

 DGPPN



DGPPN
BÄK · KBV · AWMF *Hrsg.*

Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression

2. Auflage

S3 Leitlinie

Nationale VersorgungsLeitlinie **Unipolare Depression**

DGPPN
BÄK, KBV, AWMF

S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie

Unipolare Depression

2. Auflage

AWMF-Register-Nr.: nvl-005

Redaktion:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Dr. med. Susanne Schorr, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin
Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik, Uniklinik RWTH Aachen sowie Institut für Neurowissenschaften
und Medizin, Forschungszentrum Jülich

Ergänzungen und Modifikationen der Leitlinie sind über die Webseite
www.depression.versorgungsleitlinien.de zugänglich.

Bitte beachten Sie, dass nur die unter www.versorgungsleitlinien.de enthaltenen Dokumente
des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien durch die Träger des NVL-Programms
autorisiert und damit gültig sind. Bei NVL-Dokumenten, die Sie von anderen Webseiten be-
ziehen, übernehmen wir keine Verantwortung für deren Gültigkeit.

ISBN 978-3-662-52905-8 978-3-662-52906-5 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-52906-5

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte
bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde),
BÄK, AWMF, KBV 2010, 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht aus-
drücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt
insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspei-
cherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk be-
rechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der
Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann
benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in
diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die
Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes,
etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Germany

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Herausgeber der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde



Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)



Bundesärztekammer



Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPk)



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)



Kassenärztliche Bundesvereinigung



Bundespsychotherapeutenkammer (beratend) (BpTK)



Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)



Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften



Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAGSHG)



Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von



Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionsstationen) (BDK)



Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)



Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)



Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)



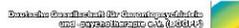
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG)



Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)



Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)



Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGP)



Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)



Stiftung Deutsche Depressionshilfe



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



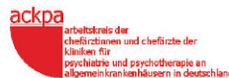
Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen



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



Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV)



Arbeitskreis für Chefarztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)



Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)



Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)



Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)

Impressum

Herausgeber

Die Leitlinie *Unipolare Depression* wurde von der **Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)** als S3-Leitlinie initiiert und koordiniert und wird gemeinsam von den beteiligten Organisationen inklusive Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der DGPPN als kombinierte S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie herausgegeben.

Verantwortliche Organisationen

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	www.dgppn.de	Federführung für S3-Leitlinie
Bundesärztekammer (BÄK)	www.baek.de	
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern		
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	www.kbv.de	
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	www.awmf-online.de	
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	www.akdae.de	
Bundespsychotherapeutenkammer (beratend) (BPtK)	www.bptk.de	
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)	www.bapk.de	
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)	www.dag-selbsthilfegruppen.de	
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	www.degam.de	
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	www.dgpm.de	
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	www.dgps.de	
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	www.dgrw-online.de	

Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von

Arbeitskreis für Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)	www.ackpa.de
Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionsstationen) (BDK)	www.bdk-deutschland.de
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)	www.bdp-verband.org
Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)	www.bpm-ev.de
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)	www.bv-nervenarzt.de
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)	www.bv-psychiater.de
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)	www.bvvp.de
Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen (CPKA)	www.cpkaf.de
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)	www.daevt.de
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)	www.dft-online.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)	www.dggpp.de
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)	www.dgpt.de
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)	www.dgvt.de
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)	www.dpg-psa.de
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)	www.dpv-psa.de
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)	www.dpvtv.de
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)	www.verhaltenstherapie.de
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG)	www.gwg-ev.org
Stiftung Deutsche Depressionshilfe	www.deutsche-depressionshilfe.de

Verantwortlich für die S3-Leitlinie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), vertreten durch Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Uniklinik RWTH Aachen) und Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie).

Koordination und Redaktion

Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Dr. phil. Alessa Jansen, PD Dr. phil. Levente Kriston – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
 Prof. Dr. Stefan Leucht – Klinikum rechts der Isar, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU-München
 Prof. Dr. Mathias Berger – Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Methodische Unterstützung des Koordinations- und Redaktionsteams und Moderation

Dr. med. Monika Nothacker – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
 Dr. med. Carmen Khan (bis Januar 2015), Dr. Susanne Schorr, Corinna Schaefer (ab Januar 2015) – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Verantwortlich für die Nationale VersorgungsLeitlinie

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
 (Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung) im Auftrag von BÄK, KBV, AWMF

KORRESPONDENZ

ÄZQ – Redaktion Nationale VersorgungsLeitlinien
 TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
 Tel.: 030-4005-2508 – Fax: 030-4005-2555
 E-Mail: versorgungsleitlinien@azq.de
 Internet: www.versorgungsleitlinien.de
 – *Kommentare und Änderungsvorschläge bitte nur an diese Adresse –*

GÜLTIGKEITSDAUER UND FORTSCHREIBUNG

Die 2. Auflage der NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression wurde am 16. November 2015 durch die Träger des NVL-Programms verabschiedet und ist bis zur nächsten Überarbeitung bzw. spätestens bis November 2020 gültig.

Verantwortlich für die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Disseminierung ist das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) gemeinsam mit der Leitlinien-Kommission der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Fassungen der Leitlinie

In der vorliegenden Fassung der S3-Leitlinie/NVL **Unipolare Depression** ist die Langfassung und der Leitlinienreport enthalten. Weitere Fassungen und ergänzende Materialien sind unter www.depression.versorgungsleitlinien.de verfügbar.

EXPERTENKOMITEE (ALPHABETISCH)

Mitglieder der NVL-Steuergruppe

Dr. med. Ingrid Bräunlich (BApK)

Prof. Dr. med. Tom Bschor (AkdÄ)

Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH (DEGAM)

Prof. Dr. phil. Martin Hautzinger (Vertretung: Prof. Dr. sc. hum. Christine Kühner) (DGPs)

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat (DAG SHG)

Prof. Dr. phil. Rainer Richter (BPtK)

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg (DGPM)

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider (DGPPN)

Prof. Dr. phil. Holger Schulz (DGRW)

Mitglieder der Konsensgruppe

Dr. Frank Bergmann (BVDN)

Prof. Dr. Heinz Böker (DPV)

Prof. Dr. Matthias Franz (DPG)

Prof. Dr. Hans Gutzmann (DGGPP)

Dr. Christian Kieser (ACKPA)

Dipl.-Psych. Christa Leiendecker (DGPT)

Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer (GwG)

Dr. Herbert Menzel (BPM)

Dr. Wolfgang Merkle (CPKA)

Dipl.-Psych. Rudi Merod (DGVt)

PD Dr. Thomas Messer (DÄVT)

Inge Neiser (BDP)

Dr. Cornelia Rabe-Menssen (DPtV)

Prof. Dr. Peter Schönknecht (Stiftung Deutsche Depressionshilfe)

Prof. Dr. Ulrich Schweiger (DVT)

Dr. Regine Simon (BVVP)

Prof. Dr. Karin Tritt (DFT)

Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf (BDK)

Dr. Christian Vogel (BVDP)

Weitere Autoren

Neben den Mitgliedern der Steuergruppe haben außerdem folgende Experten an einzelnen Kapiteln mitgewirkt:

Prof. Dr. Harald Baumeister, Freiburg/Ulm (somatische Komorbidität)

PD Dr. Isaac Bermejo, Freiburg (transkulturelle Aspekte)

Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim (psychische Komorbidität)

Prof. Dr. Michael Grözinger, Aachen (EKT)

Prof. Dr. Ute Habel, Aachen (zyklusassozierte Störungen)

Dipl.-Psych. Timo Harfst, Berlin (systemische Therapie)

Dr. Karsten Henkel, Aachen (körperliches Training)

Prof. Dr. Michael Hüll, Freiburg/Emmendingen (Pharmakotherapie im Alter)

Ramona Meister, MSc, Hamburg (Nebenwirkungen in der Psychotherapie)

PD Dr. Frank Padberg, München (TMS)

Prof. Dr. Ingo Vernaleken, Aachen (somatische Komorbidität)

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der VersorgungsLeitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der NVL-Redaktion mitgeteilt werden.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In dieser VersorgungsLeitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der NVL-Redaktion unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der NVL-Redaktion reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Inhaltsverzeichnis

