

# S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – zentrale Aspekte für die psychotherapeutische Praxis

Rainer Richter<sup>1,2</sup>, Martin Härter<sup>3</sup>, Christian Klesse<sup>4</sup>, Isaac Bermejo<sup>5</sup>, Mathias Berger<sup>4</sup>, Tom Bschor<sup>6</sup>, Jochen Gensichen<sup>7</sup>, Martin Hautzinger<sup>8</sup>, Carsten Kolada<sup>9</sup>, Ina Kopp<sup>10</sup>, Christine Kühner<sup>11</sup>, Monika Lelgemann<sup>12</sup>, Jürgen Matzat<sup>13</sup>, Berit Meyerrose<sup>14</sup>, Christoph Mundt<sup>15</sup>, Wilhelm Niebling<sup>16</sup>, Günter Ollenschläger<sup>14</sup>, Henning Schauenburg<sup>17</sup>, Frank Schneider<sup>18</sup>, Holger Schulz<sup>3</sup>, Susanne Weinbrenner<sup>14</sup>, Timo Harfst<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin, <sup>2</sup>Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, <sup>5</sup>Celenus-Kliniken GmbH, Offenburg, <sup>6</sup>Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik, Berlin, <sup>7</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, <sup>8</sup>Universität Tübingen, Psychologisches Institut, <sup>9</sup>Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, <sup>10</sup>AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps-Universität Marburg, <sup>11</sup>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, <sup>12</sup>Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Essen, <sup>13</sup>Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Gießen, <sup>14</sup>Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, <sup>15</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, <sup>16</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, <sup>17</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, <sup>18</sup>Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

**Zusammenfassung:** Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, sowohl in der hausärztlichen als auch in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Nach wie vor bestehen relevante Defizite beim Erkennen, der Differenzialdiagnostik und der Behandlung von depressiven Störungen. Die neue evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie<sup>1</sup>/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression soll hier einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung in Deutschland leisten. Sie gibt hierzu differenzierte evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen und betont die aktive Beteiligung von Patienten und Angehörigen an den Entscheidungen der Depressionsbehandlung. Bei leichten bis mittelschweren Depressionen soll den Patienten eine Psychotherapie angeboten werden. Bei akuten mittelgradigen Depressionen soll alternativ auch eine Monotherapie mit einem Antidepressivum angeboten werden. Bei schweren und chronischen Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie angeboten werden.

## Hintergrund

Unipolare depressive Störungen zählen epidemiologisch und versorgungsepidemiologisch zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. Nach den Daten des Bundesgesundheits surveys leiden innerhalb eines Jahres circa 10,9% der erwachsenen deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren an einer unipolaren depressiven Störung (Jacobi et al., 2004). Auch nach den Daten aus der Routineversorgung liegt der Anteil der von einer

unipolaren Depression betroffenen GKV-Versicherten bei 11,0% (Grobe, Dörning & Schwarz, 2011). Damit sind in Deutschland pro Jahr allein bezogen auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter circa 5,8 Millionen Menschen von einer unipolaren depressiven Störung betroffen. Darüber hinaus ist die Bedeutung der Depression auch für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen und der älteren Bevölkerung mit einer geschätzten Prävalenzrate von 5,0% bzw. 9,0% gut dokumentiert (Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort &

Ravens-Sieberer, 2008; Helmchen et al., 2010). In der Routineversorgung sind die Diagnosen einer unipolaren depressiven Störung bei älteren Menschen sogar noch deutlich häufiger (Grobe, Bramesfeld & Schwartz, 2006).

Die Folgewirkungen depressiver Störungen sind dabei erheblich. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 70,0% der jährlich knapp 10.000 Suizide in Deutschland mit einer depressiven Erkrankung in Zusammenhang stehen (Allianz Deutschland AG & Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, RWI, 2011). Darüber hinaus beziffert die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) für das Jahr 2000 die unipolaren

<sup>1</sup> Leitlinien der Klasse S3 verfügen über die höchste methodische Qualität und zeichnen sich dadurch aus, dass alle Elemente einer systematischen Entwicklung verwirklicht wurden. Das bedeutet insbesondere, dass die Entwicklergruppe repräsentativ für den Adressatenkreis ist, die Studienliteratur systematisch und evidenzbasiert recherchiert, ausgewählt und bewertet wurde und die Gruppe ihre Empfehlung in einem strukturierten Konsensusverfahren erarbeitet hat.

Depressionen mit einem Anteil von 12,1% als die Hauptursache für mit Behinderung verbrachte Lebensjahre (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004).

Dies hat sich in den vergangenen Jahrzehnten auch bei der Entwicklung der direkten und indirekten Krankheitskosten niedergeschlagen. Zwischen 1993 und 2008 stiegen nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes die Krankheitskosten für depressive Erkrankungen von 1,3 Milliarden auf 5,2 Milliarden Euro überproportional an. In diese Berechnung flossen neben den medizinischen Heilbehandlungen auch sämtliche Gesundheitsausgaben für Prävention, Rehabilitation und Pflege ein. Darüber hinaus kosten nach aktuellen Schätzungen allein die Fehltagel depressiv erkrankter Arbeitnehmer die Unternehmen in Deutschland jährlich circa 1,6 Milliarden Euro (Allianz Deutschland AG & RWI, 2011). Schließlich wurden im Jahr 2009 12,9% der vorzeitigen Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer unipolaren depressiven Störung vorgenommen.

