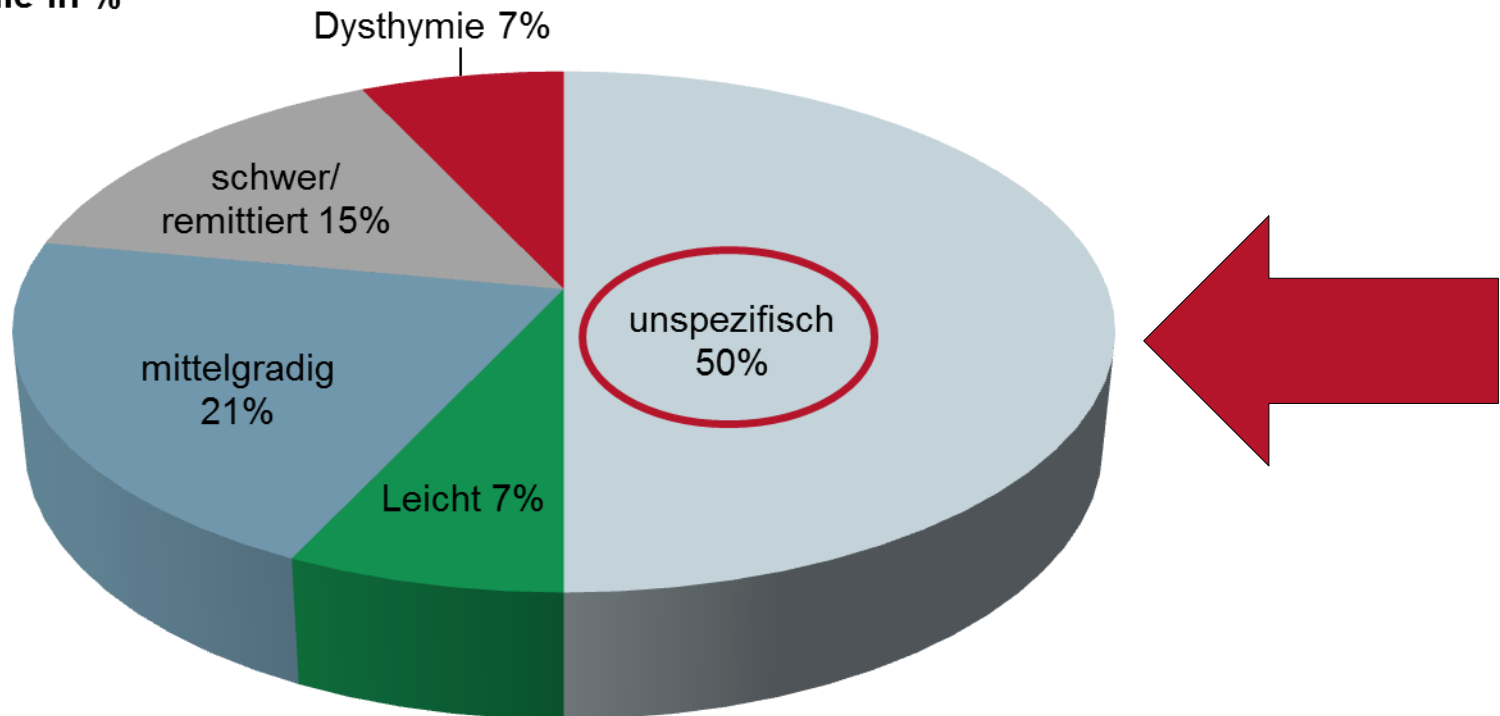


Quelle: KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).



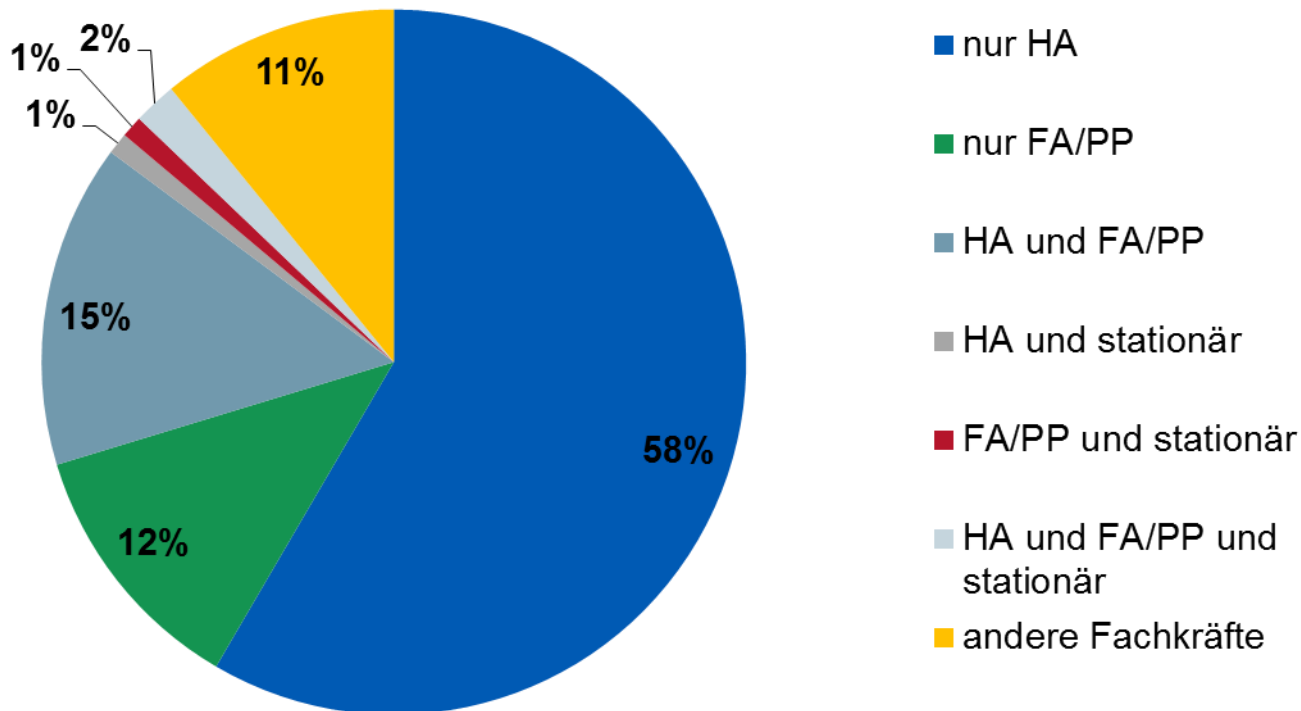
Verteilung unterschiedlicher Depressionsdiagnosen 2011

