
Leitlinien für Diagnostik und Therapie
Guidelines for diagnostics and therapy

16. Leitlinien-Konferenz der AWMF

Vortrag
S3-Leitlinie
Diagnostik und Therapie
unipolarer depressiver
Störungen

(M. Härter, Freiburg)





16. Leitlinienkonferenz der AWMF

S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie unipolarer depressiver Erkrankungen

Berlin, 09.12.2005

Gliederung

- **Hintergrund der S3-Leitlinie**
- **Methodik**
- **Vorgehen (Beispiel einer Synopse)**

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde
(DGPPN 2000)



- Zielgruppe: Fachärzte
- Langversion, Kurzversion
- umfangreiche, gut strukturierte Algorithmen
- alle affektiven Störungen nach ICD-10
- S1 Expertenkonsens

Arzneimittelkommission der
Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ 1997)



- Zielgruppe: (Haus-)Ärzte
- Leitlinienheft, Tischvorlage, Patienteninformation
- alle depressiven Störungen nach ICD-10
- S1 Expertenkonsens

Bewertung nationaler und internationaler Leitlinien Leitlinien-Clearingverfahren „Depression“ der ÄZQ

390 ORIGINALARBEIT

Analyse und Bewertung aktueller Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen

(Fortschr Neurol Psychiatr 2001; 69:390-401)

M. Härter, I. Bermejo, A. Aschenbrenner, M. Berger
Universitätsklinik Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und
Psychotherapie mit Poliklinik (Arztl. Direktor: Prof. Dr. M. Berger)

äzq Schriftenreihe
Band 12

Leitlinien- Clearingbericht "Depression"

Leitlinien-Clearingverfahren
von Bundesärztekammer
und Kassenärztlicher Bundesvereinigung
in Kooperation mit
Deutscher Krankenhausgesellschaft
Spitzenverbänden der Krankenkassen und
Gesetzlicher Rentenversicherung

äzq

Kompetenznetz Depression, Suizidalität (2003)



- Zielgruppe: (Haus-)Ärzte
- Systematische Analyse nationaler/ internationaler Leitlinien
- Analyse von Reviews und Cochrane Meta-Analysen
- Versorgungskorridor
- S2a: System, Evidenzbasierung, Gremium regional

DGPPN und weitere ärztliche und psychologische Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände (2005)



Zielsetzung

Projekt der DGPPN (2005-2006):

**„Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen –
Erweiterung der bestehenden Leitlinien zu S3-Leitlinien“**

- 1. S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen**
- 2. Implementierungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen**

S3-Leitlinie Depression - Eckpunkte I

1. Anwendungsbereich, Ziele und Methoden

- Begründung
- Ziele
- Anwendungsbereich
- Methodik

2. Grundlagen

- Begriffsbestimmung
- Deskriptive Epidemiologie
- Ätiopathogenese und Risikofaktoren
- Verlauf und Prognose
- Versorgungsstufen und gesundheitsökonomische Aspekte

3. Diagnostik

- Klassifikation
- Symptomatik und Diagnosestellung gemäß ICD-10
- Differenzialdiagnostik und Komorbidität, Zusatzdiagnostik
- Stufenplan der Diagnostik / Red Flags
- Verlaufsdiagnostik
- Screening-Diagnostik

S3-Leitlinie Depression - Eckpunkte II

4. Therapie

- Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen
- Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen (Stufenpläne)
- Behandlungsmöglichkeiten (Akut-, Langzeit-, und Rezidivbehandlung)
- Pharmakotherapie
- Psychotherapieverfahren
- Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren
- Therapie von Komorbidität
- Management bei Suizidgefahr
- Schulung von Patienten und Angehörigen
- Rehabilitation

5. Organisation / Methodik und Fortbildung

- Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung
- Kosten / Nutzen
- Maßnahmen des Qualitätsmanagements
- Überprüfung der Leitlinien - Anwendung / Implementierung

Leitlinien-Gruppe

1. Arbeitsphase

- Identifikation zu beteiligender Fachgruppen
- Organisation der ersten Sitzung
- Leitlinienrecherche und Quellensuche
- Formulierung erster Schlüsselfragen

Konsens- und LL-Gruppe

1. Sitzung: 1. Juni 2005

- Erläuterung des Ablaufs
- Priorisierung der Schlüsselfragen
- Festlegung der Termine

