

PatientenLeitlinie zur Nationalen Versorgungs- Leitlinie „Unipolare Depression“ 1. Auflage

Konsultationsfassung

Version Konsultation 1.0 (16. Januar 2011)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
15. April 2011**

Allgemeine Bewertung

Die PatientenLeitlinie stellt aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer insgesamt eine gelungene Übersetzung der zentralen Inhalte der S3-/NVL „Unipolare Depression“ in einer allgemeinverständlichen und patientenrelevanten Version dar. Für die geleistete Arbeit möchten wir den Autoren, Redakteuren, Beratern und Herausgebern ausdrücklich danken.

Im Folgenden möchten wir auf einzelne Passagen hinweisen, wo wir noch einen inhaltlichen Überarbeitungsbedarf sehen, und daran einige redaktionelle Hinweise anschließen lassen.

Inhaltliche Detailvorschläge

Einsichtsrecht für Patientinnen und Patienten (Seite 29)

In der Darstellung der Rechte des Patienten wird in dem Kasten auf Seite 29 Bezug genommen auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, aus der (fett gedruckt hervorgehoben) abgeleitet wird, dass das Einsichtsrecht in die Unterlagen bei psychischen Erkrankungen eingeschränkt wurde. Damit werden die heutige Rechtsprechung zum Einsichtsrecht unzureichend und verzerrt dargestellt und die Patienten hinsichtlich ihrer Rechte falsch informiert.

Zum Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 6. Dezember 1988, auf das hier offenbar Bezug genommen wird, ist zunächst festzuhalten, dass in diesem vom BGH entschiedenen Fall das Krankenhaus dem Patienten angeboten hatte, im Beisein eines Arztes die Krankenunterlagen einzusehen, lediglich die Herausgabe der Krankenunterlagen oder eine uneingeschränkte Einsichtnahme waren abgelehnt worden (vgl. Stellpflug & Berns, 2008, RNr. 333). Somit kann aus diesem Urteil nicht geschlossen werden, dass Ärzte oder Psychotherapeuten die Einsicht ganz verweigern können, sondern nur, dass die Herausgabe der Unterlagen und die unbegleitete Einsichtnahme in die Unterlagen verweigert werden können.

Weiterhin ist zu beachten, dass sich die Rechtsprechung seither deutlich weiterentwickelt hat und dem (informationellen) Selbstbestimmungsrecht des Patienten inzwi-

schen ein weitaus größeres Gewicht beigemessen wird (vgl. Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Januar 2006 oder Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 27. April 1989; siehe auch Stellpflug & Berns, 2008, S. 110 ff.)

Daher sollte auf die „Fußnote“ entweder gänzlich verzichtet werden oder eine Klarstellung dahingehend erfolgen, dass das Recht auf Einsichtnahme in die Unterlagen in besonders gelagerten Fällen, in denen eine erhebliche gesundheitliche Gefährdung durch die Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen besteht, dahingehend modifiziert sein kann, dass eine einfache Herausgabe von Kopien der Behandlungsunterlagen vom Arzt oder Psychotherapeuten verweigert werden kann. Dies ist dem Patienten gegenüber zu begründen und es ist ihm anzubieten, im Beisein eines Arztes oder Psychotherapeuten Einsicht in die Krankenunterlagen zu nehmen.

Nach unserer Einschätzung der Rechtslage muss hier deutlich gemacht werden, dass im Regelfall das Recht auf Einsichtnahme des Patienten auch bei psychischen Erkrankungen nicht eingeschränkt ist. Auch reicht der Hinweis auf eine gesundheitliche Gefährdung des Patienten durch die Einsichtnahme nicht aus, um die Einsicht teilweise zu verweigern. Die gesundheitliche Gefährdung muss in diesem Fall schon erheblich sein und der Arzt bzw. Psychotherapeut hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um diese gesundheitliche Gefährdung auf anderem Wege abzumildern als durch die einfache Verweigerung der Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen.