Anteile in %



Diagnostizierende Fachgruppe bei depressiven Erkrankungen, 2011

Anteile in %



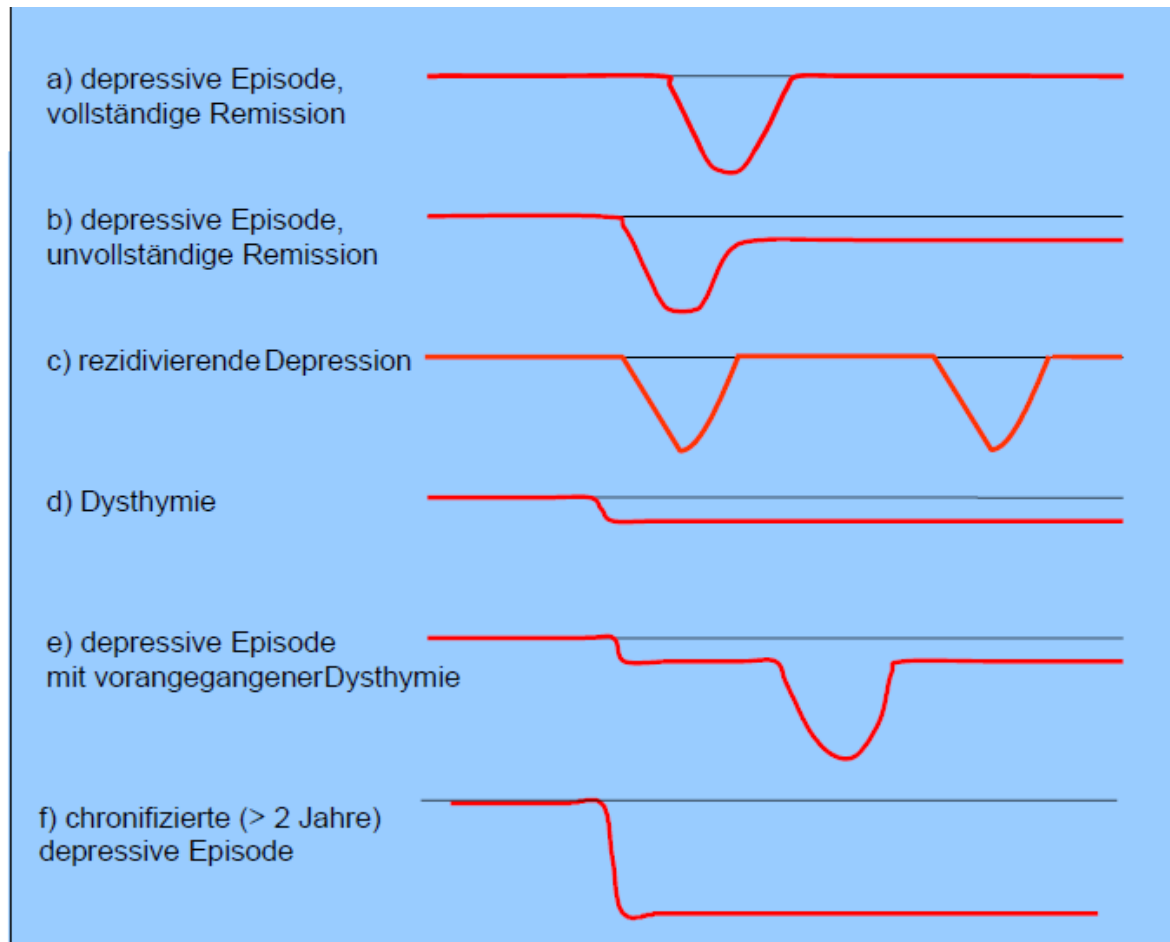
HA = Hausarzt; FA/PP= psych. Facharzt und/oder Psychologischer Psychotherapeut; stationär = stationäre Haupt-Entlass-Diagnose



Verlauf und Prognose

- Depressionen zeichnen sich durch einen episodischen Verlauf aus
- sind zeitlich begrenzt und können ohne therapeutische Maßnahmen abklingen
- die Verläufe weisen große inter-individuelle Unterschiede auf

Verläufe unipolarer depressiver Störungen





Ätiopathogenese - Ursachen der Depression

- Depressionen umfassen kein homogenes Krankheitsbild
- Erklärungshypothesen lassen sich vereinfacht am biologischen und psychologischen Modellvorstellungen zuordnen
- Keiner dieser Ansätze liefert eine monokausale Erklärung
- Von der Mehrzahl der Experten wird multifaktorielle Erklärungskonzept angenommen
- Wechselwirkungen aus biologischen und psychosozialen Faktoren
- Mehrere Studien in Publikationen belegen genetische Vulnerabilität - Vulnerabilitätsstressmodell



1. Einführung
2. Diagnostik
3. Therapie
4. Umsetzung der Leitlinien

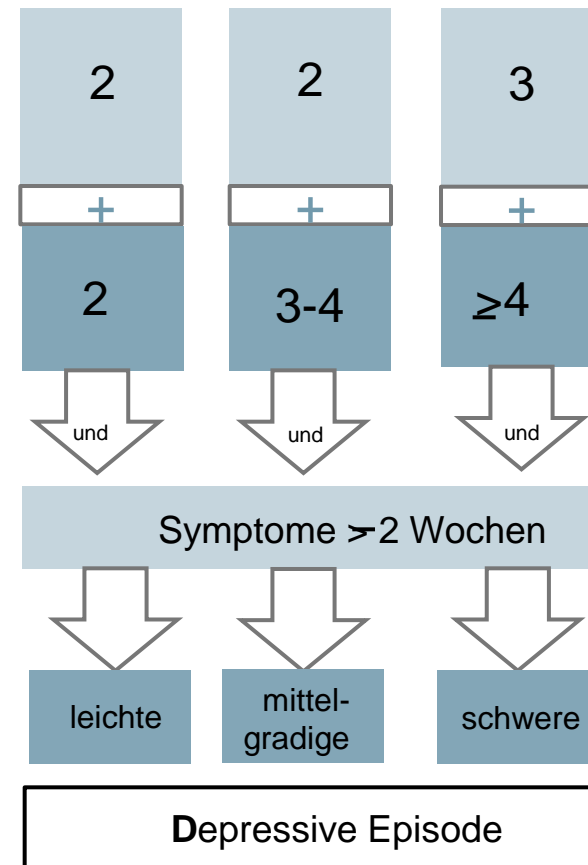
ICD-10-Kriterien „Depression“

Hauptsymptome

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessensverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit



Differenzialdiagnostik

Panikstörung	„Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich von starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?“
Generalisierte Angststörung	„Haben Sie sich schon einmal über mindestens einen Monat oder länger ängstlich, angespannt und voll ängstlicher Besorgnis gefühlt?“
Soziale Phobie	„Hatten Sie jemals unbegründete Ängste, mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?“
Agoraphobie	„Litten Sie jemals unter unbegründeten Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?“
Posttraumatische Belastungsreaktion	„Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis erlebt, unter dessen Nachwirkungen Sie monatelang litten?“
Spezifische Phobie	„Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründeten Angst vor besonderen Situationen, Gegenständen oder Tieren litten?“

Differenzialdiagnostik

Zwangsstörung	„Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten?“
Manische oder hypomanische Episoden	„Waren Sie jemals über mehrere Tage ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?“
Essstörung	„Haben Sie sich jemals über mehrere Monate hinweg große Sorgen darüber gemacht, wie viel Sie essen, zu dick zu sein oder zuzunehmen?“
Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit	„Gab es einmal eine Zeit in ihrem Leben, in der Sie fünf oder mehr Gläser Alkohol pro Tag getrunken haben?“
Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit	„Haben Sie schon mehrmals Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung oder in höherer Dosierung eingenommen?“
Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit	„Haben Sie in Ihrem Leben schon mehrmals irgendwelche Drogen wie z.B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin eingenommen?“



Suizidalität

- Suizidrisiko bei depressiv Erkrankten etwa 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung
- Wichtig: Patienten aktiv und empathisch im Rahmen der Erstdiagnostik zur Suizidalität explorieren
- Auch im weiteren Verlauf regelmäßige Erfassung



Suizidalität

- Die Abschätzung des Suizidrisikos sollte durch Erfragen von Risikomerkmale vorgenommen werden:
 - „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“
 - „Häufiger?“
 - „Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?“
 - „Konnten Sie diese Gedanken beiseiteschieben?“
 - „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es tun würden?“
 - „Haben Sie Vorbereitungen getroffen?“
 - „Umgekehrt: Gibt es etwas, was Sie davon abhält?“
 - „Haben Sie schon mit jemanden über Ihre Suizidgedanken gesprochen?“
 - „Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?“
 - „Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?“



1. Einführung
2. Diagnostik
3. Therapie
4. Umsetzung der Leitlinien



- *Vertrauensvolle Beziehung aufbauen, realistische Hoffnung vermitteln, Patienten entlasten, verständliche Informationen*

3. THERAPIE

- EINBEZUG VON PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN



Alexianer

Einbezug von Patienten und Angehörigen

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
3-1 Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen soll eine verständliche Sprache verwendet werden. Soweit Fachausdrücke verwendet werden, sollen diese erklärt werden. <i>LoE IV: Expertenkonsens</i>	A
3-2 Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden. <i>LoE IV: Expertenkonsens basierend auf Referenzleitlinie</i>	A
3-3 mod. 2015 Depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden. Dabei können zur Unterstützung evidenzbasierte Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen, beides auf der Grundlage dieser Leitlinie, eingesetzt werden. Wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige. <i>LoE Ib: Metaanalyse, Referenzleitlinien</i>	A