Zu beteiligende
Gesellschaften/Verbände
vollständig?

nein

ja

Weitere Fach-
gruppen einladen

Leitlinien-Gruppe

2. Arbeitsphase

- Erstellung einer Synopse
- Erster Entwurf der Empfehlungen
- ggf. Literaturrecherchen

Kriterien für die Auswahl

1. **Relevanz für die Versorgung** (alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen)
2. **Ausgewogenheit der Interessengruppen** (Ärzte und Psychologen, Fachbereiche Psychiatrie und Psychosomatik, unterschiedliche Psychotherapieverfahren)
3. **Handlungsfähige Größe der Konsensrunde** (ca. 30 Teilnehmer)
4. **Richtlinienverfahren** aus dem Bereich Psychotherapie
5. Einbezug von **Fachgesellschaften und Berufsverbänden**
6. **Mitgliederzahl** der Gesellschaften
7. Schwerpunkt der Leitlinie (**Erwachsene**)

Teilnehmer der Konsensusrunde

14 Fachgesellschaften

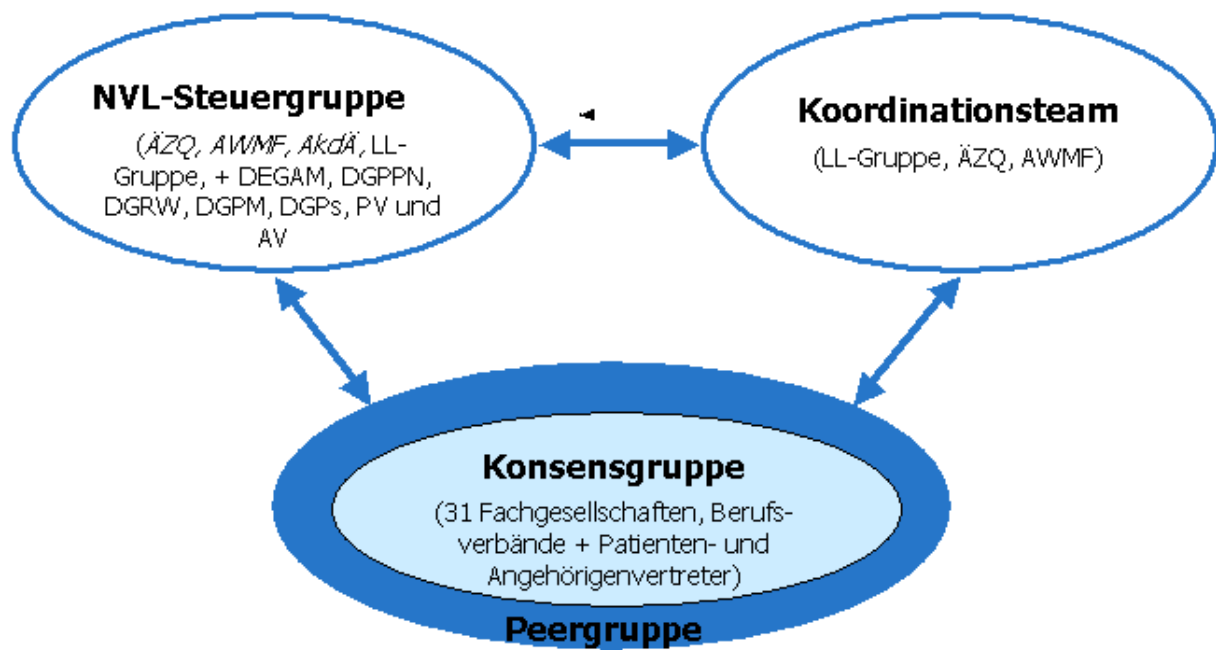
8 Berufsverbände

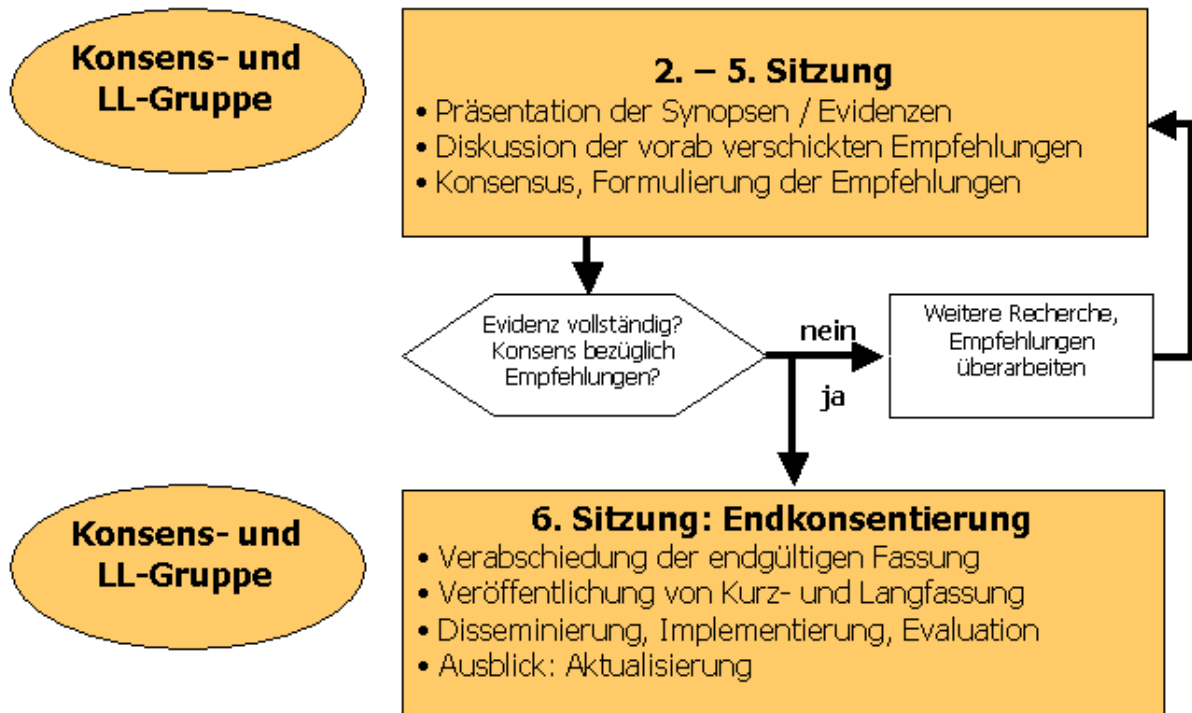
4 Patienten/Angehörigenverbände

