



UNIVERSITÄTS
FREIBURG **KLINIKUM**

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie



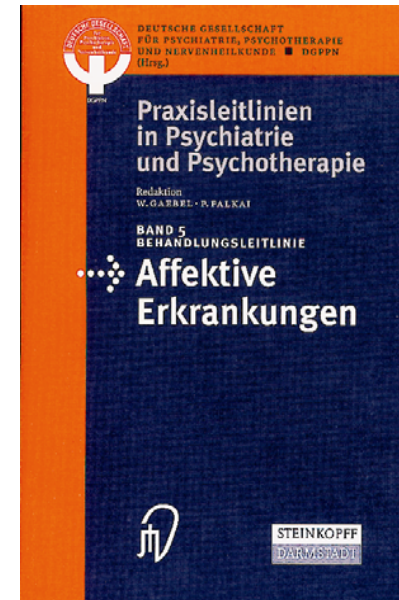
S3-Leitlinie unipolare Depression

Mathias Berger

**Martin Härter, Christian Klesse, Isaac Bermejo
(Freiburg)**

- **Hintergrund der S3-/NV-Leitlinie**
- **Methodik**
- **Zentrale Empfehlungen**
- **Behandlungsschnittstellen/-indikatione**
- **Grenzen , Möglichkeiten und Ausblick**

Projekt der DGPPN und des ÄZQ (2005-2009):



1. Erstellung von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie unipolarer depressiver Störungen auf **S3/NVL-Standard**
2. Einbezug **aller** relevanten Berufs- und Fachgruppen sowie Patienten- und Angehörigenverbände
3. Entwicklung von **erfolgsversprechenden** Implementierungs- und Qualitäts-sicherungsmaßnahmen

Gemeinsame Initiative von BÄK, KBV und AWMF zur Qualitätsförderung in der Medizin

Versorgungsleitlinien sind evidenzbasierte (ärztliche) Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische Versorgung (Disease Management, Integrierte Versorgung)

Entwickelte NVL:

- Asthma und COPD
- Typ-2-Diabetes (Augenkomplikationen und Fußkomplikationen)
- Koronare Herzkrankheit
- Depression

In Entwicklung befindliche NVL:

- Herzinsuffizienz
- Kreuzschmerz
- Diabetische Nephropathie und Diabetische Neuropathie

Zu den VersorgungsLeitlinien gehören:

- Praxishilfen (z. B. Formulare und Checklisten)
- Zertifizierte Fortbildungsangebote
- PatientenLeitlinien, erstellt durch das Patientenforum bei der Bundesärztekammer
- Methoden-Reports, Kommentare, Leitlinienglossar



Forschungsdefizite
Strukturen,
Schulen
etc.

Herkules und erymanthischer Eber

Teilnehmer der Konsensusrunde

N=31



14 Fachgesellschaften

che
gung

Arbeitsgemeinschaft
der Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

8 Berufsverbände



Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen (DAGSHG)

4 Patienten-/Angehörigenverbände



Deutsche Gesellschaft für
Wissenschaften
GRW)



B
Vertra



DÄVT

5 weitere Organisationen



Berufsverband Deutscher
Psychiater (BVDP)



Deutsche Fachgesellschaft für
tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie (DFT)



Deutsche Psychoanalytische
Gesellschaft (DPG)



Deutscher Hausärzterverband



Deutsche Psychoanalytische
Vereinigung (DPV)



Gesellschaft für wissenschaftliche
Gesprächspsychotherapie (GwG)



Deutsche Psychotherapeuten-
vereinigung (DPTV)

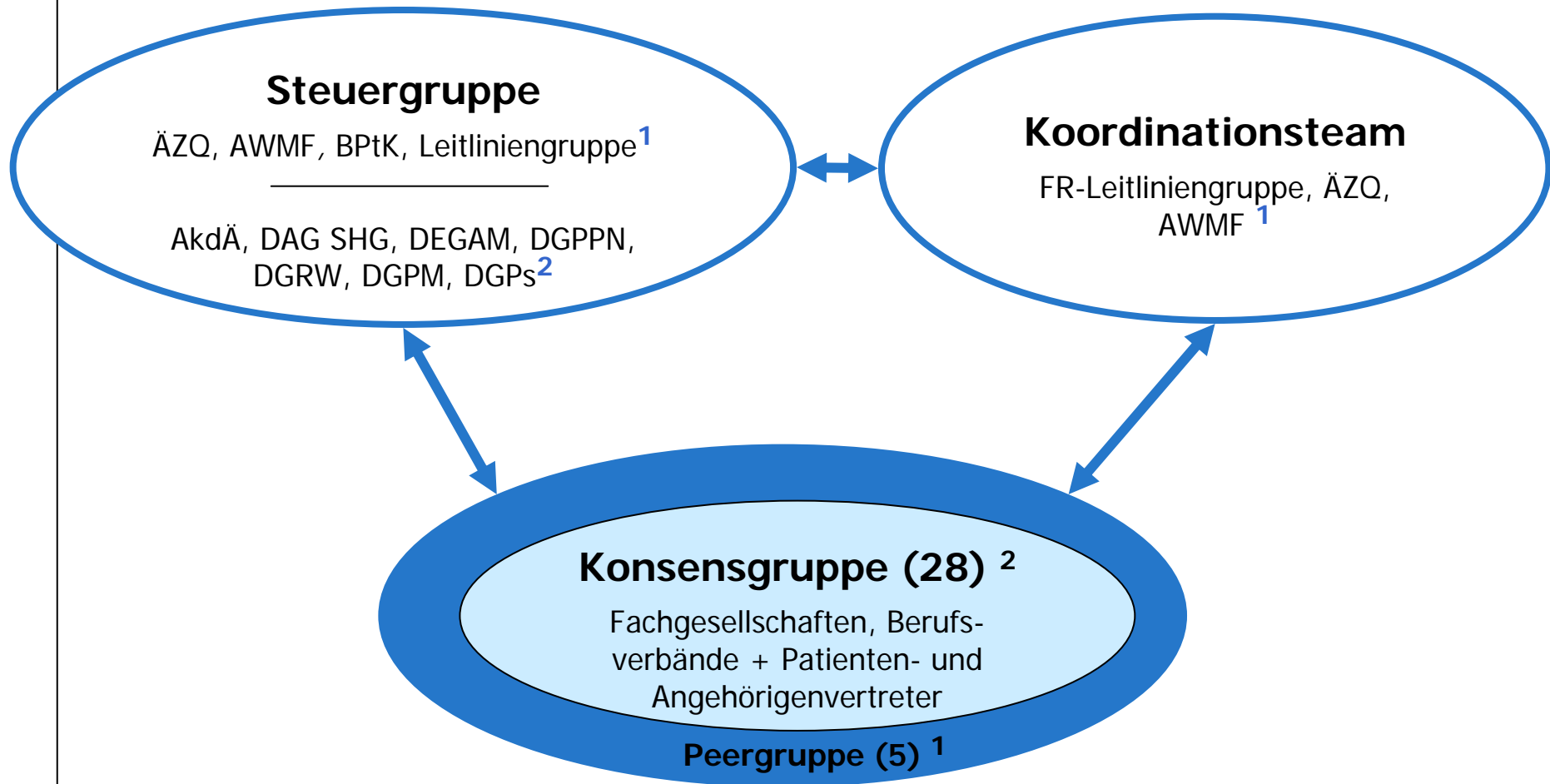


Kompetenznetz Depression,
Suizidalität (KND)



Deutscher Fachverband für
Verhaltenstherapie (DVT)

Organigramm S3- / NVL Depression



¹ Beratende Funktion und/oder Redaktion

² Stimmberechtigte Mitglieder

- **Hintergrund der S3-/NV-Leitlinie**
- **Methodik**
- **Zentrale Empfehlungen**
- **Behandlungsschnittstellen/-indikatione**
- **Grenzen , Möglichkeiten und Ausblick**

Referenz-Leitlinie:

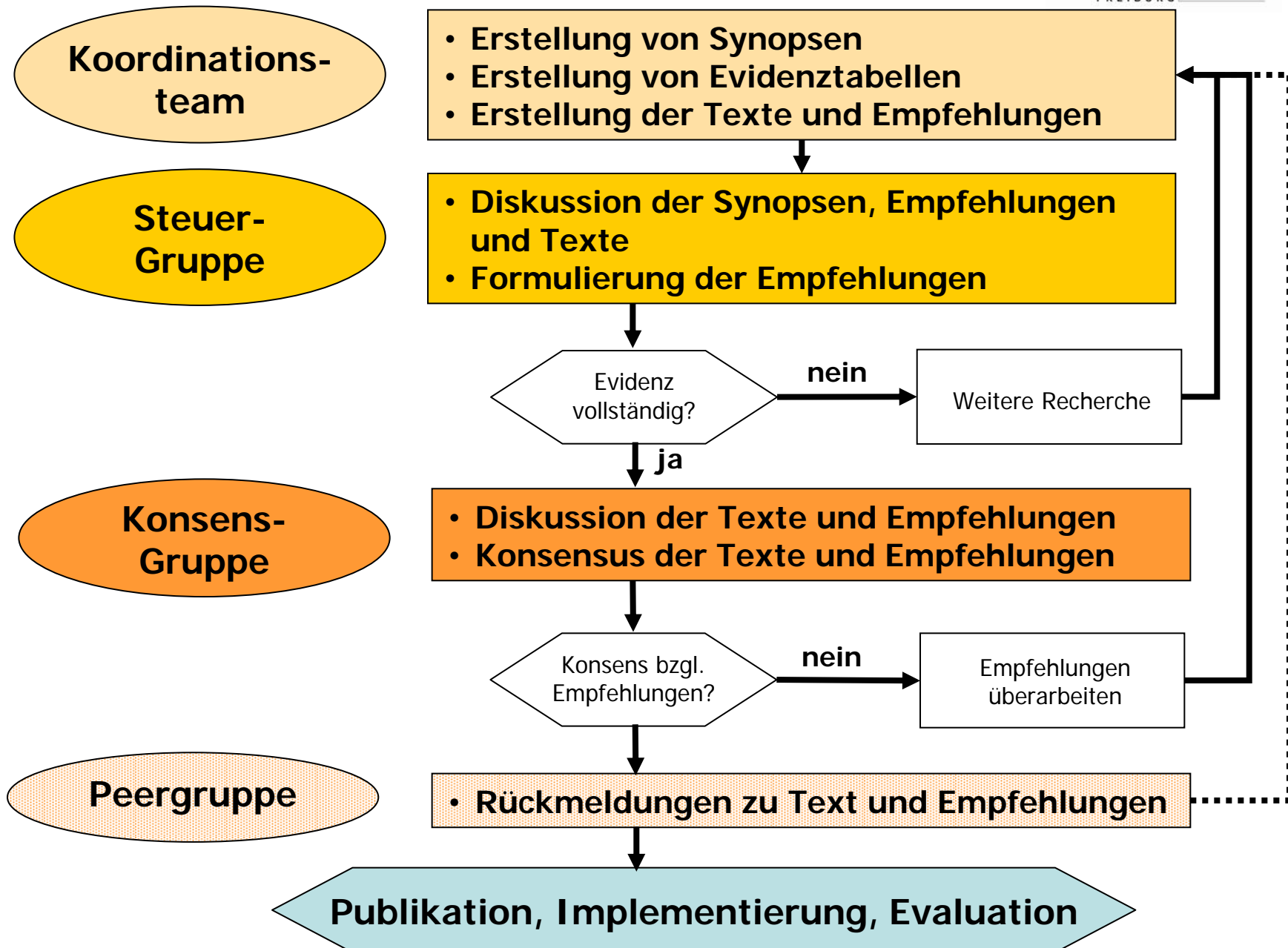
**National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE):
Depression, Dez. 2004; Neuauflage 2009**

Ergänzende Quell-Leitlinien je nach Fragestellung:

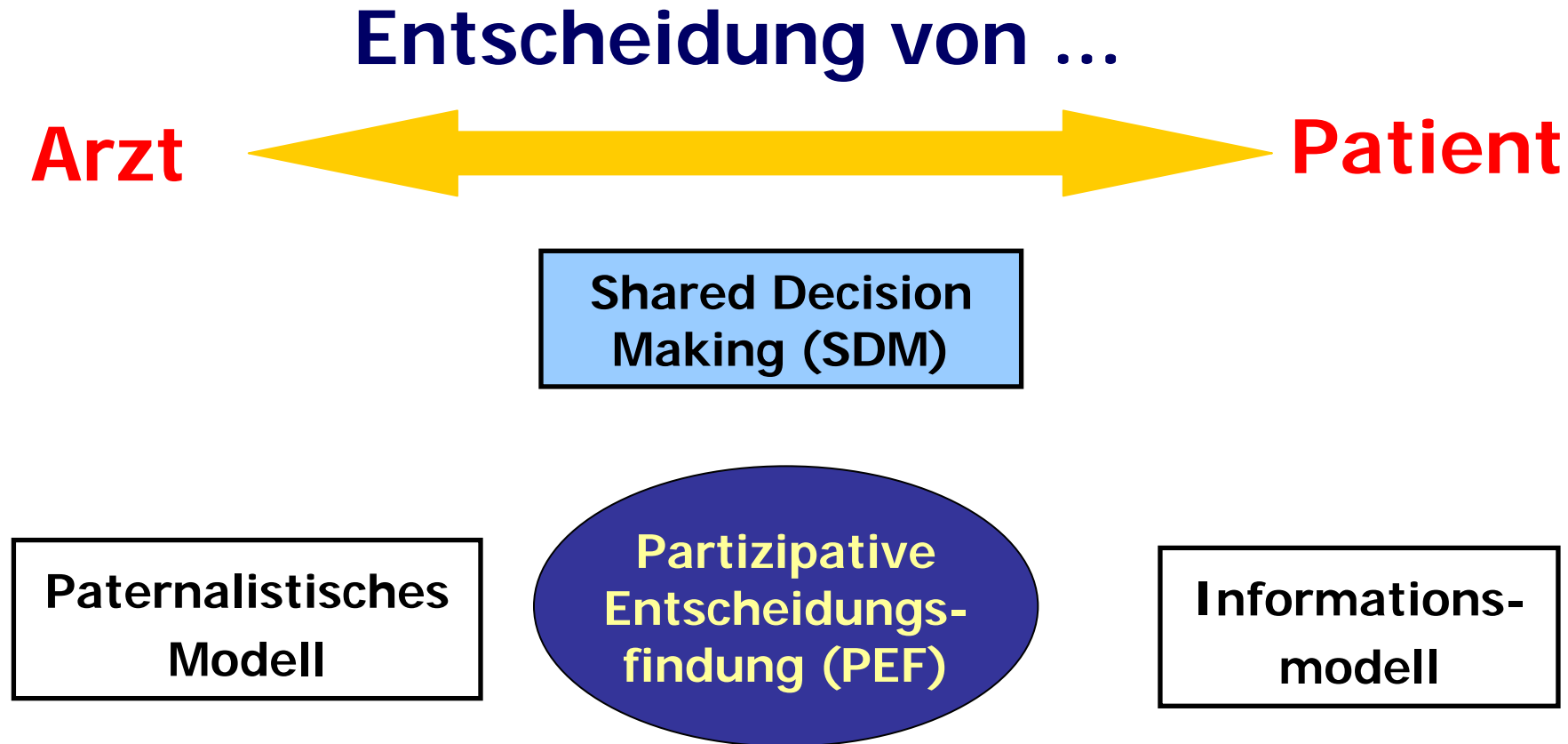
- Dt. Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
- Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Dt. Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
- Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Dt. Ärzteschaft (AkdÄ)
- Versorgungsleitlinien für die ambulante Praxis (Kompetenznetz Depression)
- Canadian Psychiatric Association (CPA)
- American Psychiatric Association (APA)