### **Bedeutung der unipolaren Depression in der psychotherapeutischen Versorgung**

In der ambulanten psychotherapeutischen Praxis stellen die Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung die mit Abstand größte Gruppe. Nach aktuellen Daten aus einem Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie wurde bei 43,2% der Patienten mit einer gültigen ICD 10 Diagnose als Erstdiagnose eine depressive Störung kodiert (Wittmann et al., 2011). Hierbei wurde die depressive Episode (F32) mit 20,5% am häufigsten als Erstdiagnose kodiert, gefolgt von der rezidivierenden depressiven Störung (F33) bei 16,7% der Patienten und der Dysthymie (F34.1) bei weiteren 6,0%.

Auch in der stationären psychotherapeutischen Versorgung kommt den unipolaren Depressionen eine herausragende Bedeutung zu. Im Jahr 2008 erhielten fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und Fachabteilungen für

Psychosomatik und Psychotherapie als Erstdiagnose eine unipolare depressive Störung (48,6%). In Krankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie waren es immerhin 20,7% und damit nach den Störungen durch Alkohol die zweitgrößte Gruppe (Statistisches Bundesamt, 2009). Im Bereich der stationären Rehabilitation psychischer Erkrankungen erhielten im selben Zeitraum 30,0% der Patienten als Erstdiagnose eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2009). Dies illustriert auch die starken Überlappungen im Versorgungsgeschehen zwischen den drei stationären Einrichtungstypen, für die bislang keine konsentierten differenziellen Zuweisungskriterien existierten.

### **Entstehungs- und Entwicklungsprozess der S3-Leitlinie/NVL**

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) in Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) dient der Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter versorgungsbereichsübergreifender Leitlinien zu epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen. Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) liefern dabei auch eine zentrale inhaltliche Grundlage für die Ausgestaltung von Konzepten der strukturierten und integrierten Versorgung. Die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression ist die erste NVL für eine psychische Erkrankung (DGPPN et al., 2009). Dies unterstreicht die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen insgesamt und der depressiven Störungen im Besonderen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Bereits vor zehn Jahren war vom Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR, 2002b) die Forderung nach der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien u. a. für die unipolare Depression als einem epidemiologisch, klinisch und ökonomisch prioritä-

ren Versorgungsbereich erhoben worden. Die seinerzeit begonnenen Aktivitäten zur Qualitätsförderung der Leitlinien, namentlich der AWMF und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie das deutsche Leitlinien-Clearingverfahren des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wurden dabei vom SVR ausdrücklich unterstützt.

Zugleich kritisierte der SVR eine Engführung des Begriffs der Multidisziplinarität bei vielen Leitlinienentwicklern. Multidisziplinarität bei der Leitlinienentwicklung reiche weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinaus und umfasse auch die Beteiligung von Repräsentanten nichtärztlicher Gesundheitsberufe und Interessengruppen (SVR, 2002a, S. 69). Hierbei seien auch Patientenverbände und Selbsthilfegruppen einzubeziehen, da sie unmittelbar die Interessen von Betroffenen artikulieren (SVR, 2002a, S. 69f.). Ferner wurden vom SVR Defizite hinsichtlich der Beachtung von Patientenpräferenzen und adäquater Disseminations-, Implementations- und Evaluationsstrategien identifiziert (SVR, 2002a, S. 69). Schließlich empfahl der Rat eine phasenhafte Evaluation von Leitlinien in unterschiedlichen Stadien der Anwendungsreife, von einer Prä-Evaluation bis hin zu einer begleitenden Erfolgskontrolle und Evaluation der Leitlinienanwendung unter Routinebedingungen anhand einiger weniger, aber zentraler Erfolgsparameter. Der Leitlinien-Clearingbericht Depression des ÄZQ (2003) bestätigte diese Analyse, zeigte erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den Leitlinien auf und kam in seiner Bewertung zu dem Ergebnis, dass bei allen der 21 untersuchten nationalen und englischsprachigen Leitlinien zur Depression relevante Schwachstellen bestanden, insbesondere hinsichtlich der Implementierung der Leitlinie in den verschiedenen Versorgungssettings. Erste wichtige Vorarbeiten für die Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien in der Depressionsversorgung wurden im Rahmen des Kompetenznetzes Depression geleistet (Härter et al., 2006). Die erweiterte Planungsgruppe des ÄZQ zog im Rahmen ihres Priorisierungsverfahrens die Konsequenz, eine NVL für depressive Störungen auf der Basis der existierenden

internationalen und nationalen Leitlinien zu entwickeln, welche die aufgezeigten Mängel beseitigen sollte.

Im selben Zeitraum ergriff die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) die Initiative zur Überarbeitung der S1-Leitlinie Affektive Erkrankungen (Gaebel & Falkai, 2000), zur S3-Leitlinie Unipolare Depression sowie zu einer noch in Entwicklung befindlichen S3-Leitlinie Bipolare Störungen. Diese Initiative mündete Anfang 2005 in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ und der AWMF in eine gemeinsame Erarbeitung einer S3-Leitlinie bzw. NVL Unipolare Depression. An dem Konsensusverfahren waren insgesamt 29 ärztliche und psychotherapeutische Fachgesellschaften und Verbände, einschließlich der Bundespsychotherapeutenkammer, sowie Patienten- und Angehörigenorganisationen beteiligt. Durch die Einbindung der Leitlinienentwicklung in das Programm zur Entwicklung nationaler Versorgungsleitlinien wurde dabei ein Schwerpunkt auf Aspekte der Versorgungskoordination gelegt.