5 weitere Organisationen

N=31

Organigramm





Gliederung

- **Hintergrund der S3-Leitlinie**
- **Methodik**
- **Vorgehen (Beispiel einer Synopse)**

Leitlinien als Grundlage der Synopsen

Referenz-Leitlinie:

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

Ergänzende Quell-Leitlinien je nach Fragestellung:

- Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
- Dt. Ges. für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
- Canadian Psychiatric Association (CPA)
- American Psychiatric Association (APA)

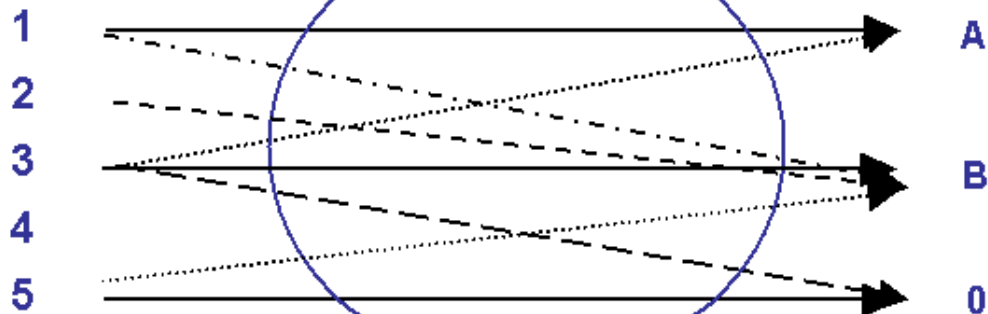
Recherche-Strategien

Parameter	Vorschlag
Zeitfenster der Suche:	1995 – 2005
Zeitpunkt des Such-Endes:	← Mitte 2006
Literaturdatenbanken:	<ul style="list-style-type: none">• Cochrane Library• MEDLINE/ PubMed• psycINFO• psychIndex <p>Bei Bedarf, je nach Fragestellung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Spezialdatenbanken• Handsuche (Literaturverzeichnis)