Zustimmung: 100%

Ablauf



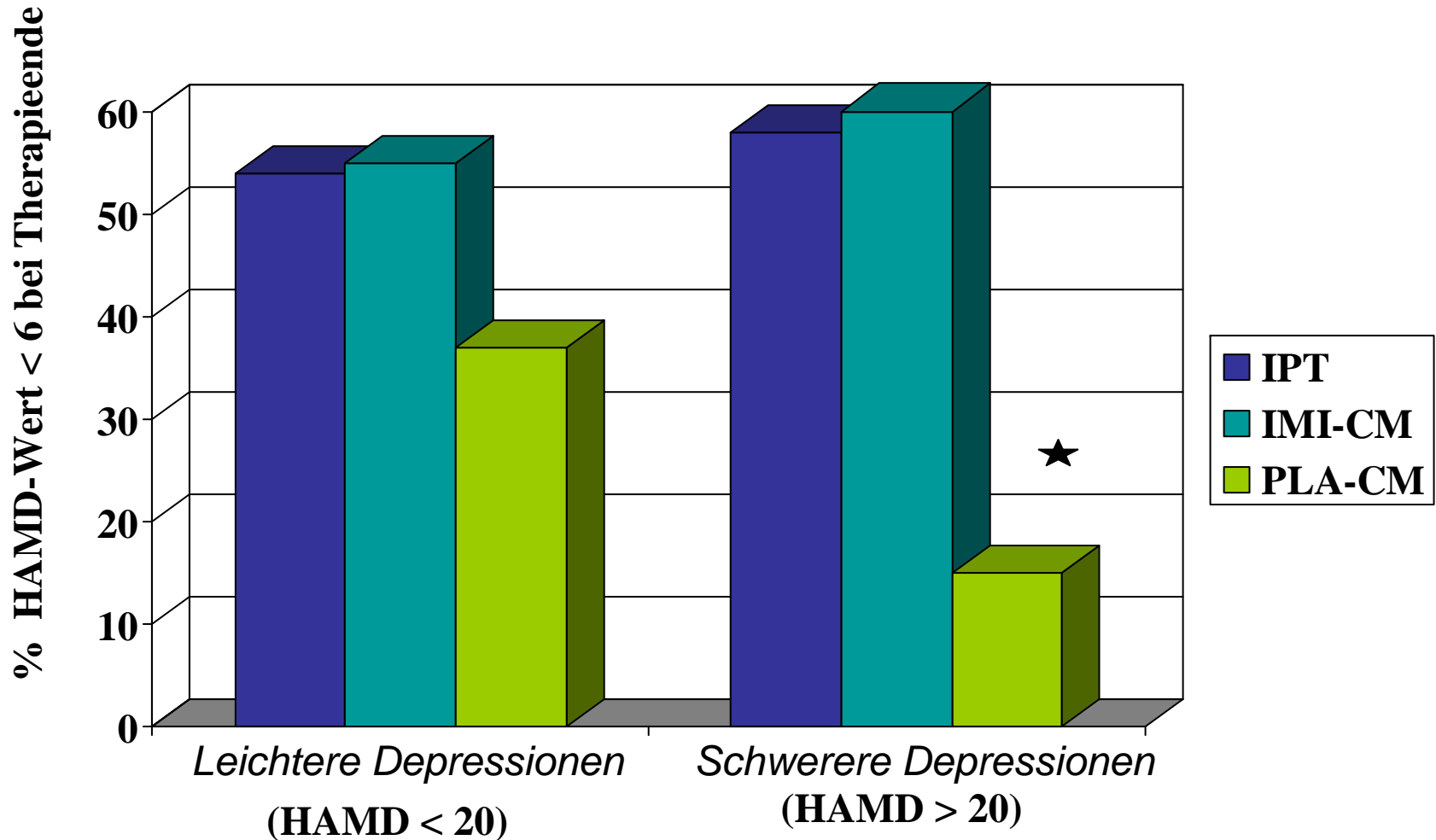
- **Hintergrund der S3-/NV-Leitlinie**
- **Methodik**
- **Zentrale Empfehlungen**
- **Behandlungsschnittstellen/-indikationen**
- **Ausblick**



- Bei einer **leichten depressiven Episode** kann, im Sinne einer **aktiv-abwartenden Begleitung** zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. **(Grad C)**

- Bei **Symptomstagnation bzw. –verschlechterung nach 14 Tagen**, sollte eine spezifische Therapie eingeleitet werden **(Grad C)**

Wirksamkeit der IPT im Vergleich zu KVT und Pharmakotherapie in der Akuttherapie (Elkin et al 1989, N= 250, 16-wöchige Therapiedauer)