Während des vierjährigen Entwicklungsprozesses wurden auf insgesamt 14 Konsensuskonferenzen 107 Empfehlungen und Statements konsentiert. Als primär zu berücksichtigende Quell-Leitlinie diente dabei aufgrund der hohen methodischen Qualität die NICE-Leitlinie von 2004, welche erst nach Abschluss des Konsensusprozesses eine umfassende Aktualisierung erfuhr (NICE, 2010). Da auf der Grundlage dieser Leitlinie jedoch eine Reihe von Schlüsselfragen für die deutsche Versorgungsrealität nicht zu beantworten war, wurden weitere Quell-Leitlinien herangezogen (Härter et al., 2003; AkdÄ, 2006; APA, 2000; CPA, 2001; DGPM, DGPT, DKPM & AÄGP, 2002). Für die Kapitel „Psychoedukation“ und „Psychotherapie“ wurde dabei die S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) als primäre Grundlage herangezogen (de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007). Die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression in der Lang- und Kurzfassung und die Patientenleitlinie zur NVL sowie weitere Informationsmaterialien und Implementierungshilfen sind kostenlos auf den Internetseiten des Programms für Nationale

Versorgungsleitlinien verfügbar ([www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de)).

### Evidenz und Empfehlungsgrade

Die Stärke der Empfehlungen richtete sich dabei nach dem Evidenzgrad der zugrundeliegenden Studien und der Sicherheit und Übertragbarkeit der Evidenzgrundlage zu einer Schlüsselfrage. Randomisierte kontrollierte Studien (randomized controlled trials, RCTs) und Metaanalysen stellten im Rahmen der Evidenzhierarchie die höchste Evidenzstufe dar, da diese mit dem geringsten Risiko für einen systematischen Bias der Studienergebnisse verknüpft sind (siehe Tabelle 1). Lagen zu einer Schlüsselfrage keine entsprechenden Studien vor, wurden Untersuchungen der jeweils höchsten verfügbaren Evidenzstufe herangezogen. Die Evidenzgrade waren maßgeblich für die Ableitung der Empfehlungsstärken (siehe Tabelle 2). Allerdings wurden im Konsensusverfahren auch Aspekte wie ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz der Effektivitätsmaße, Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Zielpopulation und die Versorgungssituation im Alltag sowie Patientenpräferenzen berücksichtigt und konnten zu einer Auf- oder Abwertung des Empfehlungsgrades führen. Die höchste Empfehlungsstärke ist die „Soll-Empfehlung“ mit dem Empfehlungsgrad **A**, gefolgt von der „Sollte-Empfehlung“ (**B**) und der „Kann-Empfehlung“ (**O**). Schließlich beschreibt eine Empfehlung „Standard in der Behandlung – Klinischer Konsenspunkt“ (**KKP**) die empfohlene gute klinische Praxis, ohne dass hierzu eine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich ist oder angestrebt wird.<sup>2</sup>

Eine ausführliche Darstellung des Entstehungs- und Entwicklungsprozesses der Leitlinie einschließlich der methodischen Grundlagen findet sich u. a. bei Härter et al. (2010a, 2010b) und Klesse et al. (2010). Eine umfassende Darstellung sämtlicher Empfehlungen würde den Rahmen dieser Publikation sprengen. *In diesem Beitrag soll daher insbesondere auf diejenigen Leitlinienempfehlungen eingegangen werden, die einen besonderen Stellenwert für die psychotherapeutische Praxis haben. Für eine ausführliche Darstellung der insgesamt 107 Empfehlungen und State-*

Tabelle 1: Evidenzebenen

Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
Ila	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
Ilb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasiexperimentellen 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 2: Grade der Empfehlung

<b>A</b>	<b>„Soll-Empfehlung“:</b> 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>B</b>	<b>„Sollte-Empfehlung“:</b> 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
<b>O</b>	<b>„Kann-Empfehlung“:</b> Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene Ia, Ib oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
<b>KKP</b>	<b>„Standard in der Behandlung – Klinischer Konsenspunkt“:</b> Empfohlen als gute klinische Praxis 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

<sup>2</sup> Im Folgenden wird bei der Beschreibung und Erläuterung einzelner Empfehlungen der jeweilige Empfehlungsgrad in Klammern angegeben.

ments der NVL, insbesondere zur differenziellen Pharmakotherapie sowie der nichtmedikamentösen somatischen Therapie, sei an dieser Stelle auf die Langfassung der Leitlinie (DGPPN et al., 2009) sowie auf Härter et al. (2010a) bzw. Klesse et al. (2010) verwiesen.

## Relevante Inhalte für die psychotherapeutische Praxis

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen und Behandlungslässen, nicht nur in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung, sondern auch in der hausärztlichen Praxis. Einer abgestuften und koordinierten Versorgung, auch über die Sektorengrenzen hinweg, kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu. Dies trifft nicht zuletzt vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden Optimierungspotenziale in der Versorgung zu, vom rechtzeitigen Erkennen depressiver Erkrankungen, korrekter Diagnostik und darauf aufbauender evidenzbasierter Behandlung in möglichst vernetzten Versorgungsstrukturen und unter aktiver Beteiligung der betroffenen Patienten.