3. THERAPIE

- EINBEZUG VON PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN

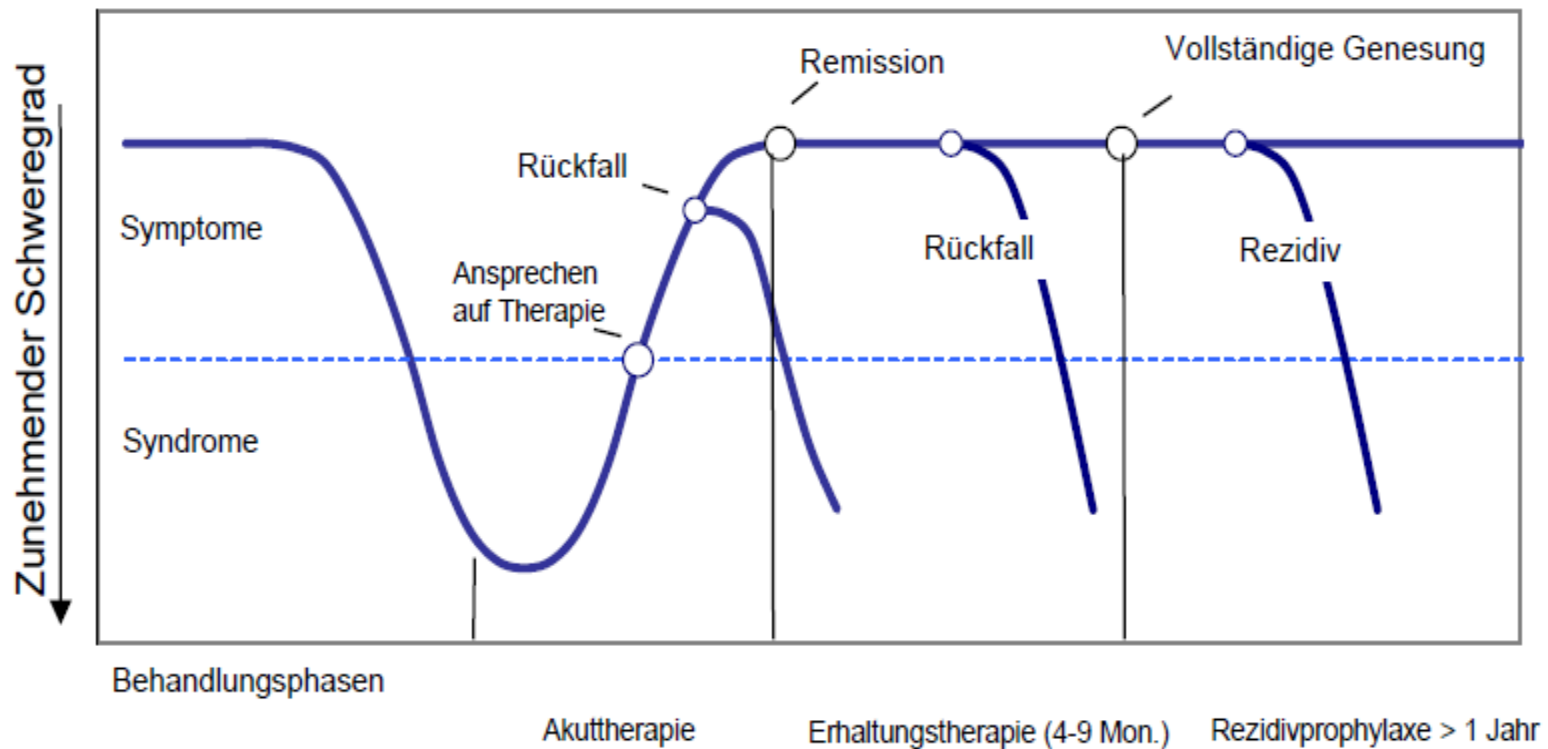


Alexianer

Einbezug von Patienten und Angehörigen

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
3-4 Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus sollte mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden. <i>LoE Ib: Metaanalysen</i>	B
3-5 Psychoedukative Angebote für Betroffene und Angehörige sollten zur Verbesserung des Informationsstands, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie als sinnvolle Ergänzung angeboten werden. <i>LoE Ib: Metaanalysen und RCTs</i>	B

Erkrankungsphasen und Behandlungsabschnitte



3. THERAPIE - MEDIKAMENTE



Alexianer

Antidepressiva – Wirkstoffe gegliedert nach Wirkstoffen mit Angaben zu Dosierung, Plasmaspiegel und Monitoring

Wirkstoff (Wirkstoffgruppe)	Dosierung		Plasmaspiegel	Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)
	Anfangs- dosis [mg/Tag]	Standard- Tagesdosis [mg/Tag]	Serumkonzentration (Talspiegel vor Medikamenteneinnahme) [ng/ml]	Empfehlungsgrad für TDM
Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA) – nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)				
Amitriptylin	25-50	75-300	80-200*	stark empfohlen
Amitriptylinoxid	30-80	75-300	--	--
Clomipramin	25-50	75-250	230-450*	stark empfohlen
Desipramin	25-50	75-250	100-300	empfohlen
Doxepin	25-50	75-300	50-150*	empfohlen
Imipramin	25-50	75-300	175-300*	stark empfohlen
Maprotilin	25-50	75-225	75-130	empfohlen
Nortriptylin	25-50	50-200	70-170	stark empfohlen
Trimipramin	25-50	75-300	150-300	empfohlen

Antidepressiva – Wirkstoffe gegliedert nach Wirkstoffen mit Angaben zu Dosierung, Plasmaspiegel und Monitoring

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)				
Citalopram	20	20-40	50-110	empfohlen
Escitalopram	10	10-20 (bei Patienten > 65 Jahre: 10)	15-80	empfohlen
Fluoxetin	20	20-40	120-500*	empfohlen
Fluvoxamin	50	100-250	60-230	empfohlen
Paroxetin	20	20-40	30-120	hilfreich
Sertralin	50	50-100	10-150	empfohlen
Vortioxetin**	10	10 (5-20)	noch nicht verfügbar	keine Empfehlung
Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren				
Moclobemid	150	300-600	300-1000	hilfreich
Tranylcypromin	10	20-40	≤50	möglicherweise hilfreich

3. THERAPIE - MEDIKAMENTE



Alexianer

Antidepressiva – Wirkstoffe gegliedert nach Wirkstoffen mit Angaben zu Dosierung, Plasmaspiegel und Monitoring

Wirkstoff (Wirkstoffgruppe)	Dosierung		Plasmaspiegel	Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)
	Anfangs- dosis [mg/Tag]	Standard- Tagesdosis [mg/Tag]	Serumkonzentration (Talspiegel vor Medikamenteneinnahme) [ng/ml]	Empfehlungsgrad für TDM
Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)				
Venlafaxin	37,5-75	75-225	100-400*	empfohlen
Duloxetin	30-60	60	30-120	empfohlen
Alpha2-Rezeptor-Antagonisten				
Mianserin	30	60-120	15-70	hilfreich
Mirtazapin	15	15-45	30-80	empfohlen
Selektiver Noradrenalin- und Dopamin-Rückaufnahme-Hemmer				
Bupropion	150	150-300	225-1500*	hilfreich
Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonist				
Agomelatin	25	25-50	7-300 (50 ng/ml 1-2 Std. nach letzter Einnahme)	möglicherweise hilfreich
Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker				
Tianeptin	37,5	37,5	keine Angabe	keine Empfehlung
*: Antidepressivum mit antidepressiv wirksamem ersten Metaboliten. Die Angabe zur empfohlenen Serumkonzentration bezieht sich auf die Summe aus Wirkstoff und erstem Metaboliten.				
**: Vortioxetin ist ein SSRI mit zusätzlicher Aktivität an postsynaptischen Serotonin-Rezeptoren (5-HT-Rez.): agonistisch an 5-HT _{1A} -Rez., partialagonistisch an 5-HT _{1B} -Rez., antagonistisch an 5-HT _{1D} -, 5-HT ₃ - und 5-HT ₇ -Rezeptoren.				