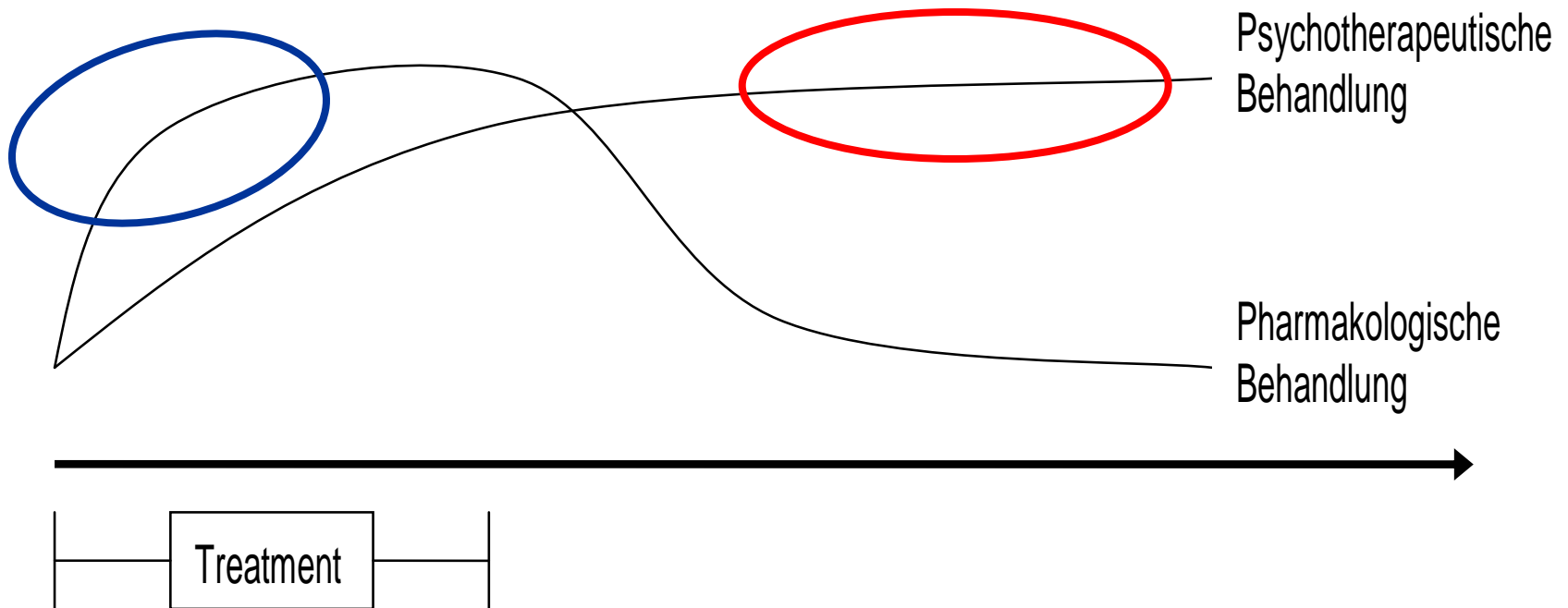


Aktiv-abwartende Begleitung

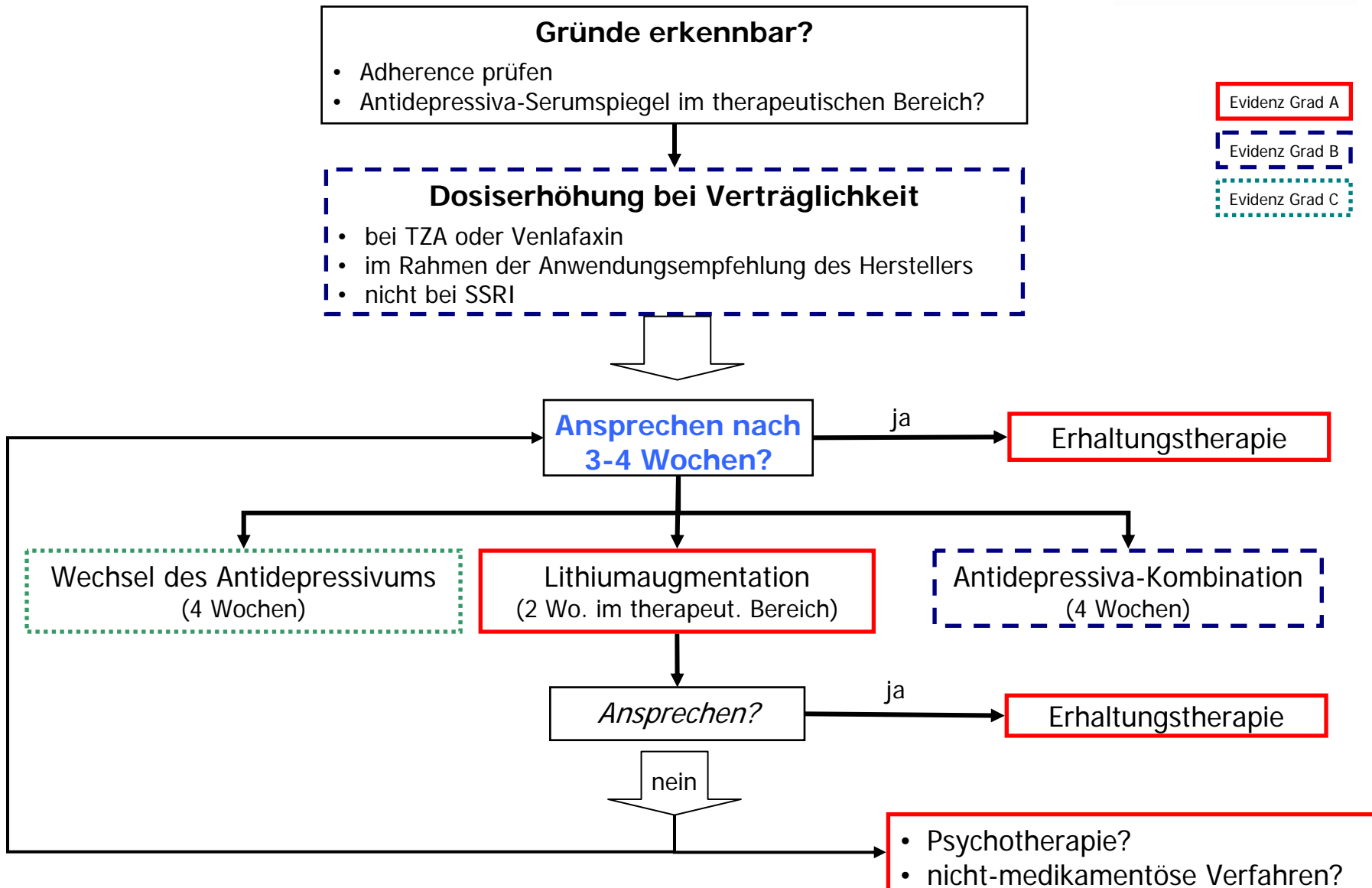
- aktives flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung;
- empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung;
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodelles, Klärung aktueller Motivationen und der Therapieerwartungen des Patienten;
- Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose, Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodelles“ zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen;
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von zurzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation;
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation, Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgserlebnissen (positive Verstärker);
- Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z. B. Antidepressiva, Richtlinien-Psychotherapie);
- Einbezug von Angehörigen, Stärken der Ressourcen;
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements.

- **Antidepressiva** sollten **nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden** eingesetzt werden. **(Grad C)**
- Bei **akuten mittelgradigen depressiven Episode** sollte eine **medikamentöse Therapie** mit einem Antidepressivum angeboten werden. **(Grad A)**
- Bei **akuten schweren depressiven Episoden Kombinationsbehandlung** (Antidepressivum und Psychotherapie). **(Grad A)**
- Bei **leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden erster Therapieversuch** auch mit **Johanniskraut**. **(Grad C)**

Rascherer Wirkeintritt von AD und Nachhaltigkeit von Psychotherapie



Therapieresistente Depressionen



- Bei **leichten bis mittelschweren** depressiven Episoden **gleichwertig** zur Antidepressivatherapie **(Grad A)**
- Bei **akuten schweren Depressionen** als **Kombinationsbehandlung** mit medikamentöser Therapie **(Grad A)**
- Bei **Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression** **Kombinationstherapie** (Psychotherapie und Antidepressiva) einer Monotherapie **überlegen (Grad A)**

- **für keines der (beschriebenen) Verfahren wird eine spezifische Empfehlung ausgesprochen – im Gegensatz zur NICE-Leitlinie (dort überwiegende Empfehlung von KVT und IPT)**
- **alle in der Richtlinienpsychotherapie angewendeten Verfahren werden genannt (+ weitere)**
- **für alle (beschriebenen) Verfahren werden die vorliegenden Studien aufgeführt**

Evidenz Psychotherapie (Bsp.)

Evidenztabelle Psychotherapie als Akuttherapie bei leichter bis mittelschwerer Depression

	Studientyp	Ergebnisse
Kognitive Verhaltenstherapie	Metaanalysen	KVT > AD, andere Therapieverfahren ¹⁻³ KVT = AD ²⁶
	Review	KVT ≥ AD ⁴
	RCTs ^a	KVT ≥ AD ^{6, 19-26}
Interpersonelle Psychotherapie	Metaanalyse	IPT > AD ⁵ IPT > KVT ⁵
	Review	IPT = AD, KVT ⁴
	RCTs ^a	IPT = KVT ⁶ IPT + AD > AD + CM ⁷ IPT = AD ⁷⁻⁹ IPT > TAU ⁹
Psychodynamische Kurzzeittherapie	Metaanalyse	STPP > TAU (verschiedene Störungen) ^{18, 27, b}
	RCTs	STPP = KVT ¹⁰ SPSP + AD > AD ^{11, 13} STPP + AD = STPP ¹²
Analytische Langzeitpsychotherapie	Zur analytischen Langzeitpsychotherapie liegen keine randomisiert-kontrollierten Studien vor ^c	
Gesprächspsychotherapie	RCTs	GPT = KVT ^{15-16, d} GT = fokale analytische Therapie ¹⁴ GPT > TAU ¹⁷



Nach erfolgreicher Akuttherapie sollte immer eine **6-9-monatige Erhaltungstherapie** erfolgen.