Verhaltenstherapie (Seite 32)

Im dritten Abschnitt auf dieser Seite findet sich eine Einschätzung zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie, die sich weder mit den beschreibenden Darstellungen zur Kognitiven Verhaltenstherapie im Abschnitt H 3.4.3.1 der Langfassung der S3-/NVL „Unipolare Depression“ noch mit den Empfehlungen deckt. So ist die Aussage, dass Verhaltenstherapie bei leichten und mittelgradigen Depressionen genauso wirksam ist wie eine Behandlung mit Medikamenten, nicht zutreffend. Die Leitlinie empfiehlt explizit, dass Patienten mit einer akuten leichten bis mittelschweren depressiven Episode eine Psychotherapie angeboten werden soll, während es in der Empfehlung 3-7 heißt, dass Antidepressiva nicht generell zur Erstbehandlung depressiver Episoden eingesetzt werden sollten, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung

des Nutzen-Risiko-Verhältnisses. Im Abschnitt H 3.4.3.1 werden ferner die Studienergebnisse von Dobson et al. (1989) ausgeführt, die für die Kognitive Therapie bzw. die Kognitive Verhaltenstherapie bei leichtgradigen und mittelschweren depressiven Störungen signifikant stärkere Symptomveränderungen gegenüber einer Warteliste, Pharmakotherapie oder anderen Therapieformen fanden. Die Befunde wurden von Gaffan et al. (1995) repliziert. Auch Balslev-Jorgensen et al. (1998) kommen in ihrem narrativen Review zu vergleichbaren Ergebnissen.

Weiterhin ist an dieser Stelle die Empfehlung 3-42 bedeutsam, die insbesondere auf Studien zur Verhaltenstherapie basiert (z. B. DeRubeis et al. 2005). Darin wird mit der Empfehlungsstärke A empfohlen, dass bei ambulant behandelbaren Patienten mit mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden soll, wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird.

Zutreffender wäre daher für diesen Abschnitt der PatientenLeitlinie die Aussage, dass Verhaltenstherapie bei leichten depressiven Störungen wirksamer und bei mittelschweren bis schweren genauso wirksam ist wie eine Behandlung mit Medikamenten.

Wirksamkeit der Behandlung mit Medikamenten (Seite 40)

In diesem Abschnitt fehlt die Information, dass die Nutzen-Risiko-Relation einer medikamentösen Behandlung bei leichten Depressionen im Durchschnitt ungünstig ausfällt. Wenngleich auf Seite 41 der Grundsatz formuliert wird, dass der Nutzen einer Behandlung desto eher besteht, je schwerer eine Depression ist, sind die Ausführungen zur Wirksamkeit der Pharmakotherapie in diesem Abschnitt nicht hinreichend differenziert. Auch bleibt unklar, auf welche Patienten sich die Aussage bezieht, dass fünf bis sechs von zehn Menschen eine Symptomverbesserung nach 12 Wochen medikamentöser Behandlung zeigen im Vergleich zu zwei bis drei von zehn Menschen mit Placebo-Behandlung. Dies sollte spezifischer bezogen auf den Schweregrad dargestellt werden. Die darauffolgende Abbildung bildet darüber hinaus diese schriftlichen Aussagen nicht ab, da in der Abbildung die Verum- und die Placebo-Bedingung gleich sind. Die Abbildung sollte daher entsprechend korrigiert werden.

Was die Leitlinie empfiehlt (Seite 55)

Bei der Darstellung der Leitlinienempfehlungen sollte entsprechend des Versorgungsablaufs und der Empfehlungsgrade bei den leichten Depressionen vor der Darstellung der Empfehlungen zur Antidepressiva-Behandlung die Empfehlung 3-40 in einem eigenen 2. Absatz dargestellt werden. Der letzte Satz dieses Abschnitts („Zur Behandlung einer leichten Depression soll Ihnen eine Psychotherapie angeboten werden“) müsste entsprechend nach vorne gezogen werden. Um diese Kernempfehlung hervorzuheben, sollte diese fett gedruckt werden. In der jetzigen Darstellung erfährt die Antidepressiva-Therapie eine sehr ausführliche Darstellung, bei der die Empfehlung zur Psychotherapie leicht überlesen werden kann und zudem aufgrund der relativen Länge der Ausführungen hierzu der Eindruck entstehen kann, dass die Pharmakotherapie bei leichten Depressionen dennoch die relevanteste Behandlungsstrategie ist.

In dem Abschnitt zur mittelgradigen Depression deutet der 2. Absatz, der sich auf die Behandlung mit Johanniskraut bezieht, in seiner jetzigen Formulierung eine Gleichwertigkeit der Behandlung mit Johanniskraut im Vergleich zu den anderen beiden zuvor beschriebenen Therapieoptionen „Psychotherapie“ und „medikamentöse Behandlung“ an. Tatsächlich hat die dahinterliegende Empfehlung 3-11 zum Johanniskraut jedoch nur den Empfehlungsgrad 0. Um dies sprachlich zum Ausdruck zu bringen, sollte der erste Satz wie in der Empfehlung selbst dahingehend umformuliert werden, dass ein Therapieversuch mit Johanniskraut unternommen werden kann.