## Diagnostik

Im Bereich der Diagnostik hebt die Leitlinie den Nutzen eines Screenings zur Früherkennung von depressiven Störungen hervor; dies gilt allerdings nur bei Hochrisikogruppen (z. B. Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder depressiven Episoden in der Vorgeschichte). Da depressive Patienten nur selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten, sollen depressive Symptome aktiv exploriert werden (Empfehlungsgrad A). Ergeben sich aus dem Screening Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung, sollten alle diagnoserelevanten Haupt- und Nebensymptome durch eine systematische Befragung des Patienten erhoben werden (B). Die Leitlinie enthält hierzu eine umfassende Liste von Beispielfragen zur vollständigen Symptomerfassung (DGPPN et al., 2009, Langfassung S. 66f.). Besonders relevant ist die

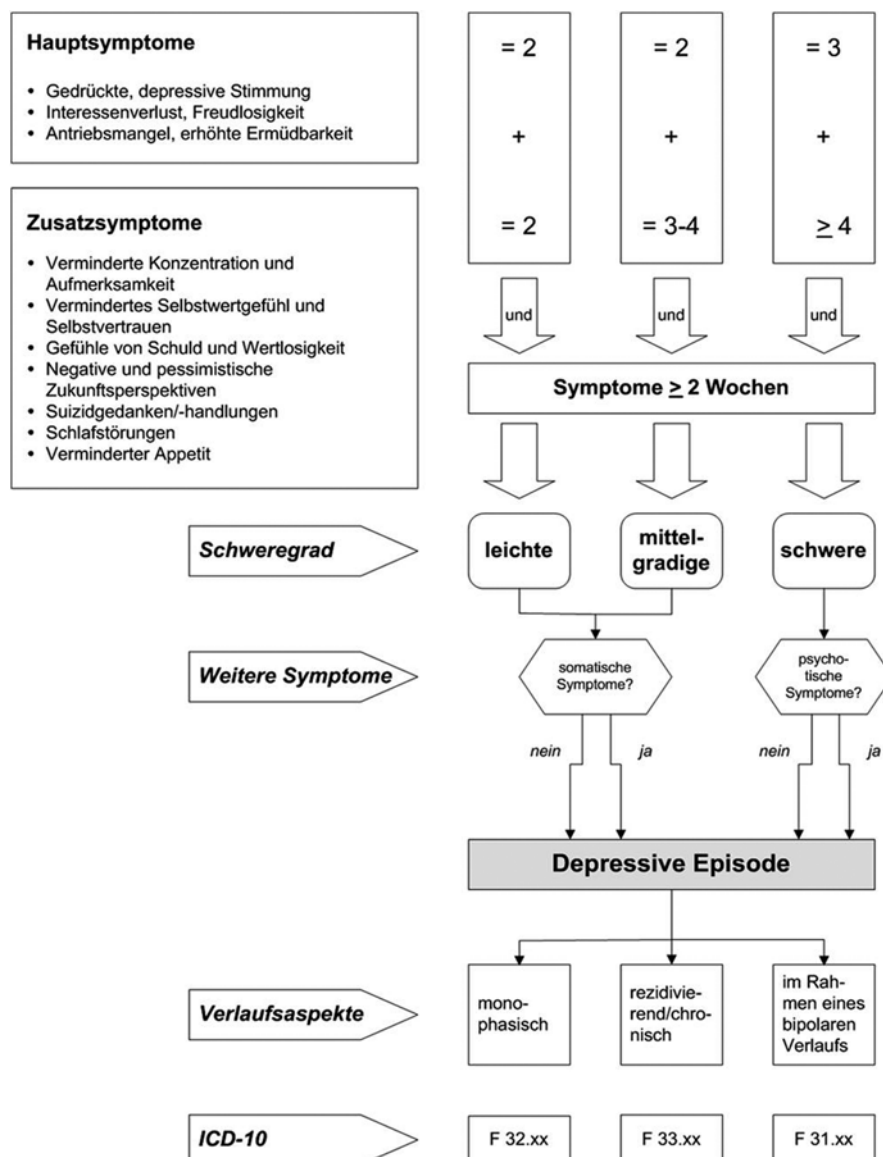


Abbildung 1: Diagnostik depressiver Episoden nach ICD 10

Bestimmung des Schweregrades und des Verlaufsmusters sowie der Komorbiditäten, um eine adäquate Berücksichtigung der Leitlinienempfehlungen zu ermöglichen.

Analysen der Daten aus der Routineversorgung zeigen zum einen, dass derzeit noch bei den meisten Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung lediglich eine unspezifische Diagnose ohne Spezifizierung des Schweregrades kodiert wird (Grobe, Dörning & Schwartz, 2008). Zum anderen besteht in der ambulanten Routineversorgung nur ein geringer Zusammenhang zwischen Schweregrad der depressiven Störung und der Behandlungsrate insgesamt und der Intensität der

durchgeführten Behandlungen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2010).