3. THERAPIE - MEDIKAMENTE



Alexianer

Weitere zur Behandlung der Depression eingesetzte Arzneimittel mit Angabe zu Dosierung, Plasmaspiegel und Monitoring

Wirkstoff (Wirkstoffgruppe)	Dosierung		Plasmaspiegel	Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)
	Anfangsdosis [mg/Tag]	Standard- Tagesdosis [mg/Tag]	Serumkonzentration [ng/ml]	Zusammenhang zwischen Serumspiegel und klinischer Wirkung
Nichtklassifizierte Antidepressiva				
Trazodon	50-100	200-400	650-1.500	nachgewiesen
Lithiumsalze	Ausschließlich anhand des Plasmaspiegels dosieren. Übliche Anfangsdosis: 8-12 mmol/Tag	Zielwert: 0,6-0,8 mmol/l	s. links	sehr hoch
Phytopharmaka				
Hypericum perforatum (Johanniskraut)	Unsicherheit bezüglich des Wirkmechanismus und des verantwortlichen Wirkstoffes. Dosierung unsicher wegen schwankender Wirkstoffkonzentrationen der pflanzlichen Zubereitung. Angeboten werden 500-1.000 mg Trockenextrakt.			

Wirksamkeit von Antidepressiva

- Viele randomisierte und Placebo-kontrollierte klinische Studien sowie Metaanalysen
- Wirksamkeitsnachweis: Dauer bis maximal 12 Wochen, Responderrate zwischen 50% und 60%, bei Placebo Responderraten von 25% bis 35%
- **Wirksamkeit der Antidepressiva überschätzt?**

Wirksamkeit von Antidepressiva

Bei leichten Depressionen:

- Unterschied zwischen Placebo und Antidepressiva statistisch nicht nachweisbar
- 2 neuere Metaanalysen: Überlegenheit von Antidepressiva über Placebo in Abhängigkeit von der Schwere der Depression – je schwerer desto wirksamer

Bei mittelschweren bis schweren Depressionen:

- Wirksamkeitsunterschied zwischen Antidepressiva und Placebo ist ausgeprägt
- Circa 2 Drittel der mit Antidepressiva behandelten Patienten respondieren

Wirksamkeit von Antidepressiva

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p>3-7 mod. 2015 Hält die Symptomatik einer leichten depressiven Episode nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über eine Intensivierung der Behandlung gesprochen werden. Als Behandlungsmöglichkeiten stehen beispielsweise zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beratung (Counselling)• Psychoedukativ-supportive Gespräche• Qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, z.B. Selbsthilfebücher/Online-Programme• Problemlöseansätze (Problem-solving)• Psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung bzw. psychosomatische Grundversorgung <p><i>LoE IV: Expertenkonsens basierend auf Referenzleitlinie</i></p>	0
<p>3-8 Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.</p> <p><i>LoE Ib: Metaanalysen</i></p>	B



Wirksamkeit von Antidepressiva

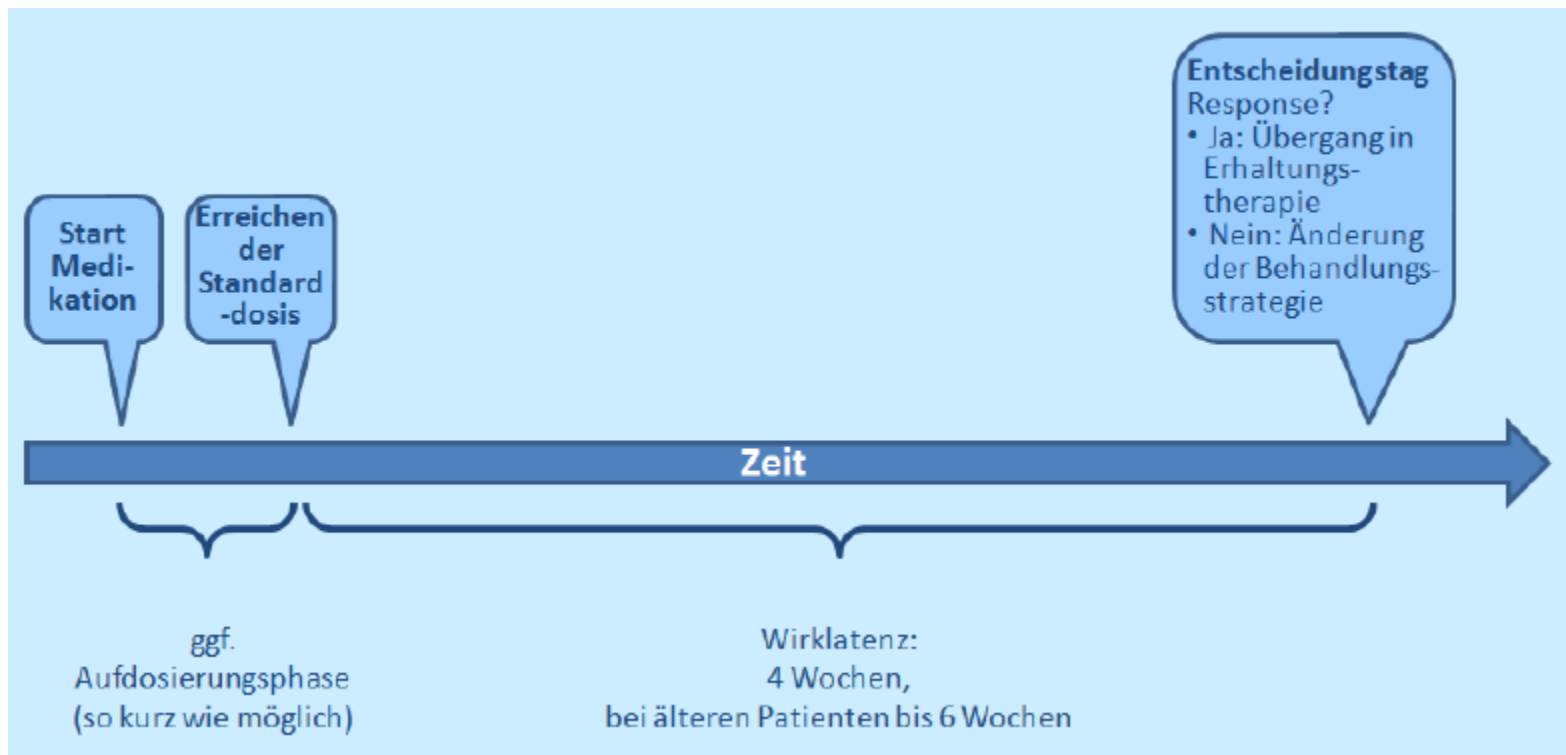
Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p>3-9 mod. 2015 Für einen Einsatz von Antidepressiva bei einer leichten depressiven Episode können u.a. sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Wunsch/Präferenz des Patienten• Positive Erfahrung des Patienten mit gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie in der Vergangenheit• Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen• Episoden mittelgradiger oder schwerer Depression in der Vorgeschichte des Patienten <p><i>Expertenkonsens</i></p>	KKP
<p>3-10 Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode soll Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden. <i>LoE Ia: Metaanalysen</i></p>	A



Wirksamkeit von Antidepressiva

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p>3-11 Bei akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden. <i>LoE Ia: Metaanalysen und RCTs</i></p>	A

Zeitlicher Ablauf des Beginns einer antidepressiven Pharmakotherapie





Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren

- Elektrokonvulsive Therapie (EKT)
- Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)
- Lichttherapie
- Körperliches Training
- Repetitive transkranielle Magnetstimulation

Psychotherapie

- Psychotherapie stellt sich in der Depressionsbehandlung vielgestaltig dar – bedarf daher einer präzisierenden wissenschaftlichen Definition
- Psychotherapie ist die Behandlung auf der Basis einer Einwirkung von überwiegend psychologischen Mitteln (Nach Strotzka, Definition des wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie)
- Viele Studien belegen die psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen als generell wirksam
- Zahlreiche Reviews belegen: Psychotherapie, die speziell auf die Depression abgestimmt wird (z.B. kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapie) werden gleichwirksam wie Antidepressiva beschrieben

Wirkfaktoren der Psychotherapie

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
3-40 Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt. <i>LoE Ib: Metaanalyse</i>	B

- Die Qualität der therapeutischen Beziehung trägt signifikant zur Erklärung positiver Therapieeffekte bei und wird als einer der wichtigsten und am besten abgesicherte allgemeine Wirkfaktor der Psychotherapie betrachtet.
- Dies beinhaltet eine akzeptierende, offen und aktiv zuhörende und mitfühlende Arbeitsbeziehung zu etablieren, die dazu beiträgt Gefühle von Wertlosigkeit und Demoralisierung seitens des Patienten zu lindern sowie soziale Unterstützung zu gewähren.