Wer an der Behandlung beteiligt ist (Seite 70)

Hinsichtlich der Auflistung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen möchten wir anregen, bei der Reihenfolge der Berufsgruppen stärker den Versorgungsanteil der jeweiligen Berufsgruppe zu berücksichtigen. Aus der Patientenperspektive sollte vorrangig betrachtet werden, auf welche Berufsgruppe der Patient mit einer Depression mit der größten Wahrscheinlichkeit trifft. Daher ist es sinnvoll, die Auflistung mit den Hausärzten zu beginnen. Dass an zweiter Stelle die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie genannt werden, ist vor dem Hintergrund der Fallzahlen ebenfalls nachvollziehbar. Daran sollten sich aber die Psychologischen Psychotherapeuten gefolgt von der Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

anschließen, ehe Arztgruppen mit Facharztstitel folgen, die in der heutigen fachärztlichen Weiterbildung nicht mehr existieren (Facharzt für Nervenheilkunde) oder die Arztgruppen, die lediglich über eine psychotherapeutische Zusatzweiterbildung verfügen. Bei den Zusatzweiterbildungen sollte darüber hinaus zwischen den Zusatzbezeichnungen „fachgebundene Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ unterschieden werden, für die auch unterschiedliche Zugangsqualifikationen gelten.

In den Beschreibungen der beteiligten Fach- und Berufsgruppen finden sich einige Verzerrungen und begriffliche Ungenauigkeiten. So wird zum Teil nicht korrekt zwischen den Begriffen „Ausbildung“, „Weiterbildung“ und „Zusatzweiterbildung“ unterschieden. Nach unserer Auffassung sollte die Darstellung der Qualifikation der Hausärzte mit dem Facharzt für Allgemeinmedizin beginnen. Dies ist die zentrale Gruppe der Hausärzte und hierbei handelt es sich auch um die aktuelle Facharztweiterbildung. Auf die Erwähnung der Praktischen Ärzte ohne Facharztweiterbildung, die zuletzt in den 1990er Jahren als Vertragsärzte zugelassen wurden, kann nach unserer Einschätzung gänzlich verzichtet werden oder sollte höchstens als letztes in der Auflistung aufgeführt werden, um nicht fälschlich dem Eindruck Vorschub zu leisten, bei den Hausärzten handele es sich um eine geringer qualifizierte Fachgruppe.

Die Qualifikation der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten sollte analog der Beschreibung der Facharztgruppen korrekterweise wie folgt beschrieben werden:

Studierter Psychologe mit Diplom- oder Masterabschluss und Berufszulassung (Approbation) als Psychotherapeut, der nach dem Studium mindestens eine dreijährige Vollzeitausbildung oder mindestens eine fünfjährige berufsbegleitende Ausbildung zum Psychotherapeuten absolviert und eine staatliche Prüfung abgelegt hat. Die Definitionen des Psychologen und des Psychotherapeuten im Glossar sollten entsprechend angepasst werden. Dabei sollte der Begriff Zusatzausbildung nicht verwendet, sondern von Ausbildung bzw. im Falle der Ärzte von Weiterbildung gesprochen werden.

Bei der Beschreibung der Arztgruppe mit der Zusatzbezeichnung sollten zunächst die Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie fachgebunden“, „Psychotherapie“ und

„Psychoanalyse“ differenziert werden. Es sollte klargestellt werden, dass es sich bei dieser Qualifikation weder um eine Ausbildung noch um eine Gebietsweiterbildung, sondern um eine Zusatzweiterbildung handelt, die von Fachärzten anderer Fachrichtungen, die nicht die Behandlung psychischer Erkrankungen zum Gegenstand haben, erworben werden kann.

In dem sich an die Tabelle anschließenden Abschnitt auf Seite 72 sollten im zweiten Satz des 2. Absatzes die Wörter „und Psychotherapeuten“ ergänzt werden. Der Satz hieße dann: „Mit Fachärzten und Psychotherapeuten haben Sie es auch im Krankenhaus, also in der stationären Versorgung, zu tun.“ Dies ist angemessen vor dem Hintergrund, dass Psychologische Psychotherapeuten in den Krankenhäusern und Abteilungen für die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen noch vor den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie die größte Berufs- bzw. Fachgruppe unter den approbierten Heilberufen sind.