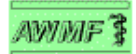
Klassifizierung der Empfehlungsgrade

Evidenzgrad

Empfehlungsgrad



- Ethische Aspekte
- Patientenpräferenzen
- Klinische Relevanz: integriertes Outcome-Modell
- Konsistenz und Effektstärke der Studien
- Besonderheit psychotherapeutischer Forschungsmethoden (inklusive Einfügen eines Kapitels zu Beginn)
- Abwägung von Nutzen, Risiken, Nebenwirkungen
- Anwendbarkeit



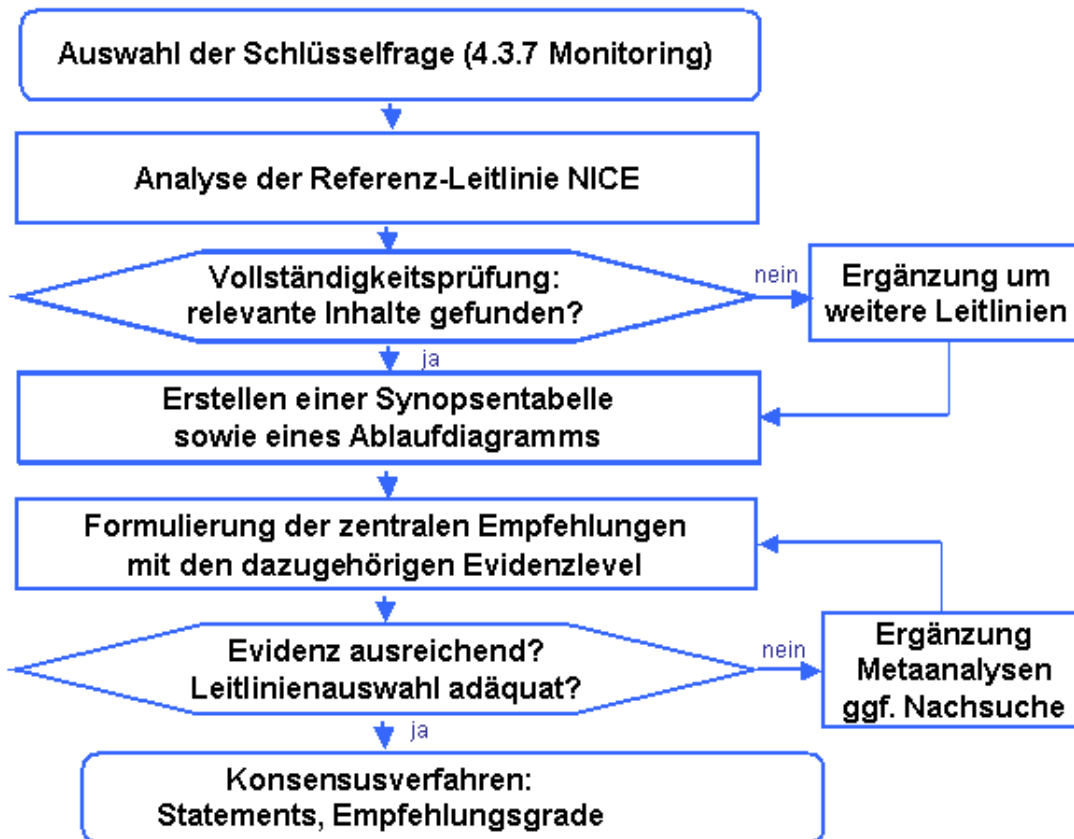
Gliederung

- **Hintergrund des Projektes S3-Leitlinie**
- **Methodik**
- **Beispiel einer Synopse**

Schlüsselfragen der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie unipolarer depressiver Störungen (1)

	Schlüsselfragen	Kap.	N
1	Wie kann der Behandlungsverlauf effektiv geprüft werden (Monitoring) und welches sind die zentralen Wirkungsprüfungszeitpunkte?	4.3.7	11
2	Welche Arten der Versorgung sind wirksam bei depressiven Erkrankungen und welche erbringen die besten Behandlungsergebnisse?	2.5.1	10
3	Wie können Patienten stärker in den Behandlungsprozess einbezogen werden (Shared Decision Making)?	4.1.3	9
4	Wie können Beratung und Einbezug von Angehörigen gestaltet sein (ggf. auch die Versorgung z.B. von Kindern psychisch kranker Eltern)?	4.1.4	9
5	Welche erkrankungs-, patientenbezogenen und sozialen Faktoren haben einen Einfluss auf Verlauf und Prognose?	2.4.2	8