Methodik	1
Einführung	2
Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten	3
Zielsetzung	3
Adressaten und Anwendungsbereich	3
Zusammensetzung des Leitlinien-Gremiums	4
Konsensgruppe	5
Steuergruppe	7
Koordinationsteam	7
Patientenbeteiligung bei der Leitlinien-Entwicklung	8
Schlüsselfragen	8
Quellen/Auswahl und Bewertung der Evidenz	8
Quell-Leitlinien	8
Systematische Suche nach aggregierter Evidenz im Rahmen der Aktualisierung	9
Evidenz- und Empfehlungsgrade	10
Empfehlungsformulierung, formale Konsensfindung	12
Methodenkritische Aspekte	12
Externe Begutachtung	17
Finanzierung und redaktionelle Unabhängigkeit	18
Gültigkeit der NVL, Zuständigkeit für die Aktualisierung	18
Gültigkeitsdauer und Fortschreibung	18
Verantwortlichkeit für die Aktualisierung	18
Umgang mit Interessenkonflikten	18
1 Grundlagen	19
1.1 Begriff der Depression	20
1.2 Deskriptive Epidemiologie	20
1.2.1 Prävalenz und Inzidenz	20
1.2.2 Epidemiologische Zusammenhänge zu soziodemographischen Faktoren	21
1.2.3 Komorbide psychische Störungen	23
1.2.4 Komorbide somatische Erkrankungen	24
1.2.5 Folgewirkungen depressiver Störungen	25
1.3 Ätiopathogenese und Risikofaktoren	28
1.4 Verlauf und Prognose	30
1.4.1 Allgemeiner Verlauf	30
1.4.2 Einfluss erkrankungs- und patientenbezogener sowie sozialer Faktoren	32
2 Diagnostik	33
2.1 Klassifikation	34
2.1.1 Syndromale Klassifikation	34
2.1.2 Klassifikation nach Schweregrad	35
2.1.3 Klassifikation nach Dauer und Verlauf	35
2.2 Symptomatik und Diagnosestellung gemäß ICD-10	36
2.2.1 Diagnosestellung	36

2.2.2	Diagnose nach ICD-10 – Notwendige diagnostische Maßnahmen	39
2.3	Differenzialdiagnostik	47
2.3.1	Differenzialdiagnostik	47
2.3.2	Suizidalität	49
2.3.3	Diagnostisches Vorgehen bei komorbiden Erkrankungen	50
2.4	Fremdanamnese	51
2.5	Stufenplan der Diagnostik	52
2.6	Verlaufdiagnostik	52
3	Therapie	55
3.1	Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen	57
3.1.1	Aufklärung, allgemeine Behandlungsziele und Wahl der Behandlungsalternative	57
3.1.2	Behandlungsphasen und phasenspezifische Behandlungsziele	58
3.1.3	Einbezug von Patienten und Angehörigen	61
3.2	Versorgungskoordination und Interaktion der Behandelnden	66
3.2.1	Akteure in der Versorgung	66
3.2.2	Stationäre Versorgung	71
3.2.3	Schnittstellen in der Behandlung	72
3.2.4	Komplexe Behandlungskonzepte	75
3.3	Niederschwellige psychosoziale Interventionen	78
3.3.1	Angeleitete Selbsthilfe	78
3.3.2	Technologiegestützte psychosoziale Interventionen	80
3.4	Pharmakotherapie	82
3.4.1	Wirksamkeit und Wirkmechanismen	82
3.4.2	Substanzklassen	85
3.4.3	Vergleichende Wirksamkeit der Substanzklassen	89
3.4.4	Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung	91
3.4.5	Erhaltungstherapie	100
3.4.6	Rezidivprophylaxe	100
3.4.7	Maßnahmen bei Nichtansprechen	102
3.4.8	Pharmakotherapie chronischer Depressionen	110
3.4.9	Einsatz anderer Substanzen	111
3.4.10	Pharmakotherapie bei besonderen Patientengruppen	112
3.5	Psychotherapie	114
3.5.1	Einleitung	114
3.5.2	Ziele und Vorgehen psychotherapeutischer Ansätze	117
3.5.3	Effektivität psychotherapeutischer Verfahren in der Akuttherapie	123
3.5.4	Effektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression	133
3.5.5	Effektivität von Psychotherapie bei älteren Patienten	136
3.5.6	Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie	138
3.5.7	Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie	139
3.5.8	Effektivität von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression	142
3.5.9	Geschlechtsunterschiede in der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren	143
3.6	Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren	145
3.6.1	Elektrokonvulsive Therapie (EKT)	145
3.6.2	Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)	148
3.6.3	Lichttherapie	149

3.6.4	Körperliches Training	151
3.6.5	Neuere nichtpharmakologische therapeutische Möglichkeiten	153
3.6.6	Unterstützende Therapieverfahren und therapeutische Maßnahmen	155
3.7	Therapie bei Komorbidität	156
3.7.1	Depression und komorbide psychische Störungen	157
3.7.2	Depression und komorbide somatische Erkrankungen	165
3.8	Transkulturelle Aspekte depressiver Störungen	179
3.8.1	Ausgangslage	179
3.8.2	Depressive Symptome und Diagnose	180
3.8.3	Somatische und psychosoziale Diagnostik	181
3.8.4	Therapieziele und Therapieplanung	181
3.8.5	Therapeutische Angebote	181
3.9	Behandlung zyklusassoziierter depressiver Störungen	183
3.9.1	Depressionen in der Peripartalzeit	183
3.9.2	Prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS)	191
3.9.3	Depressionen in der Perimenopause	193
3.10	Management bei Suizidgefahr	194
3.10.1	Ausprägungen und Risikofaktoren von Suizidalität	194
3.10.2	Suizidprävention und Notfallinterventionen bei Suizidalität	196
3.10.3	Indikationen für eine stationäre Therapie	198
3.10.4	Pharmakotherapie	200
3.10.5	Krisenintervention und spezifische Psychotherapien	204
3.10.6	Suizidprävention durch Nachsorge und Kontaktangebote	205
	Anhang	207
	Anhang 1 Cut-off-Werte bei Fragebogenverfahren	208
	Anhang 2 Antidepressiva – Wirkstoffe gegliedert nach Wirkstoffgruppen mit Angaben zu Dosierung, Plasmaspiegel und Monitoring	209
	Anhang 3 Weitere zur Behandlung der Depression eingesetzte Arzneimittel mit Angaben zu Dosierung, Plasmaspiegel und Monitoring	211
	Anhang 4 Antidepressivagruppen mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen	212
	Anhang 5 Substrate (nur Antidepressiva) der Cytochrom P450-Isoenzyme	216
	Anhang 6 Gründe für erhöhtes Nebenwirkungsrisiko der Antidepressiva bei älteren und alten Menschen	216
	Anhang 7 Medikamentöse Behandlung der therapieresistenten Depression	217
	Anhang 8 Anwendungsempfehlungen: Lithiumtherapie	218
	Tabellenverzeichnis	220
	Abbildungsverzeichnis	221
	Verwendete Abkürzungen	222
	Abkürzungsverzeichnis der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen	225
	Literatur	226

Methodik

Einführung – 2

Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten – 3

Zielsetzung – 3

Adressaten und Anwendungsbereich – 3

Zusammensetzung des Leitlinien-Gremiums – 4

Konsensgruppe – 5

Steuergruppe – 7

Koordinationsteam – 7

Patientenbeteiligung bei der Leitlinien-Entwicklung – 8

Schlüsselfragen – 8

Quellen/Auswahl und Bewertung der Evidenz – 8

Quell-Leitlinien – 8

Systematische Suche nach aggregierter Evidenz im Rahmen der Aktualisierung – 9

Evidenz- und Empfehlungsgrade – 10

Empfehlungsformulierung, formale Konsensfindung – 12

Methodenkritische Aspekte – 12

Externe Begutachtung – 17

Finanzierung und redaktionelle Unabhängigkeit – 18

Gültigkeit der NVL, Zuständigkeit für die Aktualisierung – 18

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung – 18

Verantwortlichkeit für die Aktualisierung – 18

Umgang mit Interessenkonflikten – 18

Einführung

Als gemeinsames Produkt eines von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) initiierten Projektes zur Erarbeitung einer S3-Leitlinie und eines Auftrages im Rahmen des **Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)** von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) haben die zuständigen Fachgesellschaften und Organisationen die S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie **Unipolare Depression** 2009 erarbeitet und konsentiert. Es handelte sich um das erste Leitlinienprojekt, das zeitgleich als **S3-Leitlinie und NVL** entsprechend den unten näher beschriebenen Anforderungen und Angaben realisiert wurde. Die Revision der vorliegenden Leitlinie wurde von Oktober 2013 – Oktober 2015 im Rahmen eines von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) finanzierten Projektes erarbeitet und konsentiert.