Auf Seite 73 im 3. Absatz zur Versorgungskoordination wird zu stark einschränkend dargelegt, dass die „ärztliche Leitlinie“ festlegt, wer bei der Versorgung welche Aufgaben und Funktionen übernimmt und wann überwiesen werden sollte. Wir möchten hierzu anregen, das Adjektiv „ärztlich“ zu streichen und statt des Begriffs „festlegen“ an dieser Stelle von Empfehlungen zu sprechen. Dies wäre nicht zuletzt auch deshalb angemessen, weil die im Folgenden auf Seite 74 beschriebenen Konstellationen, bei denen eine Überweisung erfolgen sollte, dieses nicht immer so eindeutig nahelegen. So ist eine Überweisung zu einem Facharzt nicht immer dann geboten, wenn eine andere psychische Erkrankung nicht sicher auszuschließen ist. Die Differenzialdiagnostik und auch die Diagnostik komorbider psychischer Störungen sind genuines Tätigkeitsfeld der Psychologischen Psychotherapeuten. Auch bei der Behandlung von Patienten mit einer schweren depressiven Störung ergibt sich nicht automatisch die Notwendigkeit einer Überweisung zum Facharzt. Dem betroffenen Patienten sollte zwar eine Kombinationsbehandlung angeboten werden, welche dann in Kooperation und nicht nur durch Überweisung zum Facharzt sichergestellt werden könnte. Für den Fall, dass ein Patient dies jedoch ablehnt und eine psychotherapeutische Monotherapie wünscht, bestünde dann keine Indikation für eine Überweisung zum Facharzt. Die Beschreibung der Indikationen für eine Überweisung zum Facharzt sollte entsprechend verändert werden und es sollte davon gesprochen werden,

dass ein Facharzt bei bestimmten Konstellationen hinzugezogen werden sollte. Dies würde die gebotene kooperative Struktur stärker unterstreichen.

Redaktionelle Hinweise

Definition Leitlinie (Seite 5)

Im ersten Satz der Definition sollte es heißen:

Eine Leitlinie ...

... ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärzte und Psychotherapeuten sowie andere an der Behandlung von Patienten mit einer Depression beteiligten Berufsgruppen (zum Beispiel Psychologen und Pflegekräfte).

Begründung:

Bei der Benennung der Adressaten einer Leitlinie sollten die beiden akademischen Heilberufe, die vorrangig für die Behandlung der hier angesprochenen Patientengruppe zuständig sind, als erstes explizit benannt werden, ehe auf weitere beteiligte Berufsgruppen verwiesen wird.

Im dritten Satz dieser Definition sollte die Reihenfolge der Aufzählung der beteiligten Fachrichtungen bzw. Berufsgruppen dahingehend geändert werden, dass zunächst die Vertreter der akademischen Heilberufe und deren Fachrichtungen aufgezählt werden, an die sich die Leitlinie vorrangig richtet und die auch zahlenmäßig vorrangig an der Leitlinienentwicklung beteiligt waren:

„Psychiater, Psychotherapeuten, Nervenärzte, Allgemeinmediziner und Psychologen sowie Patienten- und Angehörigenvertreter.“

Körperliche Anzeichen, die auf eine Depression hinweisen können (Seite 13)

Nach der Aufzählung der körperlichen Anzeichen, die eine Abwandlung der Tabelle 10 der Langfassung der S3-/NVL „Unipolare Depression“ darstellt, sollte nach unserer Einschätzung eher auf depressionstypischere körperliche Anzeichen Bezug genommen werden, wie z. B. körperliche Abgeschlagenheit und Konzentrationsstö-

rungen, als auf Atemnot und Herzrhythmusstörungen, die bei psychischer Verursachung eher auf eine Angststörung hindeuten.

Verantwortliche Organisationen (Seite 86)

Bei der Auflistung der verantwortlichen Organisationen lautet die korrekte Homepageadresse der DGRW: www.rehabilitationswissenschaften.de.

Literatur

- Stellpflug, M. & Berns, I. (2008). Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Text und Kommentierung (2. Auflage). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.
- Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult ClinPsychol* 1989;57(3):414-9.
- Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp-Wheeler SM. Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(6):966-80.
- Balslev-Jorgensen M, Dam H, Bolwig TG. The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(1):1-13.
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Gladis MM, Brown LL, Gallop R. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(4):409-16.