## Suizidalität

Einen weiteren differentialdiagnostischen Bereich stellt die Abklärung der Suizidalität dar. Aufgrund der Häufigkeit von Suizidgedanken während einer akuten depressiven Episode und des bei depressiv Erkrankten gegenüber der Durchschnittsbevölkerung 30-fach erhöhten Suizidrisikos betont die Leitlinie, dass Patienten bereits im Rahmen des Erstgesprächs aktiv und empathisch zur Suizidalität zu explorieren sind. Die Leitlinie empfiehlt als gute klinische Praxis, dass Suizidalität bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung regel-

mäßig, bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und ggf. exploriert werden sollte (**KKP**). Bei bestehender Suizidalität ist zu prüfen, inwieweit vonseiten des Patienten eine hinreichende Absprachefähigkeit bis zum nächsten Behandlungstermin besteht. Ist diese nicht gegeben und liegt eine akute Suizidgefährdung vor, soll unter Beachtung der individuell erforderlichen Sicherheitskautele eine Überweisung in psychiatrische Behandlung erfolgen (**A**). Psychotherapeuten, die nicht selbst eine Krankenseinweisung vornehmen können, müssen eine solche über einen kooperierenden Arzt veranlassen und zur Minimierung der Gefährdung des Patienten diesen ggf. begleiten oder begleiten lassen. Eine stationäre Einweisung solle für depressive Patienten ferner erwogen werden (**B**), wenn sie:

- akut suizidgefährdet sind,
- nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen,
- einer intensiven psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedürfen,
- eine hinreichend zuverlässige Einschätzung der fortbestehenden Suizidalität nicht möglich ist oder
- die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung suizidal bleibt.

Dabei sollte Suizidalität bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert, präzise und detailliert erfragt und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden (**KKP**). Dies schließt die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und die Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks bzw. die aktuelle Distanziertheit von Suizidgedanken und -planungen mit ein. Das therapeutische Beziehungsangebot und das zeitliche Engagement sind dabei an den besonderen Erfordernissen bei suizidalen Patienten auszurichten unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren, der Umgebungsfaktoren und der Absprachefähigkeit des Patienten (**KKP**). Wurden Patienten wegen Suizidalität stationär aufgenommen, soll eine Nachuntersuchung kurzfristig, maximal eine Woche nach Entlassung aus dem Krankenhaus geplant

werden, da in dieser Zeit das Risiko für weitere suizidale Handlungen am größten ist (**A**). Diese Patienten sollen vom nachsorgenden Psychologischen Psychotherapeuten oder Arzt im Falle des Nichterscheinens unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzungen abzuschätzen (**A**). Bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode sollte generell eine Psychotherapie in Betracht gezogen werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert (**B**), mit dem kurzfristigen Ziel einer unmittelbaren Unterstützung und Entlastung des Patienten bis zum Abklingen der Krise.

## Patientenbeteiligung

Die Leitlinie setzt neue Maßstäbe bei der Beteiligung von Patienten und Angehörigen an den Entscheidungen bezüglich einer Depressionsbehandlung. Die Leitlinie betont, dass Patienten mit depressiven Störungen Anspruch auf eine umfassende Information über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeit haben und über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden sollen (**A**). Wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für Angehörige. Hierzu sollten auch psychoedukative Angebote im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie angeboten werden (**B**). Die Leitlinie spricht sich, auch aufgrund besserer Behandlungsergebnisse, für eine partizipative Entscheidungsfindung aus (**B**) und betont, dass dem Patienten je nach Indikation bestimmte Behandlungsoptionen angeboten werden sollen. Bereits bekannte Patientenpräferenzen für eine psychotherapeutische Behandlung würden demnach künftig stärker Berücksichtigung finden (Angermeyer, Breier, Dietrich, Kenzine & Matschinger, 2005; Harfst & Marstedt, 2009). Ferner sollen Patienten und Angehörige über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden (**A**).

Eine Besonderheit der Leitlinienempfehlungen dieser Leitlinie besteht darin, dass diese bereits in ihrer Formulierung („eine bestimmte Behandlung soll angeboten werden“) die aktive Beteiligung und Entscheidungsfreiheit des Patienten betonen,

und nicht wie in vielen anderen Leitlinien die paternalistisch anmutende Formulierung verwendet wird, dass eine bestimmte Therapie durchgeführt werden soll.

## Therapie

Bei einer leichten depressiven Episode und günstiger Prognose empfiehlt die NVL, dass zunächst eine aktiv-abwartende Begleitung des Patienten erfolgen kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung wieder abklingt. Erst wenn die Symptomatik bei erneuter Prüfung nach zwei Wochen unvermindert anhält oder sich verschlechtert hat, soll zusammen mit dem Patienten über den Beginn einer spezifischen Therapie entschieden werden (**O**). Unabhängig von der gewählten Therapie befürwortet die Leitlinie eine regelmäßige Wirkungsprüfung und ein Therapiemonitoring.

Die grundlegenden Therapieempfehlungen der Leitlinie richten sich insbesondere nach Schweregrad, Verlauf und Komorbidität (siehe Tabelle 3).

## Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Therapieerfolge einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Akutbehandlung können durch Fortführung oder Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung entscheidend stabilisiert werden (Fava et al., 1994, 1998, 2004; Teasdale et al., 2000). Die Verhinderung von Rückfällen und Rezidiven stellt eine der besonderen Stärken der Psychotherapie in der Behandlung von depressiven Störungen dar. Psychotherapie hat im Vergleich zur Pharmakotherapie über die Behandlungsphase hinaus eine länger anhaltende Wirkung. Darüber hinaus senkt eine niederfrequente Psychotherapie im Erhaltungsintervall oder zur Rezidivprophylaxe im Vergleich zu einer nichtaktiven Kontrollbedingung und tendenziell auch einer Pharmakotherapie das Rückfall- und Rezidivrisiko (Vittengl, Clark, Dunn & Jarrett, 2007).