Dieser Konsens kam durch Einigung von Experten der **Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)**, der **Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)**, der **Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)**, der **Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)**, der **Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)**, der **Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)**, der **Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionsstationen) (BDK)**, des **Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)**, des **Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)**, des **Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN)**, des **Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)**, des **Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)**, der **Chefarztkonferenz der psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen (ACKPA)**, der **Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)**, der **Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)**, der **Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)**, der **Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)**, der **Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)**, der **Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG)**, der **Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV)**, des **Deutschen Fachverbandes für Verhaltenstherapie (DVT)**, der **Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG)**, der **Stiftung Deutsche Depressionshilfe** sowie der **Deutschen Psychotherapeutenvereinigung** zustande. Die direkte Beteiligung von Patienten am Entstehungsprozess und bei der Konsentierung wurde durch die Mitwirkung von PatientenvertreterInnen der **Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)** sowie des **Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK)** gewährleistet.

Die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)** und das **Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)** beteiligten sich beratend bei der Entwicklung der S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungs-Leitlinie **Unipolare Depression**.

Der Revisionsprozess wurde durch die **Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Uniklinik RWTH Aachen**, das **Institut und die Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf** sowie durch das **Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)** von Oktober 2013 bis November 2015 organisiert.

Die grundlegende methodische Vorgehensweise ist im Methodenreport des NVL-Programms [213] und im Regelwerk der AWMF (www.awmf.org) beschrieben. Hintergründe und Verfahren der Patientenbeteiligung am NVL-Programm sind im Handbuch zur Patientenbeteiligung dargestellt [215].

Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten

Zielsetzung

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der Versorgung [52]. Die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten hat in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte gemacht, dennoch bestehen in allen Bereichen der Versorgung von Patienten mit Depression Optimierungspotenziale, insbesondere hinsichtlich einer abgestuften und vernetzten Versorgung zwischen haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung sowie der Indikationsstellung für ambulante und stationäre Behandlungsmaßnahmen und deren Abstimmung. Auf Seiten der behandelnden Akteure und der Patienten bestehen nicht selten Vorbehalte gegenüber evidenzbasierten Therapieverfahren, wie Pharmako- oder Psychotherapie, die eine adäquate und suffiziente Behandlung erschweren [583].

Konkret sollen mit der Revision der S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression folgende Ziele angestrebt werden:

- die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland zu verbessern;
- Schlüsselempfehlungen zu prioritären Versorgungsproblemen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen unter Einbeziehung von Patienten- und Angehörigenvertretern abzustimmen, darzulegen und zu implementieren;
- die Empfehlungen entsprechend dem besten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der Evidenzbasierten Medizin zu formulieren und zu aktualisieren;
- durch Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Professionen, Organisationen und Patienten sowie dem darauf beruhenden umfassenden Konsens eine effektive Verbreitung und Umsetzung der Empfehlungen zu ermöglichen;
- die Versorgungsabläufe für depressive Erkrankungen über die verschiedenen Bereiche darzustellen, die dabei entstehenden Entscheidungssituationen zu benennen und das jeweilige Vorgehen der Wahl zu definieren;
- spezifische Empfehlungen hinsichtlich der Abstimmung und Koordination der Versorgung aller beteiligten Fachdisziplinen und weiteren Fachberufe im Gesundheitswesen zu geben;
- Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens zu identifizieren und darin begründete Prozessempfehlungen unter Berücksichtigung internationaler Literatur zu formulieren;
- Barrieren der Umsetzung der Leitlinien-Empfehlungen zu identifizieren und Lösungswege aufzuzeigen;
- auf die systematische Berücksichtigung der im Rahmen des Programms erstellten Empfehlungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung und in Qualitätsmanagementsystemen hinzuwirken.

Adressaten und Anwendungsbereich

Der Geltungsbereich dieser Leitlinie bezieht sich auf **unipolare depressive Störungen**, d. h. **depressive Episoden (F32)**, **rezidivierende depressive Störungen (F33)**, **anhaltende affektive Störungen** (hier nur: **Dysthymie, F34.1**), **sonstige affektive Störungen** (hier nur: **rezidivierende kurze depressive Störung, F38.1**) und **zyklusassoziierte depressive Störungen** (hier nur: **Depressionen in der Peripartalzeit, prämenstruelle dysphorische Störung** und **Depressionen in der Perimenopause**), jeweils ab einem Behandlungsalter von 18 Jahren.

■ 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 Allgemeinmedizin bzw. hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin, praktische Ärzte), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse, Psychologische Psychotherapeuten, behandlungsergänzende Fachberufe (z. B. Gesundheitsfachberufe wie Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter/Sozialpädagogen);
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater (sofern eine Behandlung vor dem 19. Lebensjahr begonnen wurde) zur Orientierung und Harmonisierung der Transition; die vorliegende NVL adressiert Depression im Kinder- und Jugendalter explizit nicht, dazu gibt es eine eigene S3-Leitlinie, AWMF Reg.Nr. 028–043.
- 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 evidenzbasierte diagnostische/therapeutische Vorgehensweisen.

■ Darüber hinaus richtet sie sich zusätzlich auch an:

- die Vertragsverantwortlichen von »Strukturierten Behandlungsprogrammen« und »Integrierten Versorgungsverträgen« sowie
- die medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und andere Herausgeber von Leitlinien, deren Leitlinien ihrerseits die Grundlage für NVL bilden.

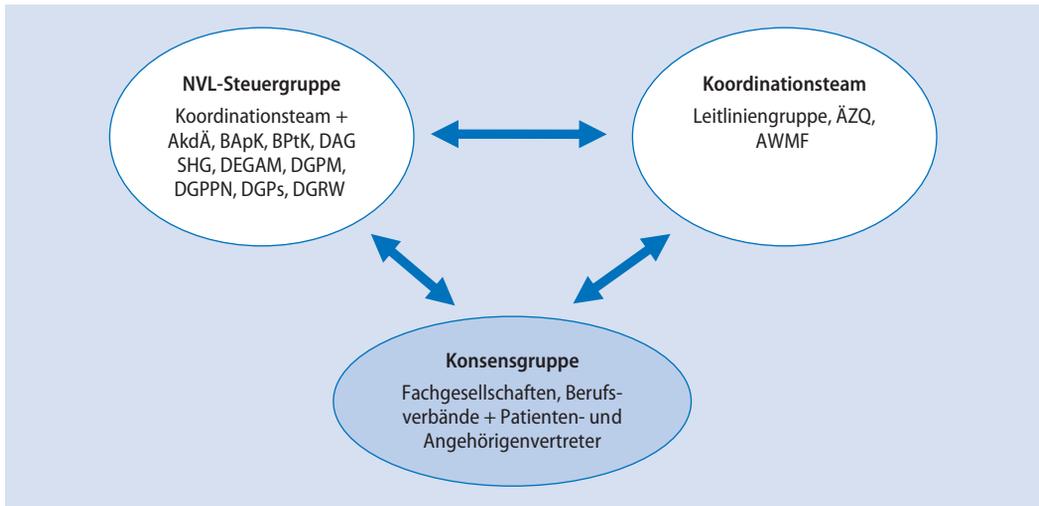
Bei dieser Leitlinie handelt es sich – *ebenso wie bei jeder anderen medizinischen Leitlinie* – explizit nicht um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht [214, 397].