➤ **bei alleiniger Psychotherapie**

- ↳ Fortführung bis zur Wiederherstellung des prämorbidem psychosozialen Funktionsniveaus und dem Erwerb präventiver Strategien
- ↳ Evtl. längere Phasen zwischen den Therapiesitzungen

- **KHK + Depression:** Pharmakotherapie, vorzugsweise **SSRI (A)**;
ebenso bei **Schlaganfall (B)**
- **Tumore + Depression:** Pharmakotherapie, primär **SSRI (C/O)**
- **Diabetes + Depression:** **SSRI (A)** bzw. Psychotherapie **(B)**
- **Chronischer Schmerz + Depression:** **TZA (B)** bzw. KVT / IPT **(C/O)**

- **Hintergrund der S3-/NV-Leitlinie**
- **Methodik**
- **Zentrale Empfehlungen**
- **Behandlungsschnittstellen/-indikatione**
- **Grenzen , Möglichkeiten und Ausblick**

Indikationen zur stationären Behandlung

- akute Suizidalität/sonstige Eigengefährdung
- Fremdgefährdung
- Behandlungsgefährdende psychosoziale Probleme
- Ambulante Therapieresistenz

Indikationen zur teilstationären Behandlung

- Unzureichendes soziales Netz
- Unzureichende ambulante Versorgung

„ red flags “

- Nach **3-4 Wochen Erfolglosigkeit bei allen Therapien**
Veränderung des therapeutischen Vorgehens
(bei älteren Patienten nach 6 Wochen)
- Nach **6 Wochen erfolgloser hausärztlicher Behandlung**
Überweisung
- Nach **3 Monaten erfolgloser Psychotherapie** Überweisung zum
Facharzt

- **Hintergrund der S3-/NV-Leitlinie**
- **Methodik**
- **Zentrale Empfehlungen**
- **Behandlungsschnittstellen/-indikatione**
- **Grenzen , Möglichkeiten und Ausblick**

Vergleich der englischen NICE und deutschen S3/NVL Leitlinien

NICE

S3/NVL

- **Watchful Waiting** bei **leichten Depressionen**

- **Übernommen = aktiv abwartende Begleitung**

- **Leichte Depressionen:** „guided selfhelp“ nach KVT und **computerisierte KVT**

- **∅**

- **Antidepressivum 1. Wahl: SSRI**

- **Keine** spezifische 1. Wahl-Empfehlung

- **Psychotherapie-Empfehlung: KVT oder IPT**

Keine Empfehlung eines bestimmten Psychotherapieverfahrens

- **Bei mittelschweren Depressionen und chronischer körperlicher Erkrankung: KVT Gruppentherapie oder VT Paartherapie**

- **1. Wahl: Antidepressivum**, evtl. ergänzende Psychotherapie

- **Bei schwerer Depression und chronischer körperlicher Erkrankung: KVT und Antidepressivum**

- **1. Wahl: Antidepressivum**, evtl. ergänzende Psychotherapie

- **Psychologische und psychosoziale Interventionen** anhand von **Manualen**

- **∅**

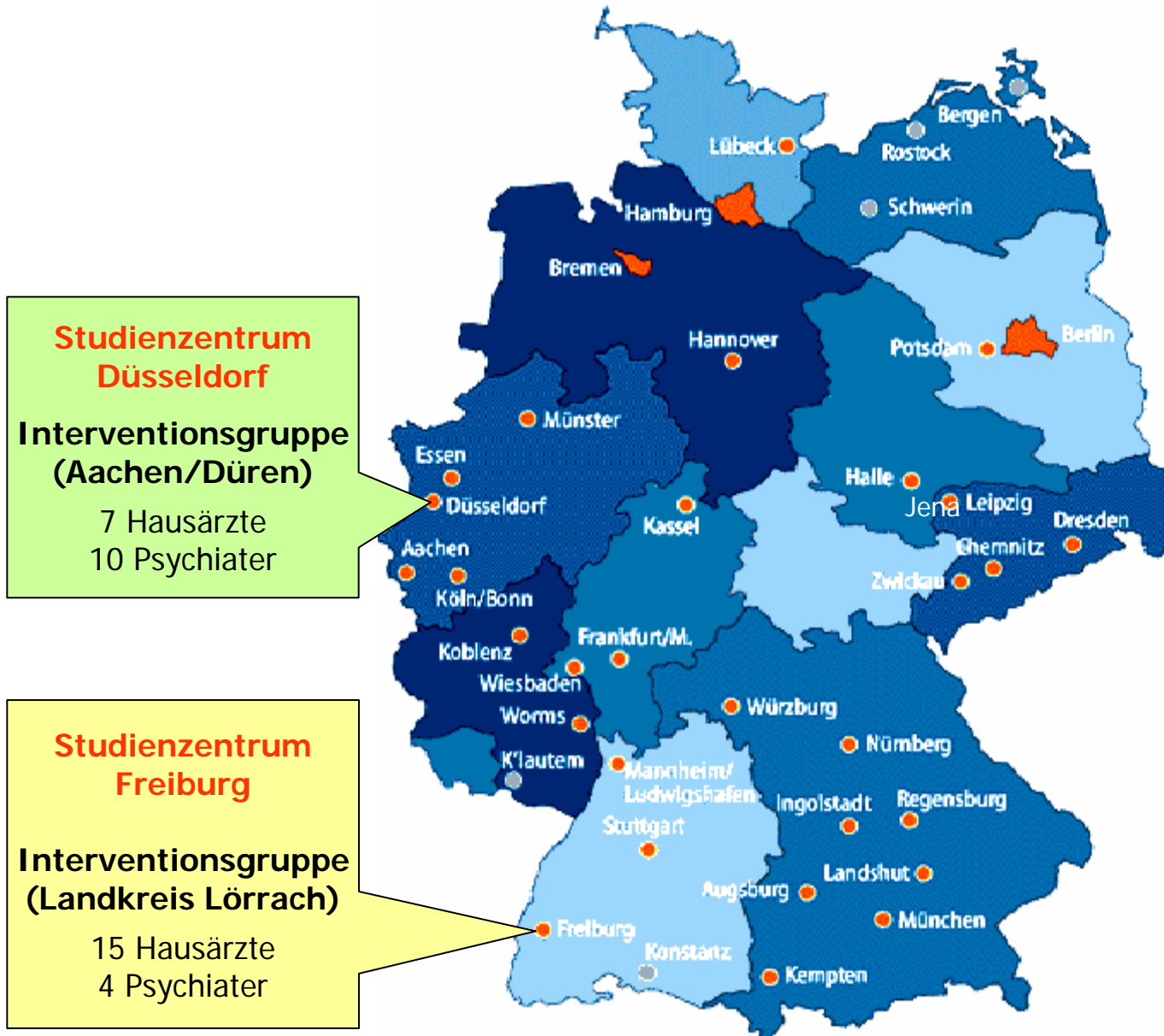
- **Keine „red flags“**

- - Nach **3-4 Wochen Erfolglosigkeit bei allen Therapien** Veränderung des therapeutischen Vorgehens (bei älteren Patienten nach 6 Wochen)
- nach **6 Wochen erfolgloser hausärztlicher Therapie** Überweisung
- nach **3 Monaten erfolgloser Psychotherapie** Überweisung zum Facharzt

- Depressionen epidemiologisch, gesundheitsökonomisch (Kosten, AU, Frühberentung...) und klinisch zunehmendes Problemfeld
- Große Verbesserungspotentiale bzgl. Erkennen, Diagnose und Therapie in der ambulanten und stationären Versorgung
- regional ausgeprägte Unterversorgung (Niederlassungszahlen: West > Ost / Stadt > Land)
- gute Behandlungsqualität, Indikationskriterien für verschiedene Settings fehlen aber
- Verbesserung der Versorgung durch IV-Modelle oder DMP (?)