Wirkfaktor Ressourcenaktivierung

- Individuelle Merkmale und Eigenschaften werden als positive Ressource für das therapeutische Vorgehen genutzt

Wirkfaktor Problemaktualisierung

- Schwierigkeiten, die in der Therapie verändert werden sollen, werden dem Patienten unmittelbar erfahrbar gemacht.
- z.B. in realen Situationen (Verhaltenstherapie)
- z.B. indem Personen in die Therapie einbezogen werden (Familien- und Paartherapie)
- z.B. die therapeutische Beziehung und die in ihr auftretende Konflikte und Gefühle genutzt werden (psychodynamische/psychoanalytische Therapie)

Wirkfaktor Problembewältigung

- Patienten werden unterstützt, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit ihren Problemen im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung zu machen.

Wirkfaktor motivationale Klärung

- Förderung der Einsicht in konflikthafte Erleben und Verhalten, Förderung von Introspektion und Selbstreflexion, Konfrontation mit und Deutung von Abwehrmechanismen, Hinweis auf und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen und Beziehungsmustern.

Therapeutenvariabel:

- Therapeuten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeit, ihrer Werte und ihrer Auffassung etwa darüber, wie depressive Störungen entstehen und behandelt werden können – dies beeinflusst das Behandlungsergebnis.



Verhaltenstherapie (Richtlinie)

Kognitive Störung legt zugrunde:

- Das Denken bezüglich des Selbst, der Welt und der Zukunft ist durch automatisch, sich wiederholende negative Gedankenketten bestimmt.
- Die kognitiven Verzerrungen sind einseitig übertrieben, ausgelöst durch Verlusterlebnisse, traumatischer Ereignisse, Erfahrung der Nicht-Kontrollierbarkeit und anderer Belastungen in der Lebensgeschichte.
- Veränderung der dysfunktionalen Einstellung und Denkschemata
- Patient wird angeleitet seine auf Selbstabwertung beruhende Selbstkonzepte und Gedankenketten und deren Verhaltenskonsequenzen zu erkennen, neu zu überprüfen und alternative Denk- und Verhaltensmuster auszuprobieren.



Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie

- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)
- Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie



Psychodynamische Psychotherapie (Richtlinie)

- Depressionen werden durch Verlust und Kränkungerlebnisse ausgelöst, die wegen einer konflikthafter inneren Situation nicht angemessen verarbeitet werden können.
- Hintergrund ist oft ein unsicheres Bindungserleben als Folge kindlicher Traumatisierung und Belastung einhergehend mit übermäßiger Abhängigkeit von anderen Personen oder auch Nähe-Angst
- Förderung der Einfühlung des inneren Erlebens und dessen Verbalisierung, wieder lebendig machen, unbewusste Konflikte im hier und jetzt und sie damit versteh- und bearbeitbar machen.
- Im tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapiesetting Bewusstmachung der Konflikte, Nutzung und Stärkung vorhandener Fähigkeiten, zunehmende Einsicht in ihre inneren Konflikte



Weitere Psychotherapieverfahren

- Systemische Therapie
- Interpersonelle Psychotherapie
- Psychotherapie in Gruppen
- Paartherapie

Psychotherapie als Akuttherapie bei leichter und mittelschwerer Depression

	Studientyp	Ergebnisse
Kognitive Verhaltenstherapie	Metaanalysen	KVT > AD, andere Therapieverfahren [736; 827; 828] KVT = AD [878] KVT = ACT [837] KVT > Wartegruppe [834] KVT = AD [829] KVT = IPT, Supp. PT [830] KVT > STPP [830] KVT = STPP [832]; bei (Follow-up) [847]
	Review	KVT ≥ AD [865]
	RCTs ^a	KVT ≥ AD [219; 220; 432; 808; 878-882]
Interpersonelle Psychotherapie	Metaanalyse	IPT > AD [866] IPT > KVT [866] IPT+AD = IPT [867] IPT > Kontrolle [867] IPT > Supp. PT [834] IPT > Wartegruppe [834]
	Review	IPT = AD, KVT [865]
	RCTs ^a	IPT = KVT [432] IPT + AD > AD + CM [883] IPT = AD [883; 884] IPT > TAU [884]

Psychotherapie als Akuttherapie bei leichter und mittelschwerer Depression

Psychodynamische Kurzzeittherapie	Metaanalysen	STPP > TAU (verschiedene Störungen) [842; 845]^b STPP > Kontrolle [834; 847] STPP < KVT [847] Behandlungsende [830] STPP = KVT (Follow-up) [847] STPP = KVT [832]
	RCTs	STPP = KVT [885] SPSP + AD > AD [583; 886] STPP + AD = STPP [581]
Analytische Langzeitpsychotherapie	RCT	Psychodynamische Langzeittherapie > Psychodynamische Kurzzeittherapie, Lösungsorientierte Therapie nach 3 Jahren [860; 861]
Gesprächspsychotherapie	RCTs	GPT = KVT [794; 871; 887] GPT > TAU [871]

a: Diese RCTs wurden lediglich zur Differenzierung der Ergebnisse aus Metaanalysen und Reviews aufgenommen; sie bilden die Evidenz aus RCTs nicht vollständig ab.

b: [842] umfasst nicht alleine Studien mit depressiven Patienten. Die Metaanalysen [841] und [840] wurden in dieser Tabelle nicht integriert, weil beide Arbeiten Studien zur IPT in die Analyse aufgenommen haben.



Psychotherapie als Akuttherapie bei schwerer Depression

	Studientyp	Ergebnisse
Kognitive Verhaltenstherapie	Metaanalysen	KVT = AD [737] KVT + AD > KVT [576; 577; 888] KVT + AD > AD [576; 577]
	RCT	KVT = AD [888] (bei erfahrenen Therapeuten)
Interpersonelle Psychotherapie	Metaanalysen	IPT + AD > IPT [576; 577] IPT + AD > AD [576; 577]
	RCT	IPT < AD + CM [889] IPT > Placebo [889]



Unterstützende Therapieverfahren und therapeutische Maßnahmen

- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Häusliche psychiatrische Krankenpflege