Eine Leitlinie wird erst dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen bei der individuellen Patientenversorgung Berücksichtigung finden. Sie muss vor ihrer Verwendung bei einem individuellen Behandlungsfall hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf regionaler oder lokaler Ebene überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden [214, 397].

Zusammensetzung des Leitlinien-Gremiums

Das Leitliniengremium wurde **multidisziplinär unter Beteiligung von Patienten- und Angehörigenvertretern** zusammengesetzt (■ Abbildung 1). Der gemeinsamen Entwicklung der S3-Leitlinie und der NVL wurde in Form **unterschiedlich zusammengesetzter Gremien** (Untergruppen) Rechnung getragen. Die Aufteilung erwies sich dabei als für den gesamten Erstellungsprozess hilfreich und zielführend. Die grundsätzliche Organisationsstruktur die bei der Erstellung der ersten Version der Leitlinie entwickelt wurde, wurde für den Revisionsprozess beibehalten.



■ **Abbildung 1** Organigramm der Erstellung der S3-Leitlinie bzw. Nationalen VersorgungsLeitlinie »Unipolare Depression«

Konsensgruppe

Die an der Versorgung von erwachsenen Patienten mit unipolarer Depression maßgeblich beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände, Patienten- und Angehörigenorganisationen wurden durch das Koordinationsteam des S3-Leitlinien-Verfahrens (■ Tabelle 2) angesprochen und um Entsendung von Mandatsträgern in die Konsensgruppe gebeten (■ Tabelle 1). Dabei wurden alle Fachgesellschaften, Berufsverbände, Patienten- und Angehörigenorganisationen kontaktiert, die auch bei der Entwicklung der ersten Version der Leitlinie beteiligt waren. Mit Ausnahme des Deutschen Hausärzteverbandes, der seine Interessen durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vertreten ließ und des Kompetenznetzes Depression, welches durch die Nachfolgeorganisation Stiftung Deutsche Depressionshilfe vertreten wurde, waren alle Beteiligten erneut bereit, an der Revision der Leitlinie mitzuwirken.

Die Leitung des gesamten Revisionsprozesses oblag Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Aachen) und Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Hamburg). Jede beteiligte Fachgesellschaft, jeder Berufsverband, jede Organisation hatte **im formalen Konsensverfahren eine Stimme**. Ausgenommen hiervon waren die Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die analog dem Koordinationsteam (Redaktionsteam, Vertreter Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und Vertreterin Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)) eine beratende Funktion einnahmen. Die Benennung des Stimmberechtigten und die Abgabe der Voten erfolgten im Einvernehmen mit den von der jeweiligen Fachgesellschaft bzw. Organisation entsandten Repräsentanten.

Es fand ein gemeinsames Treffen im Januar 2015 der Leitlinien-Konsensrunde statt, welches von Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Aachen) und Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Hamburg) mit Unterstützung von Dr. Carmen Khan (ÄZQ) und Dr. Monika Nothacker (AWMF) moderiert wurde. Empfehlungen und Statements wurden in dieser Sitzung durch einen Nominalen Gruppenprozess (NGP) konsentiert, Empfehlungen und Statements, die nicht in dieser Sitzung abgestimmt werden konnten, wurden anschließend per Mail konsentiert.

■ Tabelle 1 Beteiligte Mitglieder der Konsensrunde (grau unterlegt sind die Mitglieder der Steuergruppe)

Vertreter	Stellvertreter	Fachgesellschaft/Organisation	
Prof. Dr. Tom Bschor		AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Dr. Ingrid Bräunlich		BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker
Prof. Dr. Rainer Richter	Dipl.-Psych. Timo Harfst	BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer (beratend)
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat		DAGSHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
Prof. Dr. Jochen Gensichen		DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Prof. Dr. Henning Schauenburg		DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
Prof. Dr. Dr. Frank Schneider		DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Prof. Dr. Martin Hautzinger	Prof. Dr. Christine Kühner	DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
Prof. Dr. Holger Schulz		DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
Dr. Christian Kieser		ACKPA	Arbeitskreis für Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
Dr. Wolfgang Merkle		CKPA	Chefarztkonferenz der psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen
Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf		BDK	Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionsstationen)
Dipl.-Psych. Inge Neiser		BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Dr. Herbert Menzel		BPM	Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands
Dr. Frank Bergmann		BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
Dr. Christian Vogel		BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater
Dr. Regine Simon		BVVP	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
PD Dr. Thomas Messer		DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
Prof. Dr. Karin Tritt		DFT	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Prof. Dr. Heinz Gutzmann		DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
Dipl.-Psych. Christa Leindecker		DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
Dipl.-Psych. Rudi Merod		DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
Prof. Dr. Matthias Franz		DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft
Prof. Dr. Heinz Böker		DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
Prof. Dr. Ulrich Schweiger		DVT	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie
Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer		GwG	Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung
Prof. Dr. Peter Schönknecht			Stiftung Depressionshilfe
Dr. Cornelia Rabe-Menssen		DPtV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

Steuergruppe

Die an der Versorgung von erwachsenen Patienten mit unipolarer Depression maßgeblich beteiligten Fachgesellschaften wurden nach der Entscheidung zu einer gemeinsamen Entwicklung der S3-Leitlinie und der NVL bei der Erstellung der ersten Version der Leitlinie Unipolare Depression um Entsendung von Mandatsträgern in die **NVL-Expertengruppe (Steuergruppe)** gebeten, bzw. darum, den in der Konsensgruppe vertretenen Personen ein Mandat für die Steuergruppe zu erteilen. Die Nominierung lag im Verantwortungsbereich der angesprochenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Berufsverbände und Vertreter von Krankenhäusern sind generell an der Entwicklung Nationaler VersorgungsLeitlinien nicht beteiligt. Im Rahmen dieses Verfahrens wurde die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gebeten, einen beratenden Vertreter für die Steuergruppe zu benennen. Stimmberechtigt war jeweils ein Repräsentant jeder beteiligten Fachgesellschaft bzw. Organisation (AkdÄ, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPPN, DGPs, DGRW), analog der Regelung in der Leitlinien-Konsensrunde. Die Mitglieder der Koordinationsgruppe sowie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) waren nicht stimmberechtigt. Insgesamt fanden im Zeitraum von November 2013 bis Oktober 2014 fünf Treffen der Leitlinien-Steuergruppe statt, die von Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Aachen) und Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Hamburg) moderiert wurden.

Die Unterteilung von Steuer- und Konsensgruppe wurde bei der Revision der Leitlinie aufrechterhalten und auch die Verteilung der Mandate wurde beim Revisionsprozess beibehalten. Das Beibehalten dieser Struktur wurde beim ersten Initiierungstreffen zum Auftakt der Revision durch die Steuergruppe erneut bestätigt.

Koordinationssteam

Das Koordinationsteam bestand aus Mitarbeitern des **Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**, der **Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg**, des **Klinikums rechts der Isar, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU-München** (Leitlinien-Gruppe), Mitarbeitern des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin für die Träger des NVL-Verfahrens und einer Repräsentantin der **AWMF** (Tabelle 2). Neben der Vorbereitung der Sitzungen der Konsens- und Steuergruppe oblagen dem Koordinierungsteam die Aufbereitung der Evidenz, die Erstellung der Hintergrundtexte und die Vorbereitung von Empfehlungsvorschlägen. Die Moderation des formalisierten Konsensverfahrens erfolgte durch eine Vertreterin der

■ **Tabelle 2** Koordinationsteam

Prof. Dr. Dr. Martin Härter	Leitlinien-Gruppe	S3-Projektgruppe (verantwortlich)
Dr. Alessa Jansen	Leitlinien-Gruppe	S3-Projektgruppe
PD Dr. Levente Kriston	Leitlinien-Gruppe	S3-Projektgruppe
Prof. Dr. Stefan Leucht	Leitlinien-Gruppe	S3-Projektgruppe
Prof. Dr. Mathias Berger	Leitlinien-Gruppe	S3-Projektgruppe
Dr. Monika Nothacker	AWMF	Moderation S3/NVL-Projektgruppe
Dr. Carmen Khan, Dr. Susanne Schorr, Corinna Schaefer	ÄZQ	Moderation S3/NVL-Projektgruppe

AWMF und eine Vertreterin des ÄZQ. Prof. Dr. Dr. Frank Schneider nahm als Verantwortlicher der federführenden Fachgesellschaft DGPPN an den Aktivitäten des Koordinationsteams teil.