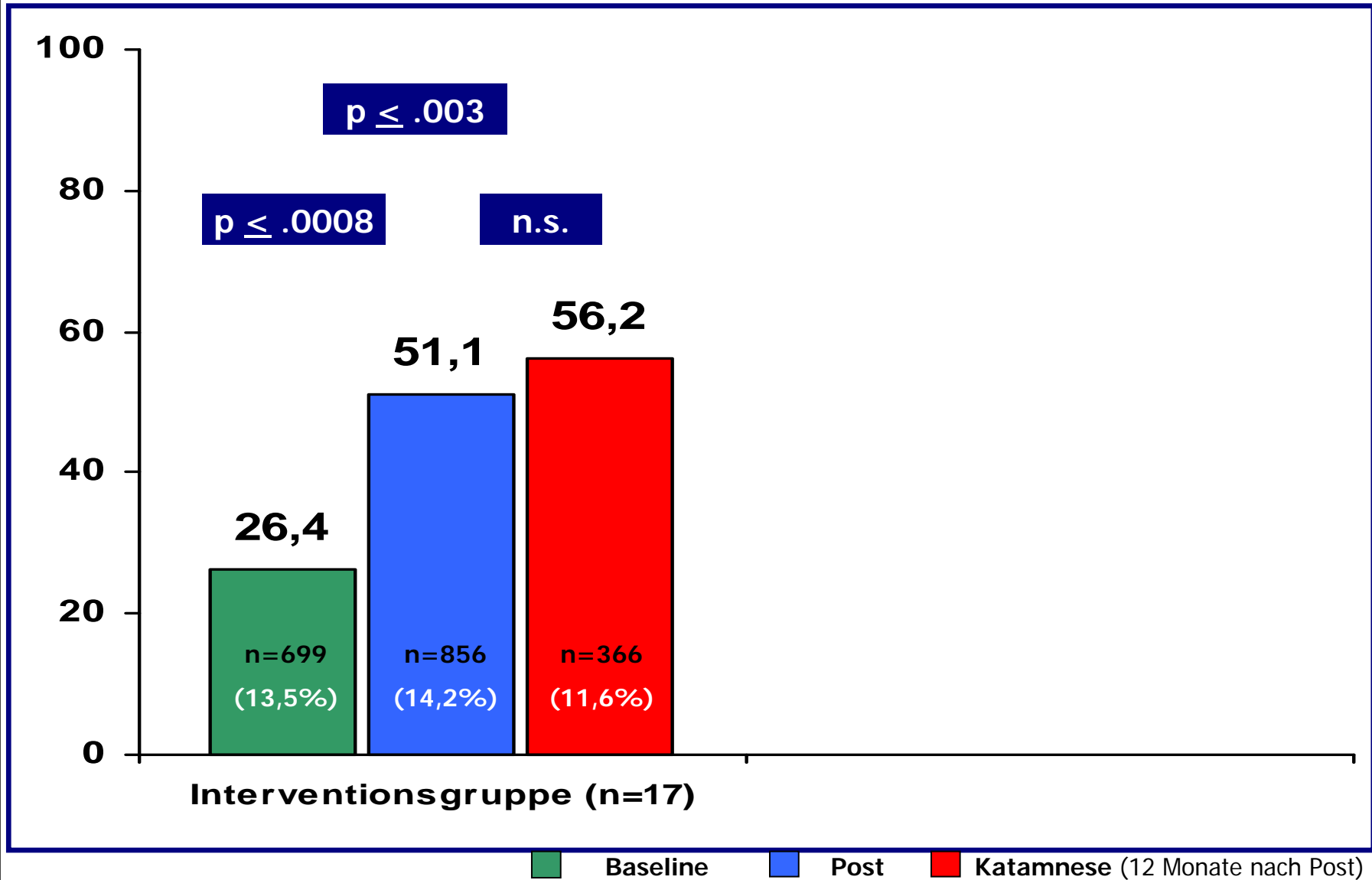
- Depressionen epidemiologisch, gesundheitsökonomisch (Kosten, AU, Frühberentung...) und klinisch zunehmendes Problemfeld
- Große Verbesserungspotentiale bzgl. Erkennen, Diagnose und Therapie in der ambulanten und stationären Versorgung
- regional ausgeprägte Unterversorgung (Niederlassungszahlen: West > Ost / Stadt > Land)
- gute Behandlungsqualität, Indikationskriterien für verschiedene Settings fehlen aber
- Verbesserung der Versorgung durch IV-Modelle oder DMP (?)

Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement



Erkennensrate

Übereinstimmung: Hausärzte (Diagnose „Depression“) und Patient (PHQ-Score ≥ 11)

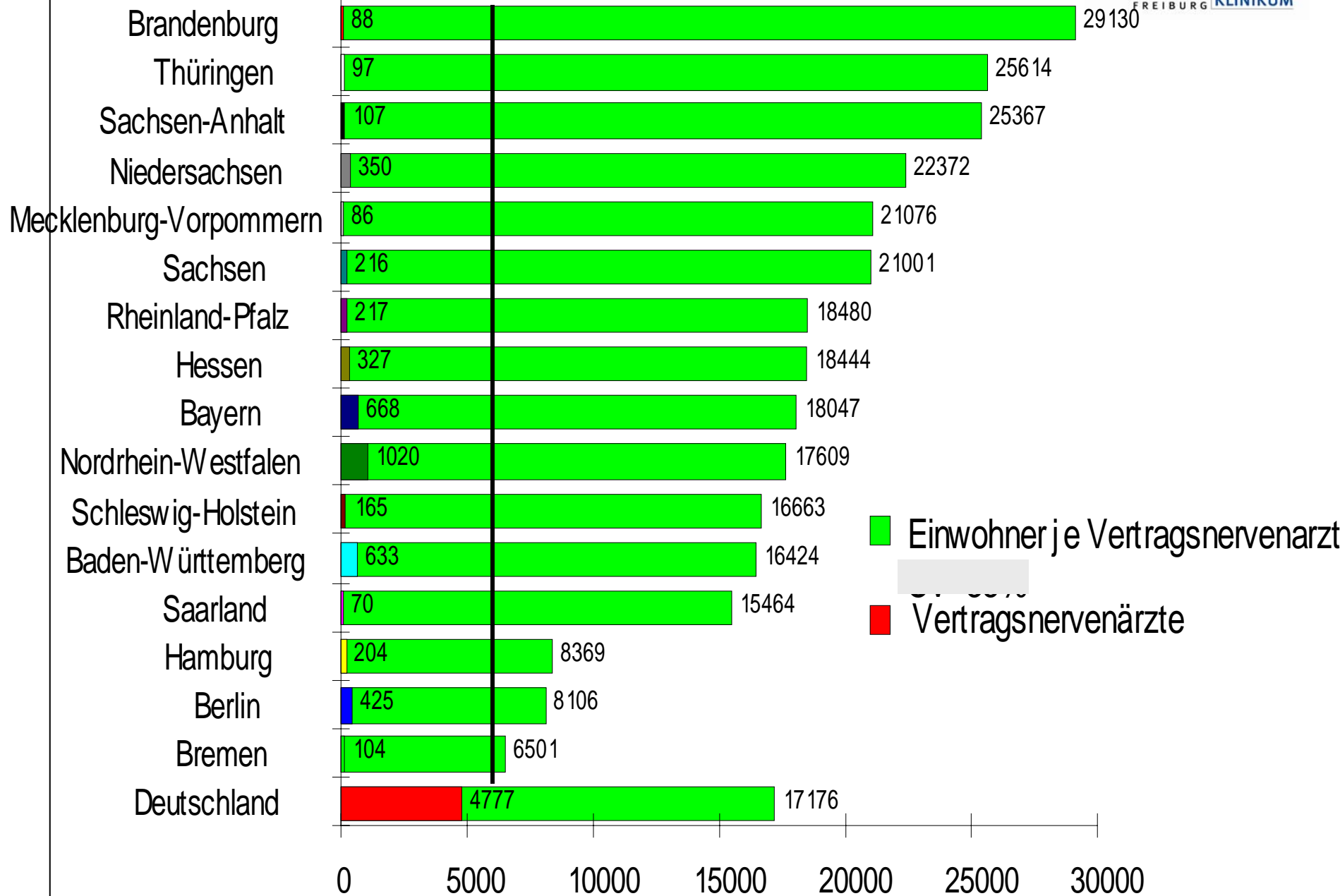


- Depressionen epidemiologisch, gesundheitsökonomisch (Kosten, AU, Frühberentung...) und klinisch zunehmendes Problemfeld
- Große Verbesserungspotentiale bzgl. Erkennen, Diagnose und Therapie in der ambulanten und stationären Versorgung
- regional ausgeprägte Unterversorgung durch Psychiater/Psychotherapeuten (Niederlassungszahlen West > Ost/Stadt > Land)
- hohe stationäre Behandlungsqualität, Indikationskriterien für verschiedene Settings fehlen aber
- Verbesserungen durch Umsetzung von Leitlinien und Integrierte Versorgungsmodelle erreichbar?