Patienten soll daher zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und zur Senkung des

Tabelle 3: Therapieempfehlungen

Empfehlung 3-40	Zur Behandlung akuter, leichter bis mittelschwererer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden (A).
Empfehlung 3-7	Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses (B).
Schlussfolgerung aus Empfehlungen 3-40, 3-9, 3-10 und 3-41	Bei akuten mittelschweren depressiven Episoden soll eine alleinige Psychotherapie und alternativ eine alleinige Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum als gleichwertige Behandlungsoptionen angeboten werden (A).
Empfehlung 3-41	Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden (A).
Empfehlung 3-42	Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden (A).
Statement	Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten.
Empfehlung 3-44	Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression sollen Patienten darüber informiert werden, dass eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Pharmakotherapie gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist (A).

Rückfallrisikos im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden (A). Im Falle einer medikamentösen Therapie in der Akutbehandlung soll das jeweilige Antidepressivum zur Verminderung des Rückfallrisikos mindestens vier bis neun Monate über das Ende der depressiven Episode hinaus in der gleichen Dosierung wie in der Akutphase eingenommen werden (A).

Bei Patienten mit einem erhöhten Rezidivrisiko soll als Teil einer Kombinationsbehandlung eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie angeboten werden (A). Im Falle einer Pharmakotherapie sollten Patienten mit zwei oder mehr depressiven Episoden und erheblichen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit dazu angehalten werden, das Antidepressivum mindestens zwei Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen (B). Sprechen Patienten auf eine Antidepressivatherapie adäquater Dosierung nicht an (Therapieresistenz), sollte das Angebot einer angemessenen Psychotherapie geprüft werden (B). Therapieresistenz wird üblicherweise definiert als das Nichtansprechen auf mindestens zwei unterschiedli-

che, adäquat (auf-)dosierte Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen. Allerdings besagt eine Empfehlung der Leitlinie auch, dass ein Wechsel des Antidepressivums bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl ist, da dessen Wirksamkeit nicht ausreichend belegt ist und daher jeder Wechsel sorgfältig geprüft werden sollte (B).

### Differenzielle Aussagen zu psychotherapeutischen Verfahren und Methoden

Die Leitlinie verzichtet bei ihren Behandlungsempfehlungen zur Psychotherapie überwiegend darauf, spezifische Psychotherapieverfahren und -methoden zu benennen. Lediglich bei einzelnen Empfehlungen und Statements zur Behandlung von Patienten mit komorbiden Störungen wird aufgeführt, für welche Psychotherapieverfahren und -methoden die besten Evidenzbelege vorliegen. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, dass bisher durchgeführte komparative Studien zur Psychotherapie bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen nicht durch-

gehend Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit der verschiedenen Psychotherapieverfahren und -methoden gezeigt haben (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008). Darüber hinaus reflektiert diese Entscheidung der Konsensgruppe auch die unterschiedliche Bewertung der den Studien zugrundeliegenden Forschungsdesigns durch die beteiligten Fachgesellschaften, insbesondere hinsichtlich der Gewichtung randomisierter kontrollierter Studien im Vergleich zu naturalistischen Studien ohne Randomisierung und ggf. auch ohne Kontrollgruppe. Für die einzelnen Fragestellungen wurden, von der Akuttherapie bei verschiedenen Schweregraden bis hin zur Rezidivprophylaxe, Evidenztabellen erstellt, die die Quantität und Qualität der empirischen Wirksamkeitsbelege für die verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren zusammenfassen. Dabei wurden neben den für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Richtlinienverfahren (kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie auch die empirischen Wirksamkeitsbelege für die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie berücksichtigt. Der Forschungsstand zur Systemischen Therapie soll bei der nächsten Aktualisierung der Leitlinie ergänzt werden.

### Spezifika der Pharmakotherapie

Die Wirksamkeit von Antidepressiva wurde in zahlreichen randomisierten und placebokontrollierten Studien untersucht. Der Nachweis eines erheblichen Publikationsbias in der Antidepressivaforschung, die Stärke des Placeboeffektes sowie Belege für eine häufige Entblindung des Verumarms aufgrund der Nebenwirkungen der Verummedikation veranlassten einige Autoren zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen gegenüber Placebo kaum besser ausfällt (Turner, Matthews, Linardatos, Tell & Rosenthal, 2008; Kirsch et al., 2008; Moncrieff, Wessely & Hardy, 2004). Dagegen ist eine klinisch relevante Überlegenheit der Antidepressiva gegenüber Placebo bei

schweren Depressionen, nicht zuletzt auch in der Erhaltungstherapie, weitgehend unstrittig. In diesem Zusammenhang wird u. a. von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft darauf verwiesen, dass der hohe Anteil des Placeboeffekts an der Wirksamkeit von Antidepressiva kein grundsätzliches Argument gegen den Einsatz dieser Arzneimittel sei, da auch dieser den Patienten, im Gegensatz zu einer Nichtbehandlung, voll zu Gute komme (AkdÄ, 2008).

Da Nachweise für die klinische Überlegenheit eines bestimmten Arzneimittelwirkstoffs in der Behandlung unipolarer depressiver Störungen fehlen, empfiehlt die Leitlinie wie bei den Psychotherapieempfehlungen kein bestimmtes Antidepressivum. Daneben werden lediglich für bestimmte Patientenpopulationen Substanzklassen genannt, die wegen des Nebenwirkungsprofils vorrangig gegeben werden sollten, z. B. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI) bei Komorbidität mit Diabetes mellitus.