Patientenbeteiligung bei der Leitlinien-Entwicklung

Ziel der Beteiligung von Patienten am Programm für NVL ist einerseits die Berücksichtigung der Patientensicht bei der Erstellung der NVL und andererseits die Erarbeitung von Patientenversionen der NVL. Die Beteiligung von Patienten an der NVL-Erstellung und -Begutachtung erfolgt in Abstimmung mit dem Patientenforum bei der Bundesärztekammer.

Die Interessenvertretung der von Depression betroffenen Personen und deren Angehörigen übernahm im Rahmen der Entwicklung der NVL/S3-Leitlinie Depression Herr Jürgen Matzat von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG) sowie Frau Dr. Ingrid Bränlich vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BAPK).

Zur Einbeziehung der Patienten siehe auch: www.leitlinien.de/patienten.

Schlüsselfragen

Die thematische Schwerpunktsetzung bei der Revision der Leitlinie war zum einen, die Aktualisierung der Inhalte unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse in der Diagnostik und Behandlung sowie Versorgung depressiver Erkrankungen. Zum anderen sollte eine horizontale und vertikale Erweiterung der Leitlinie erfolgen. Dazu sollten die 2009 aktuellen Versorgungsleitlinien und die formulierten Empfehlungen bzgl. ihrer wissenschaftlichen und klinischen Evidenz überprüft und ggf. aktualisiert oder ergänzt werden. Außerdem sollte eine stärkere Berücksichtigung der in der 1. Auflage der Leitlinie für die Neuaufgabe formulierten Themen, wie »Gender und geschlechtsspezifische Aspekte«, »Schwangerschaft und Stillzeit« und »Migrationshintergrund«, erfolgen, d.h. die formulierten Empfehlungen wurden daraufhin überprüft, inwieweit zu diesen drei Themenbereichen Anpassungen und/oder Erweiterungen vorgenommen werden sollten. Darüber hinaus war bezüglich der psychotherapeutischen Verfahren die Prüfung der Evidenzlage bei der Systemischen Therapie geplant.

Quellen/Auswahl und Bewertung der Evidenz

Quell-Leitlinien

Entsprechend den internationalen Bemühungen zur Kooperation und Arbeitsteilung im Bereich der Leitlinien-Entwicklung schlug das Koordinationsteam bei der Erstellung der 1. Auflage der Leitlinie Unipolare Depression die Verwendung bereits existierender Leitlinien als »**primäre Evidenzgrundlage**« [1104] vor; die Konsensusgruppe stimmte diesem Vorgehen zu. Einschlusskriterium für Leitlinien war dabei deren hohe methodische Qualität nach DELBI [53]. Zusätzliche Berücksichtigung fanden Leitlinien deutscher Fachgesellschaften und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Für die Aktualisierung wurden die Quell-Leitlinien, die für die erste Auflage identifiziert worden waren, auf Gültigkeit, methodische Qualität und ggf. Updates überprüft. Diese wurden erneut als Quell-Leitlinien herangezogen. Von Experten zusätzlich als relevant erachtete Leitlinien wurden nach methodischer Prüfung als zusätzliche Evidenzgrundlagen herangezogen.

■ Folgende Quell-Leitlinien wurden berücksichtigt:

- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 90; 2009 [1060]
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults; 2009 [228]

■ Folgende Leitlinien wurden zusätzlich als Evidenzquellen berücksichtigt:

- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder; 2010 [22]
- The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Non-pharmaceutical management of depression; 2010 [1308]
- World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Treatment of unipolar depressive disorders, part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder; 2013 [1565]
- National Collaborating Centre for Mental Health, Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance; 2014 [1058]

Systematische Suche nach aggregierter Evidenz im Rahmen der Aktualisierung

Im Rahmen der Aktualisierung wurde eine systematische Recherche nach aggregierter Evidenz zum Krankheitsbild Depression durchgeführt, um möglichen Änderungsbedarf zu identifizieren. Dabei wurden keine speziellen Fragestellungen recherchiert, sondern breit nach Übersichtsarbeiten/Metaanalysen ab 2009 zum Thema Depression/Dysthymie gesucht. Um angesichts der Themenbreite und der Ressourcen möglichst spezifische Ergebnisse zu erzielen, erfolgte die Recherche in Datenbanken, die auf die Verfügbarmachung hochwertiger systematischer Übersichtsarbeiten fokussieren: **Cochrane Library** und **Trip Database**. Die gefundenen Publikationen wurden erst als Titel/Abstract und dann im Volltext gescreent. Die eingeschlossenen Studien wurden bewertet und in Evidenzsummaries dargestellt. Insgesamt wurden im Rahmen der Recherche **276** für die Aktualisierung relevante systematische Übersichtsarbeiten identifiziert. Recherchestrategien und Ergebnisse der Recherche sind im ► Anhang 3 des Leitlinienreports dargestellt (verfügbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de).

Auf eine formale Extraktion in Evidenztabellen wurde weitgehend verzichtet, weil die Suche ausschließlich auf systematische Übersichtsarbeiten fokussierte, die teils eine erhebliche Anzahl an Primärstudien einschlossen und jeweils für mehrere Fragestellungen relevant waren. Eine tabellarische Übersicht der aggregierten Evidenz zur Wirksamkeit von Antidepressiva findet sich im ► Anhang 4 des Leitlinienreports (verfügbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de). Eine narrative, umfassende Darstellung der empfehlungsbegründenden Evidenz findet sich im Hintergrundtext zu jeder Empfehlung. Die grundsätzlichen Limitationen der Evidenz werden im Kapitel »Methodenkritische Aspekte« diskutiert.

Diese Arbeiten wurden inhaltlich auf Übereinstimmung mit den Empfehlungen der bestehenden Leitlinie geprüft. Bei Abweichungen zwischen den Ergebnissen aktueller systematischer Übersichtsarbeiten und Empfehlungen der Leitlinie wurde, basierend auf den in der Übersichtsarbeit eingeschlossenen Primärstudien, gegebenenfalls eine Änderung der Empfehlungen vorgenommen. Zusätzlich wurden Primärstudien, die von beteiligten Experten oder Autoren der Revision als relevant erachtet wurden, berücksichtigt. Zusätzliche Evidenz wurde dann berücksichtigt, wenn es sich um randomisierte-kontrollierte Studien (RCTs) bzw. auf RCTs basierende Übersichtsarbeiten handelte, in denen erwachsene Patienten mit einer formalen Depressionsdiagnose untersucht wurden. Auf schwächere Evidenz (keine formale Depressionsdiagnose, kontrollierte Studien oder Kohortenstudien) wurde nur dann zurückge-

griffen, wenn keine höherwertige Evidenz im entsprechenden Bereich vorlag oder aus ethischen Gründen nicht verfügbar ist (beispielsweise Kohortenstudien zum Einsatz von Antidepressiva während der Schwangerschaft). Aufgrund der umfassenden Menge an Primärstudien zur Behandlung von Depression wurden bei der Erstellung des Hintergrundtexts bevorzugt systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen dargestellt. Auf die Darstellung einzelner Primärstudien wurde an Stellen, an denen deren zentrale Aussagen bereits durch Übersichtsarbeiten abgedeckt waren, verzichtet.

Evidenz- und Empfehlungsgrade

S3-Leitlinien der AWMF und NVL haben das Ziel, die in ihnen enthaltenen Empfehlungen **auf Basis der best verfügbaren Evidenz und im Konsens aller an der Erstellung Beteiligten** zu formulieren. Das evidenzbasierte Vorgehen beinhaltet, dass a priori für einzelne Fragestellungen die best verfügbare Evidenz festgelegt wird, welche nach methodischen Kriterien klassifiziert wird. Für die Bewertung der Wirksamkeit (efficacy) einer Intervention liefern – in aller Regel – randomisierte klinische Studien (RCTs) die zuverlässigsten Ergebnisse, weil sie, sofern methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit (Zufall, systematische Verzerrung) behaftet sind.