1. Einführung
2. Diagnostik
3. Therapie
4. Umsetzung der Leitlinien



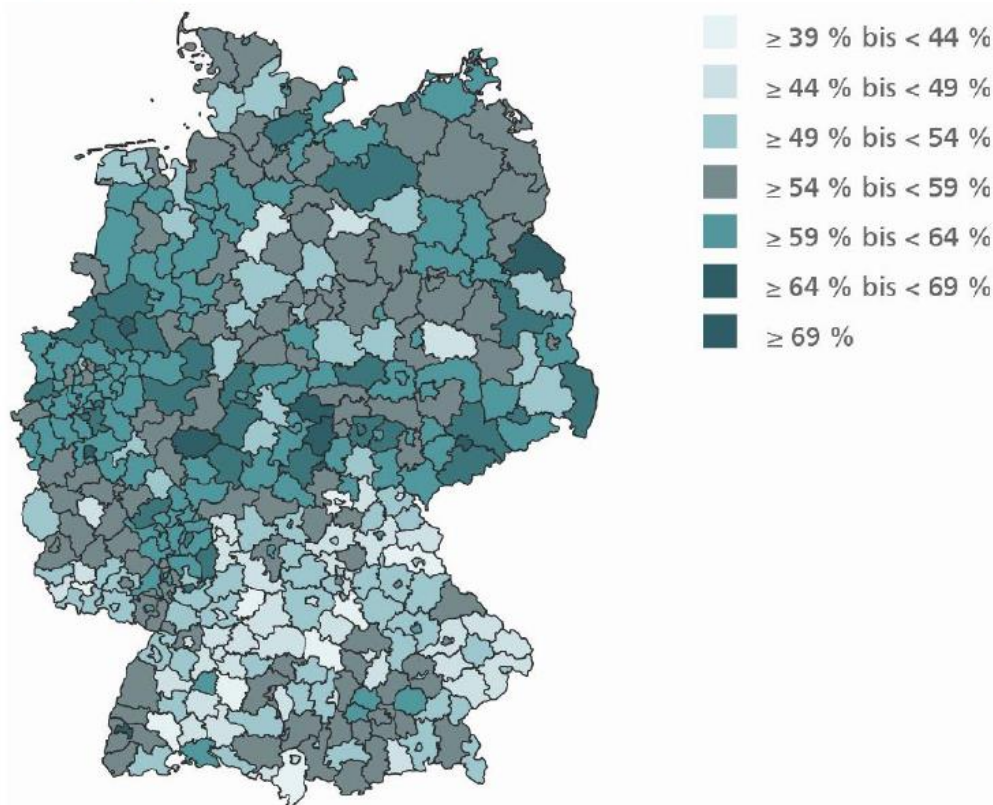
Faktencheck Gesundheit

Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen



Regionale Verteilung des Anteils der leitlinienorientiert behandelten mittelgradigen und schweren Depressionen und Dystymie

Angegeben ist die Rate der ausreichend behandelten Versicherten mit mittelgradiger und schwerer Depression und Dystymie im Verhältnis zu allen Versicherten mit den eingegrenzten Depressionsdiagnosen in 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

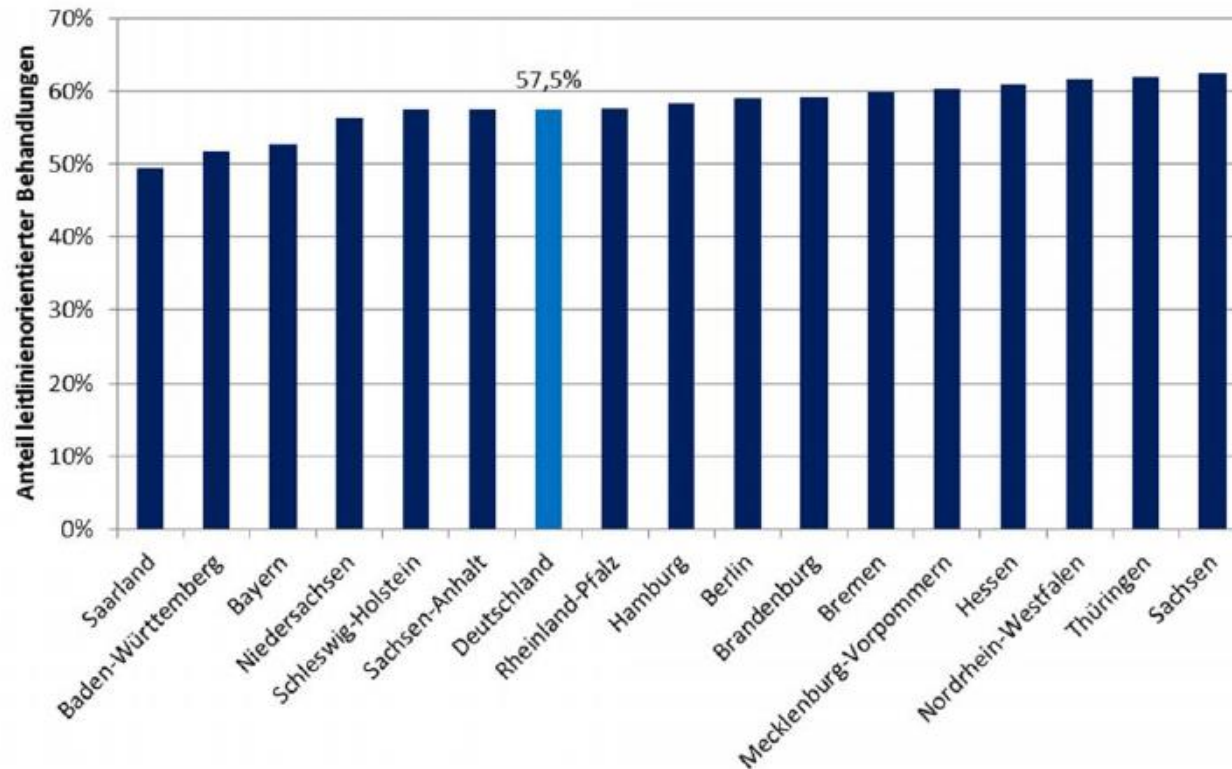
4. UMSETZUNG DER LEITLINIEN



Alexianer

Anteil leitlinienorientiert behandelter mittelgradiger, schwerer und dysthymier Depressionen nach Bundesland

Angegeben ist die Rate der ausreichend behandelten Versicherten mit mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie im Verhältnis zu allen Versicherten mit den eingegrenzten Depressionsdiagnosen in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen

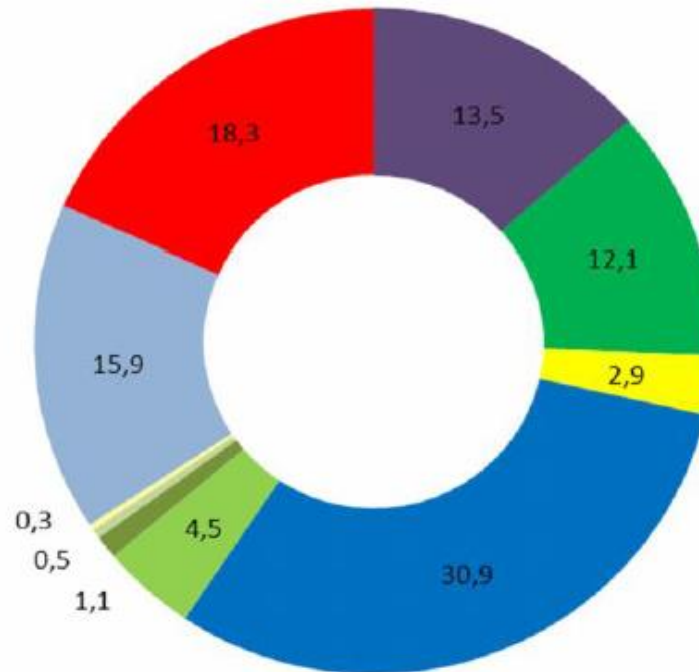
Frage	Diagnose	Empfehlungen aus Leitlinie	Indikator für Leitlinienabweichung	Hinweis auf
2a	Leichte Depression ohne psychische Komorbidität	Aktiv-abwartende Begleitung, ggf. Einleitung einer Psychotherapie	Vorrangige Therapie mit Antidepressiva	Fehlversorgung
2b	Leichte / mittelgradige Depression ohne psychische Komorbidität	Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum)	Stationäre Behandlung	Fehl- und Überversorgung
2c	Mittelgradige und schwere Depression und Dysthymie	Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum), mind. eine der beiden Therapien ist indiziert	Weder ausreichende Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) noch stationäre Behandlung	Unterversorgung
2d	Schwere Depression	Kombinationsbehandlung aus Antidepressivum und Psychotherapie	Keine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) oder stationäre Behandlung	Unterversorgung
2e	Chronifizierte Depression	Kombinationsbehandlung aus Antidepressivum und Psychotherapie	Keine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) oder stationäre Behandlung	Unterversorgung

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014), [vgl. 7] .

Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei schwerer Depression, 2011

Anteile in %

- stationär
- Kombi (PT+/AD+)
- PT Mono+
- AD Mono+
- Kombi (PT+/AD-)
- Kombi (PT-/AD+)
- Kombi (PT-/AD-)
- PT Mono-
- AD Mono-
- ohne Behandlung



- Nur 25,6% erhielt nach Leitlinie eine angemessene, empfohlene Behandlung
- 18,3% erhielt keine der analysierten Behandlungsformen

stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

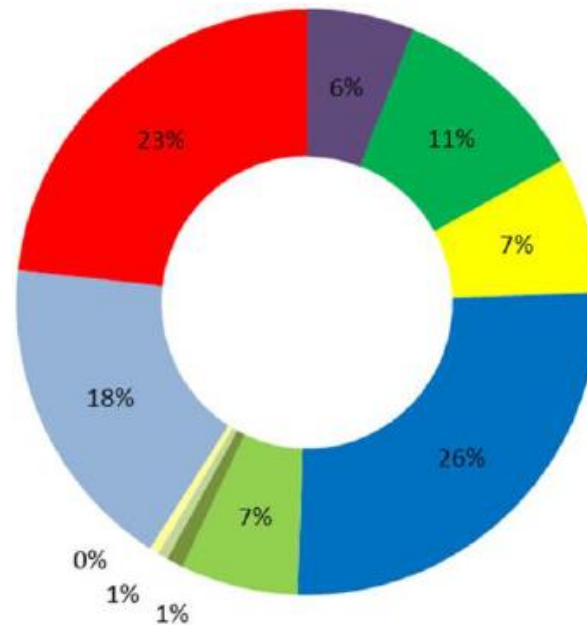
Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

4. UMSETZUNG DER LEITLINIEN

Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie, 2011

Anteile in %

- stationär
- Kombi (PT+/AD+)
- PT Mono+
- AD Mono+
- Kombi (PT+/AD-)
- Kombi (PT-/AD+)
- Kombi (PT-/AD-)
- PT Mono-
- AD Mono-
- ohne Behandlung



stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

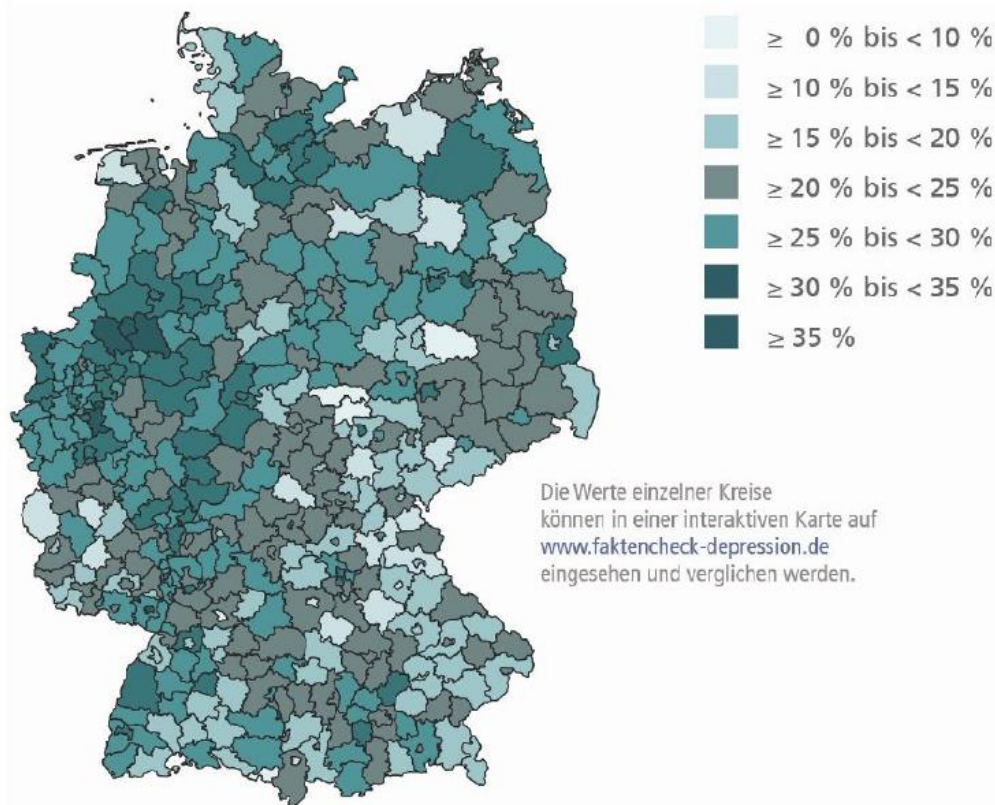
4. UMSETZUNG DER LEITLINIEN



Alexianer

Regionale Verteilung des Anteils der leitlinienorientiert behandelten schweren Depressionen, 2011

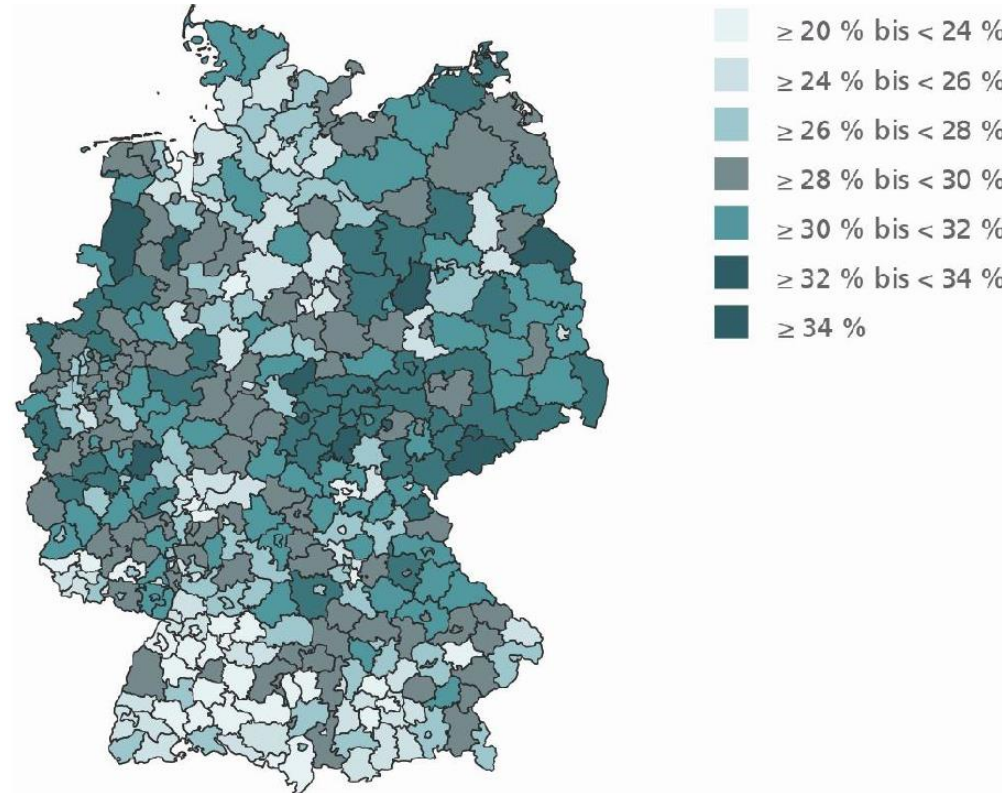
Angegeben ist die Rate der leitlinienorientiert behandelten Versicherten mit der Diagnose einer schweren Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit schwerer Depressionsdiagnose in 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Regionale Verteilung der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis bei Depressionsdiagnosen, 2011