Erstellung einer Synopse

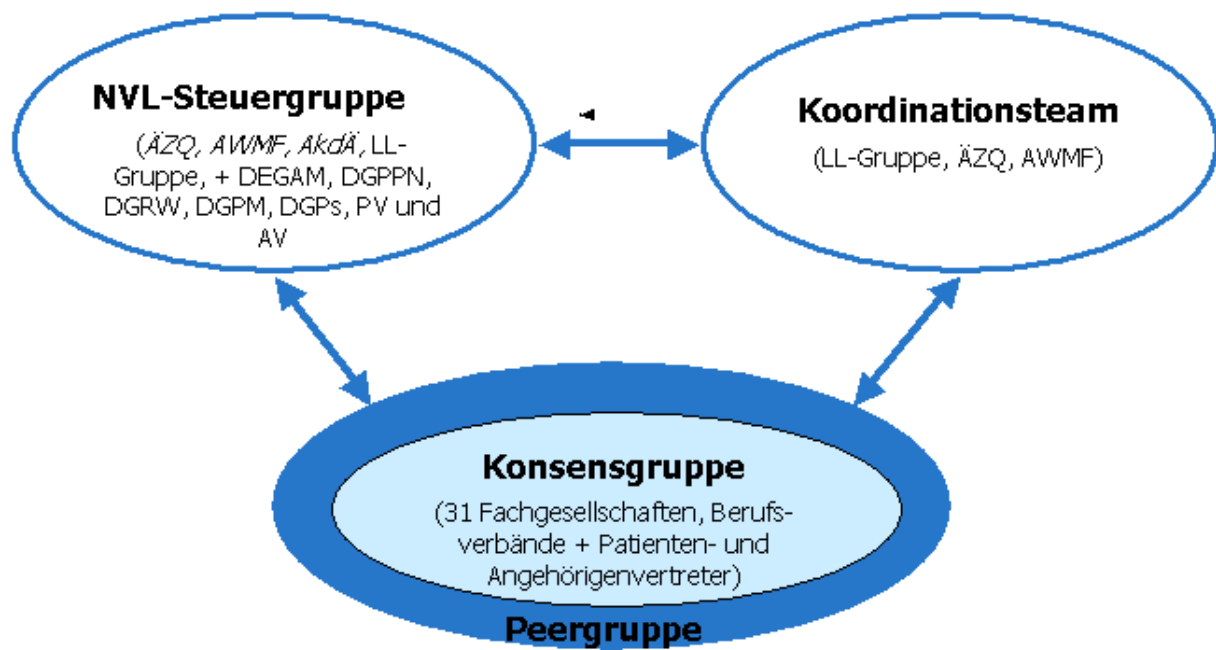


Beispiel: Therapie-Monitoring

Wie kann der Behandlungsverlauf effektiv geprüft werden (Monitoring) und welches sind die zentralen Wirkungsprüfungszeitpunkte?