Im Rahmen einer Evidenzhierarchie stellten daher bei dieser Leitlinie **systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen qualitativ hochwertiger doppelblinder randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) die höchste Evidenzstufe** dar. Lagen zu einer Fragestellung keine RCTs oder Metaanalysen bzw. systematische Reviews (auf der Basis der Quell-Leitlinien oder der Literaturrecherche) vor, wurde bei der Erstellung der ersten Auflage zunächst nach kontrollierten, nichtrandomisierten Studien gesucht, in der nächsten Ebene nach Korrelations- oder Vergleichsstudien bzw. nach Fallserien. Nicht randomisierte Beobachtungsstudien wurden bei der Revision nicht erneut systematisch recherchiert, konnten aber bei der Aufbereitung von Evidenz durch Experten für einige Themenfelder berücksichtigt werden. Die Evidenzebenen waren maßgeblich für die Ableitung der Grade einer Empfehlung: Je höher die Evidenzebene, desto stärker auch die Empfehlung (■ Tabelle 3 und ■ Tabelle 4).

Andererseits wurden bei der Vergabe der Empfehlungsgrade 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 im Alltag, insbesondere in den diversen Versorgungsbereichen.

Entsprechend dieser Konsensusaspekte konnte eine **Auf- oder eine Abwertung des Empfehlungsgrades gegenüber dem Evidenzgrad** erfolgen. Zusätzlich zu Empfehlungen wurden von der Konsensrunde auch so genannte **Statements** verabschiedet. Diese fanden Verwendung, wenn es für praktische Behandlungs- oder Vorgehenshinweise keine Evidenz gab, obwohl sie aus Expertensicht der Konsensrunde plausibel waren, oder wenn auf fehlende Evidenz und entsprechenden Forschungsbedarf hingewiesen werden sollte.

In der vorliegenden Leitlinie liegt der Graduierung der Empfehlungen folgende Einteilung der Evidenz hinsichtlich ihrer methodischen Qualität zugrunde: Grundlage zur Evidenzdarlegung sind die **Evidenzkategorien des britischen NICE** [1065] in der Modifikation, die in der Quell-Leitlinie verwendet wurde. Die Überleitung in Empfehlungsgrade der NVL ist in ■ Tabelle 5 dargestellt und erfolgt unter Bezugnahme auf den aktuellen NVL-Methoden-Report [213].

In der aktualisierten Leitlinie ist zum ersten Mal für **jede Empfehlung die dieser zugrunde liegende Evidenzstufe** (engl. »level of evidence«) angegeben. Im Gegensatz zu den Empfehlungen wurde diese

■ **Tabelle 3** Evidenzebenen

Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisiert-kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs).
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisiert-kontrollierten Studie 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, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien.
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten.

■ **Tabelle 4** Grade der Empfehlung

A	»Soll«-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B	»Sollte«-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	»Kann«-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP*	»Klinischer Konsenspunkt«: 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.

* 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.

■ **Tabelle 5** 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; Beobachtungs-Studien	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; Erläuterung ■ [Tabelle 4](#).

Angabe jedoch nicht konsentiert, so dass sie als vom Redaktionsteam erstellte beschreibende Dokumentation angesehen werden sollten mit dem Zweck, eine spezifische Orientierung für die globale Einschätzung der empirischen Verankerung der Empfehlungen zu bieten.

Empfehlungsformulierung, formale Konsensfindung

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, schließlich in der Konsensrunde. Alle in der Leitlinie enthaltenen Empfehlungen wurden in einer Konsensuskonferenz am 16.01.2015 in Berlin im Rahmen eines Nominalen Gruppenprozesses (NGP) abgestimmt. Dementsprechend wurde ein Nominaler Gruppenprozess [369, 1045, 1390] moderiert von Frau Dr. Monika Nothacker (AWMF) und Dr. Carmen Khan (ÄZQ) durchgeführt.

In Anlehnung an das Vorgehen beim Nominalen Gruppenprozess wurde für die strukturierte Konsensfindung folgende Vorgehensweise gewählt:

- Präsentation der zu konsentierenden Inhalte, Gelegenheit zu Rückfragen zum methodischen Vorgehen/inhaltlichen Verständnis;
- Registrierung von Stellungnahmen im Umlaufverfahren durch die Moderatorin;
- Aufnahme begründeter Alternativen;
- Abstimmung ggf. des Erstentwurfs und der Alternativen;
- falls kein Konsens erreicht wurde: Feststellen von Diskussionspunkten mit Debatte/Diskussion;
- endgültige Abstimmung.

An diesem Prozess nahmen die benannten Vertreter der an der Erstellung beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen teil. Falls die benannten Vertreter nicht am Konsensverfahren teilnehmen konnten, wurde von ihnen in Abstimmung mit der Fachgesellschaft oder Organisation ein Repräsentant ausgewählt. Dies war jedoch nicht in allen Fällen möglich. Jeder Fachgesellschaft und Organisation stand im Abstimmungsverfahren jeweils eine Stimme zur Verfügung. Ein Konsens wurde bei einer Zustimmung von mindestens 75% erreicht, ein starker Konsens bei einer Zustimmung von mindestens 95%.

Im Rahmen der Konsensuskonferenz konnten 27 Empfehlungen aus Zeitgründen nicht mehr abgestimmt werden. Diese wurden zwischen dem 17.02. und 01.03.2015 in einem schriftlichen DELPHI-Prozess final konsentiert. In einer Delphi-Runde konnte Konsens über alle Empfehlungen erzielt werden.

Die Protokolle der Sitzungen können unter nvl@azq.de angefordert werden.

Methodenkritische Aspekte

■ Pharmakotherapie

Zu den Wirksamkeitsuntersuchungen in der Pharmakotherapie ist kritisch anzumerken, dass die überwiegend verwendete Hamilton-Rating-Skala Depression als Basis der Wirksamkeitsbeurteilung kein optimales Instrument darstellt [1586]. Dennoch weist sie eine sehr hohe Korrelation ($r = 0,8$) mit anderen klinisch relevanten Parametern, beispielsweise Beschwerdeschilderungen der Patienten, auf [1375]. Ihr größter Vorteil liegt in der einfachen Anwendbarkeit und der Möglichkeit von weltweiten Vergleichen zwischen Studien.

Die meisten Akutstudien sind zudem von kurzer Dauer (typisch sechs bis sieben Wochen), denn eine Verlängerung dieser Studien über sechs Wochen hinaus bringt keine prinzipiell neuen Erkenntnisse bezüglich Response und Remissionsraten [1254, 1423].

Für die Bewertung eines Therapieeffekts speziell in der Depressionsbehandlung sind Studien mit Kontrollbedingungen unverzichtbar. Gerade der ausgeprägte Placeboeffekt bei depressiven Patienten, wie er nachfolgend dargestellt wird, hat zur Folge, dass einfache Vorher-Nachher-Vergleiche in der Depressionsforschung ungeeignet zur Bewertung eines Therapieeffekts psychotherapeutischer oder pharmakologischer Interventionen sind.