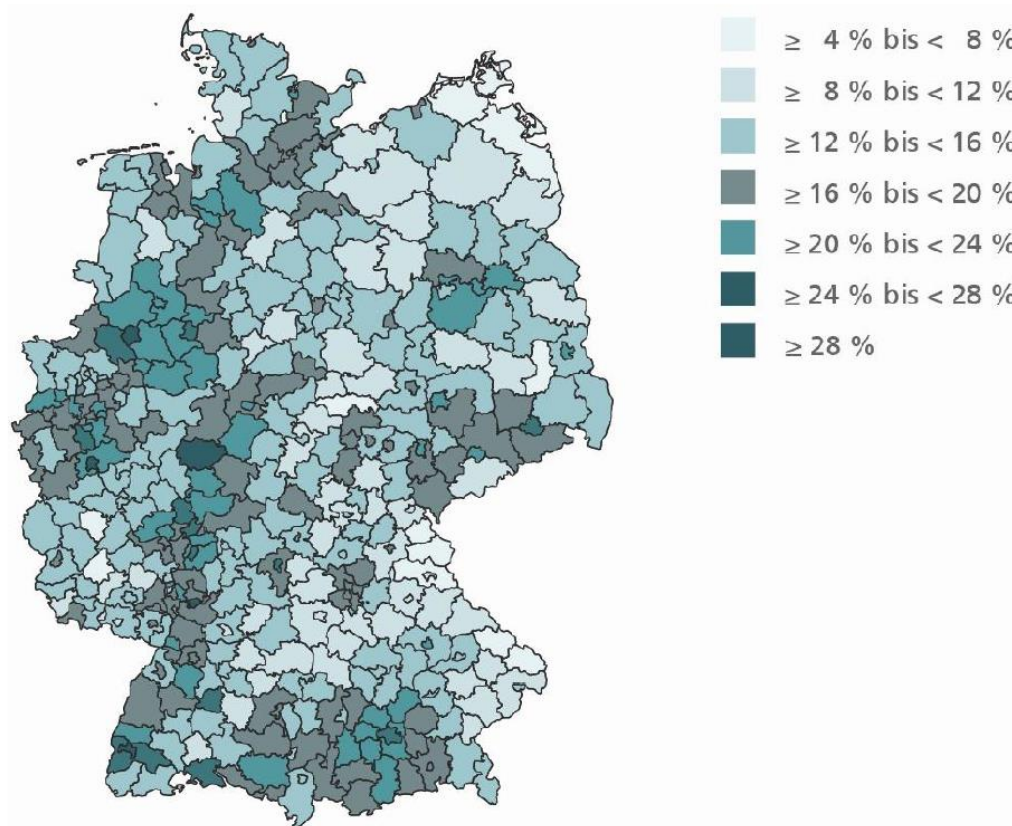
Angegeben ist die Rate der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011 und Antidepressiva-Verordnungen von ≥ 273 DDD zwischen dem 1.1.2010 und dem 31.12.2012 im Verhältnis zu allen Versicherten mit Depressionsdiagnose 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Regionale Verteilung der psychotherapeutischen Behandlungsraten mit entsprechender Mindestdauer bei Versicherten mit einer Depressionsdiagnose, 2011

Angegeben ist die Rate der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011 und Psychotherapie-Abrechnung in mindestens zwei Quartalen zwischen dem 1.1.2010 und dem 31.12.2012 im Verhältnis zu allen Versicherten mit Depressionsdiagnose 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).



Verbesserungsansätze und Handlungsempfehlungen

Betroffene und Angehörige

- Psychische Erkrankungen sind immer noch stigmatisiert – die Scham über psychische Probleme zu sprechen und diese als Erkrankung anzuerkennen, stellt auch heute noch eine relevante Barriere auf dem Weg zur adäquaten Versorgung
- Verstärkte Aufklärung und Entstigmatisierung
- Informationen, welche evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten und Entscheidungschancen es gibt, welche Behandler und Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen
- Stärkung der Patientenbeteiligung bei der Entscheidung und gemeinsame Entscheidungsfindung



Verbesserungsansätze und Handlungsempfehlungen

Behandler

- Qualitätsverbesserung der Diagnosestellung und Kodierung insbesondere von spezifizierten Depressionsdiagnosen
- Abbau der Hürden bei der Leitlinienimplementierung
- Weiterqualifizierung der Behandler und Verbesserung der Grundausbildung der angehenden Ärzte
- Strukturierte und verpflichtende Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Kliniken



Verbesserungsansätze und Handlungsempfehlungen

Forschung

- Verstärkte Förderung der Versorgungsforschung, um die Komplexität der Versorgung mit Unter-, Über- und Fehlversorgung zu analysieren
- Fachverbände und politische Entscheidungsträger

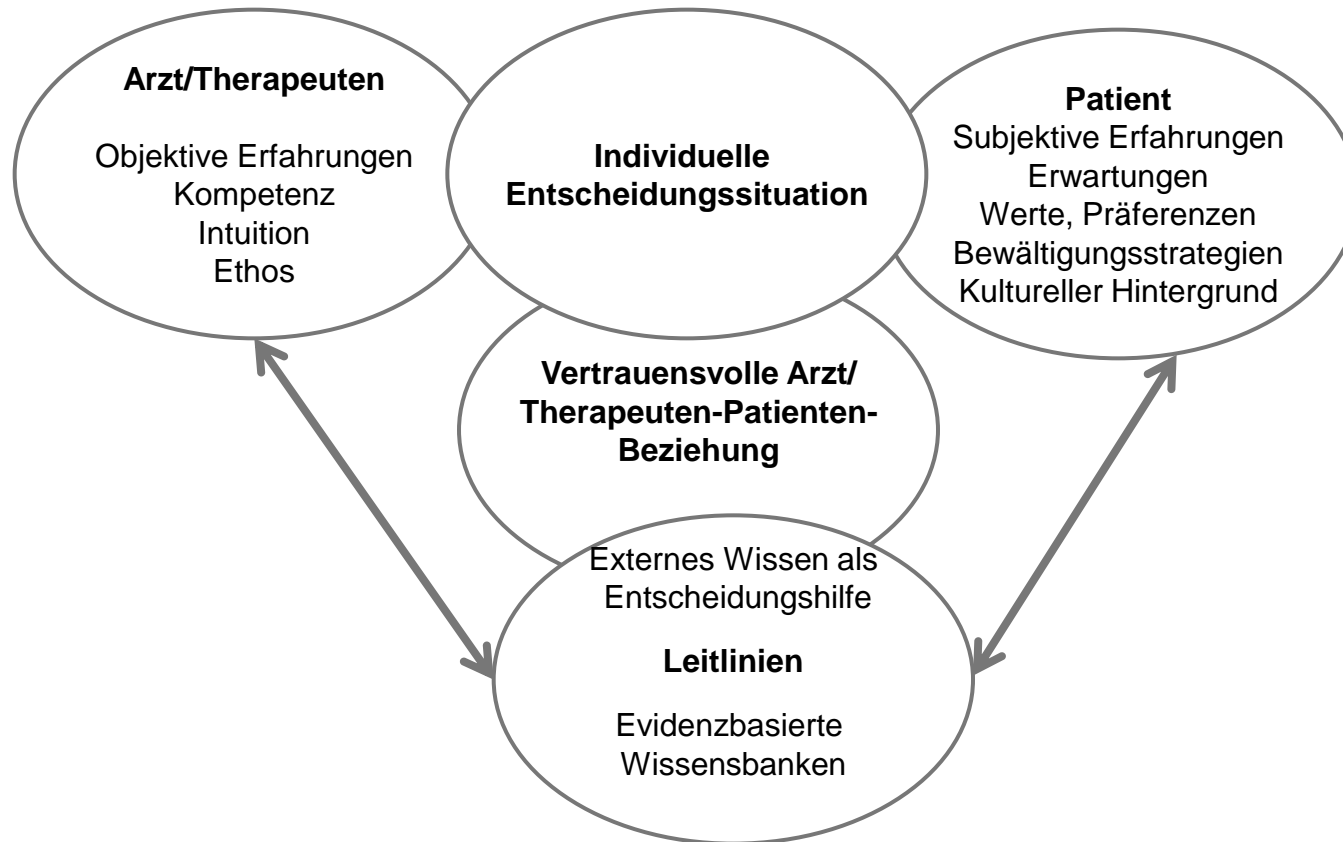


Verbesserungsansätze und Handlungsempfehlungen

- Reform der Bedarfsplanung
- Förderung innovativer Versorgungsprojekte, sektorenübergreifender Versorgungsformen
- Positionierung der Fachgesellschaften zur Identität von Psychiatrie und Psychotherapie: therapeutische Beziehung der wesentliche Wirkfaktor in Diagnostik und Therapie (Task Force Identität der DGPPN)
- 2006 Maßnahmen zum nationalen Gesundheitsziel „depressiver Erkrankungen: verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“



Gute Medizin/Therapie ist die Verbindung von externer Evidenz der Zahlen und der internen Evidenz der individuellen Patientengeschichte





Alexianer



Vielen Dank für
die
Aufmerksamkeit!

**In necessariis unitas;
In dubiis libertas;
In omnibus caritas.**

**Im Notwendigen die Einheit;
Im Zweifel die Freiheit;
In allem die Liebe.**