NICE-(Dezember-2004) ³⁸	VL-in-der-ambulanten-Praxis-(Harter-etal-2003) ⁹	DGPPN-(2000) ³⁹	APA-(April-2000) ⁴⁰	CPA-(June-2001) ³⁸
<p>1.5.2. Moderate to severe depression[¶] Careful monitoring of symptoms, side effects and suicide risk (particularly in those aged under 30) should be routinely undertaken, especially when initiating antidepressant medication... It is also important to monitor patients for relapse and discontinuation/withdrawal symptoms when reducing or stopping medication. Patients should be warned about the risks of reducing or stopping medication.[¶]</p> <p>Empfehlungen:[¶] 1.5.2.5 Patients started on antidepressants who are considered to present an increased suicide risk or are younger than 30 years (because of the potential increased risk of suicidal thoughts associated with the early stages of antidepressant treatment for this group) should normally be seen after 1 week and frequently thereafter as appropriate until the risk is no longer considered significant.[¶]</p> <p>1.5.2.10 Patients started on anti-</p>	<p>Die Wirkung der medikamentösen Therapie ist regelmäßig, d.h. möglichst wöchentlich zu prüfen. Spätestens nach vier bis sechs Wochen sollte eine genauere Wirkungsprüfung erfolgen (s. Abb. 3). Kurze regelmäßige Patientenkontakte im Abstand von ein bis zwei Wochen sind empfehlenswert.[¶]</p> <ul style="list-style-type: none"> • einschleichenden Aufdosierung der Medikation[¶] • Prüfung des Ansprechens auf Therapie und des psychopathologischen Befundes[¶] • Überprüfung der Suizidalität[¶] • Erfassung möglicher Nebenwirkungen und frühzeitiges Gegensteuern (vgl. Tab. 7)[¶] • Stabilisierung des therapeutischen Bündnisses und Förderung der aktiven Mitarbeit[¶] <p>[¶] In aktuellen Leitlinien (13, 77) wird der Grad der Symptomreduktion als Hauptkriterium zur Wirkungsprüfung und Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen genannt. Üblicherweise werden hierbei vier Remissionsstufen differenziert (vgl. 15):[¶]</p>	<p>Therapiekontrolle: Die Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung müssen regelmäßig überprüft werden. Bei medikamentöser Therapie sollten regelmäßig kontrolliert werden:[¶]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychopathologischer Befund[¶] - Auftreten von Nebenwirkungen, intensive Nebenwirkungen bei „normaler“ Dosierung sollten zum Flammenpiegel, Kontrollen veranlassen („Drogenspiegel“ bei Fehlen eines Cytochrom P450-Genotyps bei ca. 5-10% der Bevölkerung)[¶] - Blutbild, Leber- und Nierenwerte, EKG (besonders bei TZA) bei V.a. erhöhte Anfälligkeit für epileptische Anfälle auch EEG (Näheres siehe Leitlinien Psychopharmakotherapie)[¶] <p>AktA1[¶]</p> <p>[¶] Praktische Aspekte der Durchführung der Pharmakotherapie[¶] Viele antidepressive Behandlungen</p>	<p>Acute Phase (6-8 weeks)[¶] Patients who have started taking an antidepressant medication should be carefully monitored to assess their response to pharmacotherapy as well as the emergence of side effects, clinical condition and safety. There are limited clinical trial data to guide the decision regarding the frequency of monitoring patients during pharmacotherapy. Factors to consider when determining this frequency include the severity of illness, the patient's cooperation with treatment, the availability of social supports, and the presence of comorbid general medical problems. Visits should also be frequent enough to monitor and address compliance and to promote treatment adherence. Experienced researchers have found that patients in clinical trials appear to benefit from monitoring once a week or more to enhance adherence rates and to avoid the decompensation that may occur before the onset of beneficial effects.[¶]</p> <p>In clinical practice, the frequency of monitoring during the acute phase of pharmacotherapy may vary from once a week in</p>	<p>How long do you wait for a clinical response?[¶] There should be some evidence of at least minimal or partial response after 4 weeks at a therapeutic dosage. The probability of showing a clinical response after 6 to 8 weeks of antidepressant treatment is less than 20% if there has been minimal or no response after 3 to 4 weeks (107-109). The corollary is evident: that even a minimal response (for example, 20% reduction in symptom ratings) after 2 weeks is a significant predictor of subsequent response after 6 to 8 weeks (110). Therefore, some alteration of treatment is indicated (for example, increase of dose) if there is no response after 3 to 4 weeks of antidepressant initiation. For minimal or partial responses, the clinician can continue to wait another week or so to determine whether there is continued improvement, before deciding on an alteration of strategy.[¶]</p> <p>Response:[¶] • < 20% = No response[¶]</p>

Organigramm



Verantwortliche

Martin Härter

Isaac Bermejo

Petra Sitta, Christian Klesse

Mathias Berger (alle Freiburg)

Ina Kopp (AWMF)

Monika Leigemann (ÄZQ)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg

Zurück zur [16. Leitlinien-Konferenz](#)

Back to [16. Guidelines-Conference](#)

Zurück zur [Titelseite "Leitlinien"](#)

Back to [AWMF-Guidelines-Homepage](#)

Zuletzt aktualisiert am 21.06.2006; 14:06:49

© [AWMF online](#)