Randomisiert-kontrollierte Studien erlauben demnach die relativ besten Aussagen über die Wirksamkeit therapeutischer Verfahren, dennoch haben auch diese Studienansätze methodische Begrenzungen, nicht zuletzt auch im Bereich der Depressionstherapie: So werden in RCTs typischerweise diagnostisch möglichst homogene Stichproben von depressiven Patienten rekrutiert, die nicht ohne weiteres den Patienten in der klinischen Praxis entsprechen. Letztere sind stärker durch einen hohen Grad von Komorbidität mit weiteren psychischen oder somatischen Symptomen bzw. Erkrankungen gekennzeichnet. Viele Studien, besonders im angloamerikanischen Bereich, beziehen sich auf Patienten, die nicht in der Routinepraxis gesehen bzw. für Studien gewonnen werden, sondern gezielt über Zeitungsanzeigen angeworben werden. Solche Studien enthalten oft nur eine begrenzte Zahl im engeren Sinn depressiver Patienten (z. B. STAR-D-Studie, 22%, [1546]). Sehr schwer depressive Patienten haben insgesamt eine geringere Chance, in Studien einbezogen zu werden, sei es wegen der Sorge um eine höhere Suizidalität oder wegen der ethischen Unmöglichkeit, schwer depressive Patienten in potenziell weniger wirksame Therapiearme zu randomisieren [763]. Dies ist einer der Gründe, warum in den letzten vier Jahrzehnten in RCTs mit Antidepressiva immer mehr leicht bis subsyndromal depressive Patienten untersucht wurden [763]. Die Einbeziehung solcher Patienten berührt das Problem der Placebowirkung in besonderer Weise (s. u.). Schließlich ist primär aus dem Bereich der Psychotherapie bekannt und teilweise auf Aspekte z. B. des Clinical Management bei Pharmakotherapie übertragbar, dass Therapeutenvariablen (Übersicht: [66]) und Patientenpräferenzen [1407] wesentliche Faktoren des Behandlungserfolges darstellen. Diese werden in RCTs gegenüber den zu vergleichenden spezifischen Therapieverfahren oft nicht berücksichtigt (z. B. [840]).

Placebowirkungen sind ubiquitärer Bestandteil medizinischer und therapeutischer Behandlungen. Sie bestehen im Wesentlichen aus den drei Komponenten Spontanverbesserung, Messfehler und wahrer Placeboeffekt. Wahre Placeboeffekte werden vor allem als Lern- und Erwartungseffekte, aber auch als Ausdruck unspezifischer therapeutischer Faktoren wie Fürsorge, Strukturierung und persönlicher Kontakt gesehen. Der Anteil von Placeboeffekten liegt bei psychischen Erkrankungen deutlich höher als bei anderen medizinischen Konditionen [658]. Dago und Quitkin [312] fanden, dass zudem bei Depressionstherapien höhere Placeboeffekte dann zu erwarten sind, wenn eine depressive Episode im Kontext psychosozialer Belastungen auftrat. Weiter wird das Phänomen beschrieben, dass eine Korrelation zwischen der Höhe des Placeboeffektes und dem Jahr der Publikation einer Studie besteht, d.h. seit Jahren nimmt die Höhe der Placeboeffekte zu [1504].

Breit rezipiert wurden die Studien von Kirsch und Kollegen [774, 775, 776], die postulieren, dass möglicherweise ca. 50% der Wirkung von Antidepressiva auf Placeboeffekte zurückzuführen ist. So fanden die Autoren, dass im Bereich leichter Depressionen die Placebowirkung einen Großteil des antidepressiven Effektes von Medikamenten ausmacht und dass erst bei schweren Depressionen, im Rahmen des Rückgangs der Placebowirkung, ein wahrer Medikamenteneffekt zum Tragen kommt. Konkret bedeutet dies, dass die Differenz zum Placeboeffekt den von ehemals von der NICE als Grenzwert der klinischen Signifikanz festgelegten Wert von $d=0,5$ erst ab einem Hamilton-Depressionsscore von 28 überschreitet [774]. Eine neuere Studie [1020] bestätigt den hohen Placeboanteil der medikamentösen antidepressiven Therapie. Moncrieff et al. (2001) betonen das Phänomen, dass die in der Vergangenheit durchgeführten, allerdings wenigen Studien mit aktiven Placebomedikamenten (Imitation von Nebenwirkungen, z. B. Atropin) zu einer weiteren Verringerung wahrer Effekte führten. Das Update der NICE-Guideline zur Therapie der Depressionen aus dem Jahr 2009 diskutiert die genannten Probleme und weist zusätzlich darauf hin, dass bei der depressionsspezifischen Placebowirkung auch der Einfluss der nicht

direkt depressionsbezogenen Komponenten der Medikation (z. B. Schlafinduzierung, Angstlinderung) berücksichtigt werden muss [1061].

■ Psychotherapie

Die Aussagekraft randomisiert-kontrollierter Studien (RCTs), insbesondere zum Nachweis der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren, wird seit längerem in Deutschland kontrovers diskutiert (z. B. im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (gem. § 11 PsychThG) oder im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschuss). Zwar ist unbestritten, dass RCTs i. d. R. zu den reliabelsten Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit (efficacy) von Therapieverfahren führen, die Aussagekraft der so gewonnenen Zusammenhänge für die klinische Versorgung (effectiveness) wird aber kritisch gesehen.

Insbesondere hinsichtlich des Paradigmas der randomisierten Zuweisung in Studien werden Schwierigkeiten gesehen, die die Umsetzbarkeit in die Praxis erschweren können [385, 1237]. Im Bereich der Psychotherapie haben die »Passung«, d. h. die vertrauensvolle und emotional tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut, und auch die Präferenz der Patienten für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen im klinischen Alltag 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 (vgl. Wampold, 2001 [1505], zum Allegiance-Effekt in der Psychotherapieforschung).

Ein weiteres Problem wird in der Entwicklung eines adäquaten Kontrolldesigns für Psychotherapiestudien gesehen. Die Kontrolle durch andere psychotherapeutische Verfahren ist wegen des, verglichen mit Pharmakotherapiestudien, ungleich höheren Aufwandes (Gewinnung angemessen ausgebildeter und supervidierter Therapeuten in einem nicht primär verfügbaren Therapieverfahren) häufig schwierig. Metaanalysen zu zahlreichen randomisiert-kontrollierten Studien zeigen, dass der Effekt einer Psychotherapie tatsächlich mit dem Grad der »Aktivität« der Kontrollbedingung variiert. So ist er im Vergleich zu einer Wartegruppe oder zu einem Medikamentenplacebo höher als zu einer aktiven Kontrolle beispielsweise mit Antidepressiva oder unsystematischen, unterstützenden Gesprächen [502, 552]. Bezüglich der Effektivität einer Psychotherapie besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kontrollbedingungen Warteliste oder Medikamentenplacebo [611].

Placeboeffekte sind in der Psychotherapie relativ schwer zu isolieren. Dies hat damit zu tun, dass zu einem erheblichen Teil Ergebnisse von Psychotherapie auf unspezifische Wirkfaktoren (wie eben Erwartungshaltungen, generelle Zuwendung, Strukturierung und Vermittlung von Hoffnung) zurückzuführen sind. Insofern diese Faktoren jeglicher Form von psychotherapeutischen oder psychosozialen Interventionen zuzuschreiben sind, gibt es keine befriedigende und allgemein anerkannte Definition eines Placeboeffektes im Rahmen von Psychotherapien. Sogenannte »nicht spezifische« oder »Placebo-Psychotherapien« sind schwer einzuordnen und werden manchmal als »Kontrolle« und manchmal als wirksame Interventionen verwendet. Sie können helfen, die wirksamen Komponenten von anderen Interventionen zu identifizieren, womit sich eine Analogie zum medikamentösen Placebo herstellen lässt. Die nicht spezifischen Komponenten einer Psychotherapie werden jedoch selten als Placebo, sondern vielmehr als intendierte »allgemeine Wirkfaktoren« eingeordnet.

Bei der Diskussion von Placebokomponenten in der Psychotherapie muss berücksichtigt werden, dass Psychotherapie generell eine aktive und partizipative Haltung von Patienten befördern möchte. Dies geht idealerweise mit einer dann erhöhten Selbstwirksamkeit als zentralem Element psychotherapeutischer Wirkung einher und hat damit den Anspruch, rezeptive Erwartungshaltungen, wie sie unbewusst im Placeboeffekt wirksam werden können, teilweise zu überwinden. Im Vergleich zu Pharmakotherapiestudien können Psychotherapiestudien daher nicht doppelblind durchgeführt werden, da zumindest der Therapeut (zumeist aber auch der Patient) wissen, was er tut. Selbst beim Einsatz so genannter verblindeter Rater entspricht die Verblindung nicht dem, wie es in Pharmakotherapiestudien möglich ist, da

Patienten bei der Untersuchung häufig indirekt preisgeben, ob sie sich zum Beispiel derzeit in aktiver Psychotherapie oder auf einer Warteliste befinden [668].