Vertrags-nervenärztliche Versorgungsdichte 1999

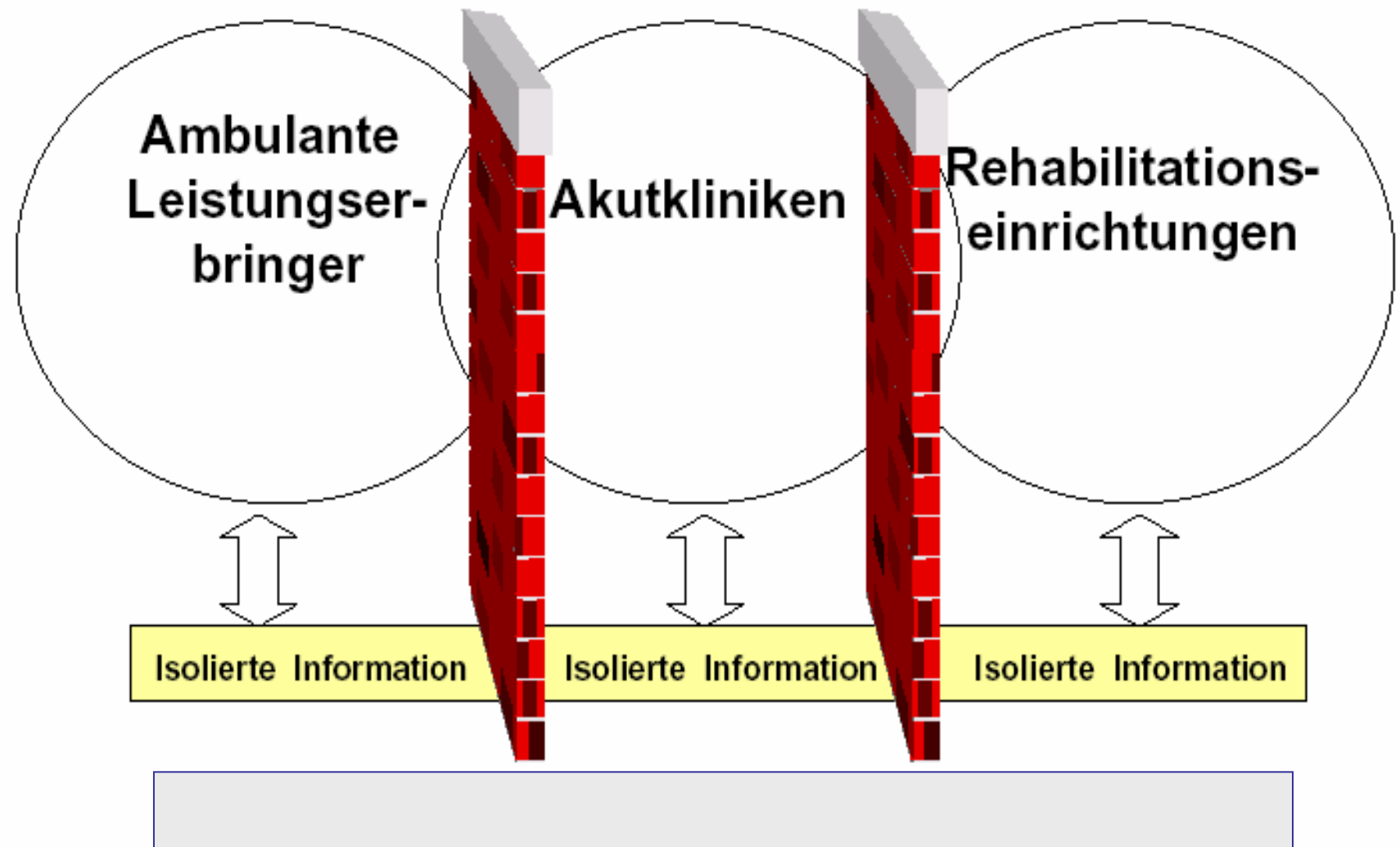


UNIVERSITÄTS
FREIBURG KLINIKUM

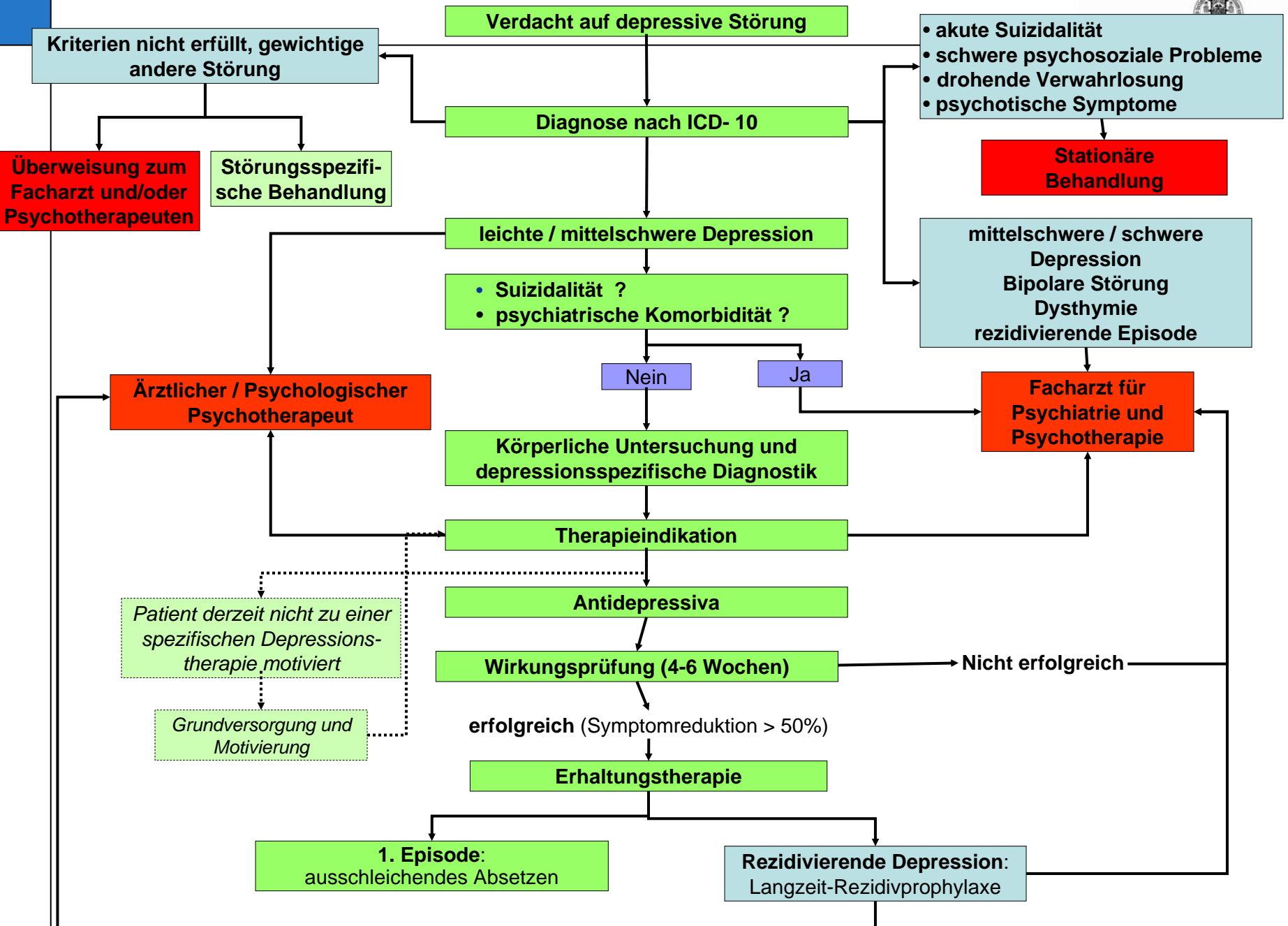


- Depressionen epidemiologisch, gesundheitsökonomisch (Kosten, AU, Frühberentung...) und klinisch zunehmendes Problemfeld
- Große Verbesserungspotentiale bzgl. Erkennen, Diagnose und Therapie in der ambulanten und stationären Versorgung
- regional ausgeprägte Unterversorgung durch Psychotherapeuten und Psychiater, Niederlassungszahlen West > Ost/Stadt > Land
- Verbindliche, konsentiierte Indikationskriterien für verschiedene Settings und deren Schnittstellen fehlen
- Verbesserungen durch Umsetzung von Leitlinien und Integrierte Versorgungsmodelle erreichbar?