## Evaluation der Therapiemaßnahmen im Behandlungsverlauf

In Abhängigkeit von der Behandlungssituation zu Beginn einer Psychotherapie besteht das Therapieziel der Depressionsbehandlung in einer Symptomreduktion, einer vollständigen Remission oder in der Verhinderung eines Rückfalls bzw. Rezidivs. Darüber hinaus zielt die Depressionsbehandlung auf die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität ab. An diesen Therapiezielen ist der Therapiefortschritt behandlungsbegleitend kontinuierlich zu messen. Besonders in den ersten Wochen der Akutbehandlung ist eine regelmäßige, zu Beginn wöchentliche Wirkungsprüfung notwendig, um das Ansprechen auf die Behandlung und die Veränderung der depressiven Symptomatik zu prüfen. Das Ausbleiben einer Symptomreduktion in den ersten Behandlungswochen ist ein negativer Prädiktor für den Erfolg einer Psychotherapie oder Pharmakotherapie. Eine Empfehlung der Leitlinie hierzu lautet daher:

Stellt sich in der Akutbehandlung drei bis vier Wochen nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden **(O)**. Die Leitlinie benennt hierzu eine Reihe von bewährten Skalen zur Selbst- und Fremdbeurteilung, um das Ansprechen auf die Therapie und die Besserung der depressiven Symptomatik zu ermitteln (DGPPN et al., 2009, Langfassung S. 73).

## Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren empfiehlt die Leitlinie nur bei einem eng umgrenzten Indikationsbereich. Die Leitlinie empfiehlt, dass bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden eine elektrokonulsive Therapie (EKT) als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden soll **(A)**.

Die Schlafentzugstherapie bzw. Wachttherapie sollte erwogen werden, wenn eine rasche, allerdings kurz anhaltende Therapiewirkung gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll **(B)**.

Die Indikation einer Lichttherapie wiederum beschränkt sich auf leichte bis mittelgradige Episoden rezidivierender depressiver Störungen mit saisonalem Muster **(A)**.

Schließlich empfiehlt die Leitlinie aus klinischer Erfahrung heraus ein körperliches Training zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Linderung depressiver Symptome, unabhängig vom Schweregrad der depressiven Störung **(KKP)**.

## Komorbidität

Andere psychische oder somatische Erkrankungen, die zusammen mit depressiven Erkrankungen auftreten, können eine erfolgreiche Behandlung der Depression erschweren oder eine Modifikation der Behandlungsstrategien erforderlich machen.

Angst- und Zwangsstörungen zählen zu den häufigsten komorbiden psychischen Störungen und führen zu einer schlechteren Wirksamkeit der antidepressiven Therapie. Dennoch sind unter diesen Bedingungen sowohl die Psychotherapie als auch die Pharmakotherapie wirksame Behandlungsverfahren. Ähnlich stellt sich die Situation bei einer komorbiden Alkoholabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörung dar.

Bei einer koronaren Herzerkrankung kann bislang noch keine eindeutige Empfehlung für eine psychotherapeutische Behandlung ausgesprochen werden. Bei Herzkranken mit einer mittleren bis schweren depressiven Erkrankung empfiehlt die Leitlinie eine Pharmakotherapie vorzugsweise mit Sertralin oder Citalopram, jedoch nicht mit trizyklischen Antidepressiva **(A)**.

Diabetikern mit einer depressiven Erkrankung sollte eine Psychotherapie angeboten werden **(B)**. Ist eine Pharmakotherapie vorgesehen, empfiehlt die Leitlinie eine Behandlung mit SSRI **(B)**.

## Versorgungskoordination

Die Leitlinie betont, dass bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen eine alleinige ambulante Behandlung, eine adäquate somatische und psychopathologische Diagnostik vorausgesetzt, von allen relevanten Berufsgruppen, d. h. Hausärzten, psychiatrisch oder psychotherapeutisch qualifizierten Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, durchgeführt werden kann. Im Falle einer nicht ausreichenden Besserung empfiehlt die Leitlinie, dass Hausärzte nach sechs Wochen einen Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten konsultieren. Im Falle einer psychotherapeutischen Behandlung ist bei fehlender Besserung die Konsultation eines Facharztes nach spätestens drei Monaten zu empfehlen. Darüber hinaus hat sich die Konsensgruppe für die ambulante Versorgung auf Kriterien verständigt, bei denen eine Überweisung oder Mitbehandlung zum bzw. durch den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie den Psychologischen Psychotherapeuten und den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie empfohlen wird (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Zuweisungskriterien in der ambulanten Versorgung

Kriterien für die Überweisung zu oder Zusammenarbeit mit	
Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzten	Psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ unklarer psychiatrischer Differentialdiagnostik,</li> <li>■ schwerer Symptomatik,</li> <li>■ Therapieresistenz,</li> <li>■ Problemen bei der Pharmakotherapie und/oder in einer Psychotherapie,</li> <li>■ Interaktionsproblemen im Rahmen der Kombinationstherapie von Antidepressiva mit anderen Medikamenten,</li> <li>■ akuter Selbst- und Fremdgefährdung,</li> <li>■ psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor,</li> <li>■ Komorbidität einer depressiven Störung mit einer anderen schweren psychischen Störung sowie mit anderen schweren körperlichen Erkrankungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei schwerer Symptomatik im Rahmen einer Kombinationstherapie,</li> <li>■ bei psychotherapeutisch zugänglicher Therapieresistenz,</li> <li>■ bei Komorbidität einer depressiven Störung mit einer anderen schweren psychischen Störung zur psychotherapeutischen (Mit-) Behandlung,</li> <li>■ bei Problemen in einer Psychotherapie,</li> <li>■ bei einer psychotherapeutischen Behandlung bei Komorbidität von Depression und chronischen körperlichen Erkrankungen.</li> </ul>