Dies ist nur schwer mit der eher »passiven« Patientenrolle bei der Einnahme von Antidepressiva vergleichbar. Auch die Einnahme von Medikamenten hat symbolische und unspezifisch psychologisch aktivierende, eben Placeboeffekte, die dann aber nicht durch die »Überführung« in eine aktivere Patientenrolle genutzt werden [1020].

Dies ist zu berücksichtigen, wenn Effekte der Psychotherapie mit denen der Pharmakotherapie verglichen werden. In doppelblinden randomisierten Antidepressivastudien wird die Effektstärke reduziert, da im Verumarm wegen des Risikos, nur Placebo zu erhalten, weniger Hoffnung als bei Pharmakotherapie im Versorgungsalltag induziert wird, im Placeboarm jedoch mehr als durch »watchful waiting«. Daher wird teilweise gefordert, dass für einen korrekten Vergleich der Wirksamkeit von Psychotherapie und Antidepressiva sowohl Psychotherapie als auch Pharmakotherapie offen durchgeführt werden. In einer Metaanalyse, in der Studien mit direkten Vergleichen zwischen offener Psychotherapie und offener Pharmakotherapie depressiver Episoden ausgewertet wurden, fand sich eine signifikante, in Bezug auf die absolute Patientenzahl jedoch geringe Überlegenheit von Antidepressiva gegenüber Psychotherapie (NNT = 14) [301], sodass die Autoren selbst zum Schluss kommen, dass die hier identifizierten Unterschiede wohl nicht als klinisch relevant betrachtet werden können.

Die Forderung nach versorgungsnahen kontrollierten oder Feldstudien, die Praxisbedingungen besser abbilden, trägt der Tatsache Rechnung, dass die in RCTs aufgenommenen Patientenkollektive in der Regel – im Vergleich zur ambulanten psychotherapeutischen Praxis in der BRD – deutlich kürzer behandelt wurden. Ein weiteres Problem besteht darin, dass zurzeit kaum Studien vorliegen, die nicht nur die Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen (efficacy), sondern auch den Nutzen unter Versorgungsbedingungen (effectiveness) untersuchen sowie über ausreichend lange Behandlungs- und Katamnesezeiträume verfügen (dies gilt im Übrigen auch für Studien zur Antidepressivatherapie). 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, in die Bewertung des Gesamtnutzens einzelner Psychotherapieverfahren einzubeziehen [611, 1282, 1318]. Schließlich wird angeführt, dass in der Versorgungspraxis die Mehrheit der Patienten unter vielfältigen, zu berücksichtigenden komorbiden Erkrankungen leiden, die eine manualisierte Durchführung der Therapieverfahren erschweren können [237, 859].

Diesen möglichen Einschränkungen stehen umfassende systematische Analysen von Psychotherapiestudien gegenüber [835], die zeigen, dass durch RCTs valide Aussagen zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren gemacht werden können, d. h. die Frage beantworten können, inwieweit die Veränderungen tatsächlich auf das Verfahren und nicht auf andere Faktoren zurückgehen. Auch Shadish et al. (1997, 2000) [1317, 1318] fanden in zwei aufwändigen Sekundäranalysen von Metaanalysen als zentrales Ergebnis, dass Labor- und Feldstudien hinsichtlich der Effektindikatoren (also z. B. symptomatische Besserungen) im Wesentlichen übereinstimmende Ergebnisse zeigen. Grawe (2005) [524] konnte schließlich zeigen, dass eine methodisch hochwertige Kontrolle durch andere Therapieverfahren auch unter Praxisbedingungen realisierbar ist.

In der Konsensgruppe wie der Steuergruppe 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 unter anderem dazu geführt, dass für einzelne psychotherapeutische Verfahren wie der Verhaltenstherapie eine erheblich größere Anzahl RCTs vorliegt als für andere (insbesondere tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse). Aus dem Fehlen von RCTs für einzelne Verfahren kann aber nicht zwingend der Rückschluss gezogen werden, dass diese Verfahren nicht wirksam sind. In der richtlinienpsychotherapeuti-

schen Versorgung wird darüber hinaus die Unterscheidung zwischen Akut- und Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe aus konzeptionellen Gründen nicht getroffen (► Kapitel »Psychotherapie als alleinige Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe«).

Aufgrund der oben dargestellten Diskussion entschloss sich die Steuer- und Konsensgruppe 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, wenn solche nicht vorlagen, wurden auch naturalistische Studien berücksichtigt.

Hiermit soll es dem Nutzer der Leitlinie ermöglicht werden, sich schnell einen Überblick über die Evidenzlage zu den einzelnen Verfahren zu verschaffen. Dieses Vorgehen wurde im Konsens aller Beteiligten abgestimmt.

Es bestand dagegen kein mehrheitsfähiger Konsens in der Steuer- und Konsensgruppe, wonach die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren hinsichtlich ihrer differentiellen Wirksamkeit bei einzelnen Indikationen im Vergleich zu anderen Verfahren dargestellt werden könnten. Dies mag als Mangel an der vorliegenden Leitlinie gelten, ist aber dem vereinbarten und geforderten Konsensprozess geschuldet.

■ Publication Bias

Die selektive Veröffentlichung von Studien (entsprechend der von den Autoren gewünschten Richtung der Ergebnisse) ist ein inzwischen so gut untersuchtes Phänomen, dass entsprechende methodische Standards zur Prüfung solcher Effekte gut etabliert sind (Funnel-Plot, Trim-and-Fill-Method, Egger's-Test, Selektionsmodelle [965]). Der kompetitive Bereich der Pharmakotherapie mit seinen industriellen und anderen Interessen ist anfällig für dieses Phänomen [881, 984]. Als zentral gilt die Studie von Turner et al. [1460], die unter Zuhilfenahme von bei der FDA registrierten Studien einen ausgeprägten Publication Bias im Bereich der Antidepressiva nachwies. Nach dieser Übersichtsarbeit wird der Gesamteffekt antidepressiver Medikation, der – wie oben berichtet – bei leichter erkrankten Patienten nur schwer von der Placebowirkung abzugrenzen ist, sehr wahrscheinlich aufgrund der selektiven Veröffentlichungspraxis zusätzlich um ein Drittel überschätzt (Hedges's g liegt für alle publizierten Studien bei 0,41; bezieht man alle bei der FDA registrierten Studien ein, sinkt der Effekt auf 0,31 [1460]). Die Tendenz zur bevorzugten Veröffentlichung positiver Studienergebnisse existiert unabhängig von spezifischen industriellen Interessen und betrifft auch die Psychotherapieforschung. Jüngere Untersuchungen fanden Hinweise auf einen Publication Bias im Rahmen typischer, eher kürzer angelegter kontrollierter Psychotherapiestudien. Bei statistischer Kontrolle für den Effekt dieses Publikation-Bias resultiert in einer Metaanalyse von Cuijpers et al. (2010) [303] ebenfalls eine Reduktion der Effektstärken für Psychotherapie um etwa ein Drittel (Reduktion der mittleren Effektstärke von 0,67 auf 0,42). Eine später publizierte Arbeit [1075] konnte dieses Ergebnis mit einer etwas anderen Methodik jedoch nicht replizieren und konnte keinen Einfluss eines Publication Bias auf die Evidenz von psychotherapeutischen Interventionen belegen. Dieses diskrepante Ergebnis führen die Autoren darauf zurück, dass sie ihre Replikation auf homogene, also sich untereinander ausreichend ähnelnde Datensätze beschränkt hatten. Eine weitere Metaanalyse aus der Arbeitsgruppe um Cuijpers [433] weist erneut auf einen unangemessen hohen Anteil signifikant positiver Psychotherapieergebnisse hin. Analog zur Pharmakotherapie ist auch für die Psychotherapieforschung zu fordern, die Qualität der Studien zu verbessern und insbesondere diese häufiger unter Praxisbedingungen durchzuführen.