Die Abschottung der Sektoren verursacht in vielen Fällen eine ineffiziente Leistungserbringung



Versorgungskorridor für die hausärztliche Versorgung



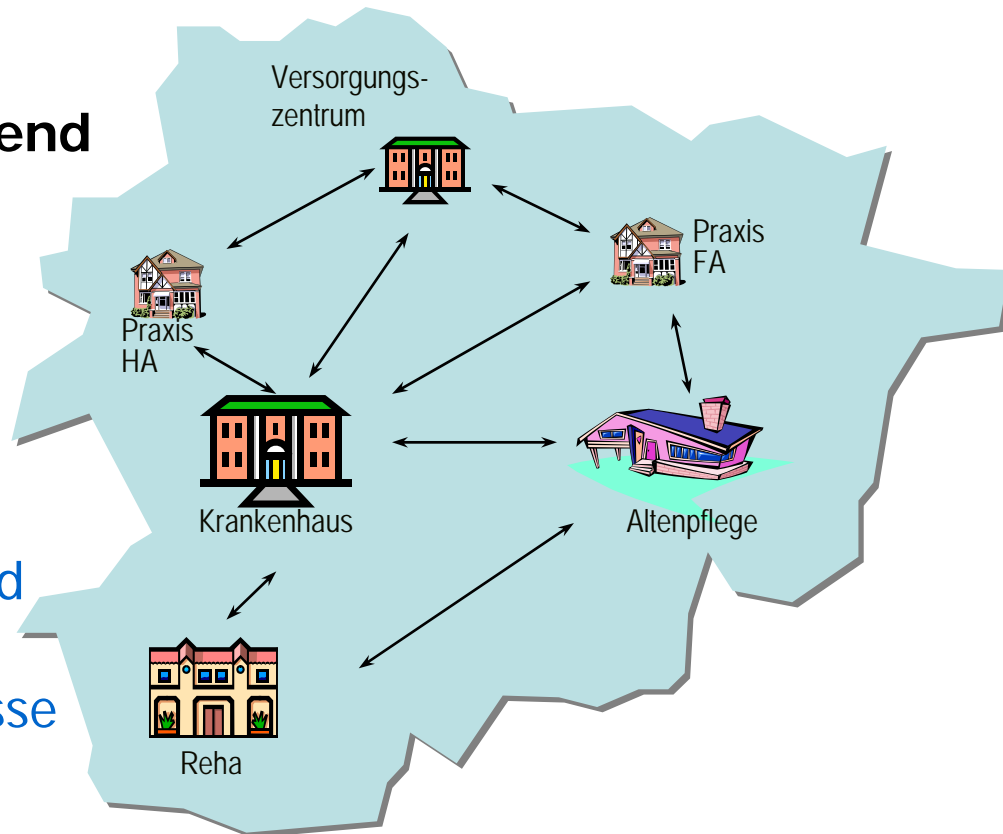
„Brennpunkte“ der Versorgung

- Depressionen epidemiologisch, gesundheitsökonomisch (Kosten, AU, Frühberentung...) und klinisch zunehmendes Problemfeld
- Große Verbesserungspotentiale bzgl. Erkennen, Diagnose und Therapie in der ambulanten und stationären Versorgung
- regional ausgeprägte Unterversorgung durch Psychotherapeuten und Psychiater, Niederlassungszahlen West > Ost/Stadt > Land
- Verbindliche, konsentiierte Indikationskriterien für verschiedene Settings und deren Schnittstellen fehlen
- Verbesserungen durch Umsetzung von Leitlinien und Integrierte Versorgungsmodelle erreichbar?

Integrierte Versorgung

(Rechtliche Vorgaben § 140 a-h SGB V)

- Vertrag zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen
- Vertrag sektorenübergreifend *und/oder* fachübergreifend
- Verpflichtung zu
 - Qualitätssicherung
 - Wirtschaftlichkeit
 - Behandlung entsprechend anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse
 - → Leitlinien



Modul 1:

Hausärzte



Fachärzte

- Früherkennung
- Behandlungsinitiierung
- leicht / mittelgradige Depression
- Therapieresistenz (ambulante Therapie)
- Komplexe Behandlung

- erheblichen Funktionseinschränkungen,
- Akute Suizidalität / Fremdgefährdung
- psychotische Symptomatik
- ambulante Therapieresistenz

Modul 2:

Therapiegruppen
chronischer
Verlauf

- (mittelgradige /) schwere Depression
- Chronische Depression
- Problem
- Suizidalität
- Komorbidität

- nicht ausreichender Remission
- Chronifizierung (Symptome \geq 2 Jahre)

Behandlung

(AKB)

Universitätsklinikum Freiburg
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie

Remissionsraten

(n= 113; LOCF-Method)

100,0 %

90,0

80,0

70,0

60,0

50,0

40,0

30,0

20,0

10,0

0,0

Erstkontakt

1. Folgekontakt

2. Folgekontakt

3. Folgekontakt

4. Folgekontakt

40,7

54,9

60,2

62,8



- **Keine Anrechnung auf Praxisbudget**
- **Abklärung und Behandlung anderer Erkrankungen weiterhin über Krankenversichertenkarte**

Hausärzte:

- 4 Gespräche (á 20 Minuten) innerhalb von ca. 6 Wochen (á 30.- €)
 - Zzgl. Patientenscreening, Einschreibebgebühr, Diagnostik, Aufklärung und Motivation, Basisdokumentation, Symptomliste, Teilnahme am Qualitätszirkel (ins. max. 135.- €)
- ↳ Gesamtvergütung pro Patient (max.): **255.- €** innerhalb von 6 Wochen

Fachärzte:

- 6 Gespräche (á 30 Minuten) innerhalb von ca. 10 Wochen und in begründeten Fällen weitere 5 Gespräche innerhalb 10 Wochen (á 50.- €)
 - ZZgl. Patientenscreening, Einschreibebgebühr, Diagnostik, Aufklärung und Motivation, Basisdokumentation, Symptomliste, Teilnahme am Qualitätszirkel (ins. max. 135.- €)
- ↳ Gesamtvergütung (max.) **685.- €**

Maßnahmen zur Implementierung

1. Erstellung einer **Kurzform, Ultra-Kurzform, Kittelversion** und **Patientenversion**
2. **Volltext im Internet** publizieren
3. Einheitliches **Praxis-Dokumentationssystem**
4. Integration in **Qualitätszirkelarbeit**
5. Integration in klinische **Behandlungspfade**
6. Schaffung von **finanziellen Anreizen** für Leitlinienorientiertes Vorgehen (z.B. in **IV-Projekten**)
7. Internetbasierte Module zur **zertifizierten Fortbildung**
8. Einbindung in **Praxis-QM-Systeme**
9. Etablierung von Einrichtungs-internen **QM-Maßnahmen** mittels **Qualitätsindikatoren**

Nürnberger
Bündnis
gegen
Depressionen

*er ist
wie versteinert*

DEPRESSION

hat
viele gesichter

Wenn sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
nürnberger bündnis gegen depression:

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt,
Klinikum Nürnberg Nord.
www.buendnis-depression.de