Vor dem Hintergrund der starken Überlappungen im Behandlungsspektrum zwischen den drei stationären Versorgungsangeboten psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung, psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung und psychosomatischer Rehabilitation hat sich die Konsensusgruppe auf einige zum Teil auch differenzielle Indikationskriterien verständigt. Hinsichtlich der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung benennt die Leitlinie zum einem das Vorliegen einer akuten suizidalen Gefährdung oder Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit sowie deutlichen psychotischen Symptomen als eine Notfallindikation. Als weitere Indikationen werden aufgeführt:

- Gefahr der depressionsbedingten Isolation und andere schwerwiegende psychosoziale Faktoren,
- den Therapieerfolg massiv behindernde äußere Lebensumstände,
- Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien,
- starke Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung sowie
- schwere Krankheitsbilder, bei denen die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen.

Wenn vorrangig eine stationäre Psychotherapie angeboten werden soll, kann in diesen

Fällen auch eine Indikation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung bestehen. Eine Indikation für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung besteht gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) IX vor allem dann, wenn die Therapieziele in der Verstetigung von Behandlungserfolgen, der Behandlung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung des Umgangs mit der (chronischen bzw. chronifizierten) Erkrankung oder der Verbesserung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit bestehen.

## Qualitätsindikatoren

Aus bestimmten Empfehlungen dieser Leitlinie wurde eine Reihe von Qualitätsindikatoren abgeleitet, die relevante Aspekte der Versorgung abbilden und zum Zwecke der Qualitätssicherung eingesetzt werden könnten. Dabei sind die Qualitätsindikatoren als Vorschläge zu verstehen, die vor ihrer Routineanwendung, zum Beispiel im Kontext der sektorübergreifenden Qualitätssicherung, zunächst einer Überprüfung im Rahmen von Modellprojekten bedürfen. Sie könnten zugleich helfen, den klinischen Nutzen der Leitlinie zu evaluieren.

## Ausblick

Auch die NVL Unipolare Depression ist als *living guideline* konzipiert, die einer

stetigen Weiterentwicklung unter fortlaufender Integration neuer Forschungsergebnisse unterliegt. Die Gültigkeit der aktuellen Fassung ist daher auf vier Jahre bis Mitte 2013 begrenzt. Dabei wurden schon vor Veröffentlichung der Leitlinie die Themen Gender, Schwangerschaft und Stillzeit sowie kulturspezifische Aspekte als Aktualisierungs- bzw. Erweiterungsbedarfe dieser Leitlinie erkannt, die prioritär bearbeitet werden sollten. Die Diagnostik und Behandlung unipolarer Depressionen bei Kindern und Jugendlichen wird aktuell von einer gesonderten Leitliniengruppe thematisiert und soll in eine eigene S2e-Leitlinie münden. Darüber hinaus ist die Berücksichtigung der Evidenzlage zur Systemischen Therapie vorgesehen, deren wissenschaftliche Anerkennung vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie auch für den Anwendungsbereich der affektiven Störungen festgestellt wurde.

Eine konsequente Umsetzung der vorliegenden Leitlinie dürfte dabei auch bestimmte Probleme mit der Verfügbarkeit der empfohlenen Behandlungen und Kooperationsformen deutlich werden lassen. So bestehen regional erhebliche Unterschiede hinsichtlich des ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsangebots, die etwa in der Bedarfsplanungsrichtlinie, allerdings ohne Bezug zur tatsächlichen psychischen Morbidität in den Regionen, festgeschrieben wurden. Im Bereich der Psychotherapie ist darüber hinaus die fehlende Verfügbarkeit der Interpersonellen Psychotherapie und der Gesprächspsychotherapie zu beklagen. Für die Gesprächspsychotherapie hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinem HTA-Bericht bereits 2006 zwar den Nutzen der Gesprächspsychotherapie bei der Indikation festgestellt, das Verfahren aber dennoch nicht für diese Indikation zugelassen (G-BA, 2006). Die Interpersonelle Psychotherapie verfügt ebenfalls über ausreichende Evidenznachweise für die Behandlung der unipolaren, aber auch der bipolaren Depression sowie der Bulimie und Binge-Eating-Störung (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2006). Beim G-BA steht die Interpersonelle Psychotherapie jedoch trotz aller empirischen Wirksamkeitsnachweise bislang noch nicht einmal als Beratungsthema auf

der Tagesordnung. Es ist zu hoffen, dass die Aktualisierung des Leistungskatalogs der GKV zumindest vor der nächsten Aktualisierung dieser Leitlinie erfolgt.

### **Literatur**

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



### **Prof. Dr. Rainer Richter**

Präsident der  
Bundespsychotherapeutenkammer

#### **Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Psych. Timo Harfst  
Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstr. 64, 10179 Berlin  
[harfst@bptk.de](mailto:harfst@bptk.de)  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)