

I N I T I A T I V E

Arznei & Vernunft

Vernünftiger Umgang mit Medikamenten

**Depressive
Erkrankungen**

3. AUFLAGE, OKTOBER 2006

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel	3
Vorwort	4
Die expertengruppe & Das Arznei & Vernunft-Team	5
1. Definition	6
2. Diagnose	8
3. Therapie	14
4. Prävention	23
5. Was Angehörige wissen müssen	24
6. Arzneimittelverzeichnis²	25
7. Glossar	28
Appendix	30

IMPRESSUM

PRÄAMBEL

Depressionen stellen mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 17% und einer Stichtagsprävalenz von ungefähr 10% ein massives gesundheitliches und auch volkswirtschaftliches Problem dar, von dem nahezu jeder entweder selbst, als Angehöriger oder Freund betroffen ist. Man möchte meinen, dass es recht leicht ist, Depressionen richtig zu diagnostizieren und zu behandeln. Faktum ist jedoch, dass viele depressive PatientInnen jahrelange Leidenswege hinter sich haben, bevor eine richtige Diagnose gestellt wird. Doch auch dann ist noch keineswegs gewährleistet, dass eine richtige Behandlung erfolgt. Bei Erkrankungen dieser Häufigkeit summieren sich Behandlungskosten aller Art natürlich ganz beträchtlich, obwohl gerade die medikamentöse Behandlung des Einzelnen im Vergleich zu Therapien vieler anderer Erkrankungen finanziell sehr günstig liegt.

Man sollte sich als Arzt nicht ausschließlich der ökonomischen Seite des Problems zuwenden müssen, Faktum ist jedoch, dass etwa zwei Drittel der Kosten, die für PatientInnen mit Depressionen aufgewendet werden müssen, Sekundärkosten sind. Diese Tatsache spiegelt wieder, dass die Rate der Behandelten zu nieder ist. Bei einer bestmöglichen Diagnostik und im Weiteren auch Therapie würden zwar die primären Kosten steigen, in unverhältnismäßig höherem Ausmaß wären jedoch Sekundärkosten zu reduzieren.

Wie auch bei anderen „Volkskrankheiten“ besteht die Gefahr, dass PatientInnen in die Hände unseriöser Behandler gelangen, die für teures Geld Methoden ohne jeglichen Wirkungsnachweis, zu oft auch ohne jegliche Wirkung, einsetzen.

All die angeführten Gründe veranlassten die A&V-Partner, ein Team von ExpertInnen zur Erstellung von Leitlinien für die Behandlung der Depression einzuberufen. Der Schwerpunkt des vorliegenden Papiers wurde bewusst auf die unipolare Depression, die mit Abstand häufigste Form, gelegt; andere Erscheinungsbilder der Depression werden jedoch gestreift. Der Schwerpunkt hinsichtlich der Behandlungsformen wurde auf die Evidenzbasierten Methoden, also die Therapien mit Psychopharmaka sowie die Behandlung mit Psychotherapie gelegt.

Wir hoffen, durch dieses Papier die Qualität der Therapie für depressive PatientInnen noch weiter zu verbessern und damit nicht nur das Schicksal der einzelnen Betroffenen sondern auch der Umgebung zu lindern und durch diese Leitlinie einen fachlich und auch ökonomisch sinnvollen Behandlungsrahmen zur Verfügung zu stellen.

Univ.-Prof. Dr. Christoph Stuppäck
 Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg
 Präsident der ÖGPP

VORWORT

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

wir freuen uns, Ihnen die zwölfte Ausgabe von *Arznei & Vernunft* präsentieren zu können. In dieser Ausgabe wird das Thema *Depressive Erkrankungen* behandelt.

Depressive Erkrankungen zählen neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Magen-Darm-Leiden zu den drei am weitesten verbreiteten Krankheiten weltweit. Auch aus sozioökonomischer Sicht sind Depressionen ein bedeutender Faktor, da sie die häufigste Ursache für Erwerbsunfähigkeit darstellen.

In den vergangenen Jahren wurden in der medizinischen und pharmazeutischen Forschung in diesem Bereich große Fortschritte erreicht, die eine bessere Behandlung dieser Indikation ermöglichen. Durch diese Innovationen kann eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen erreicht werden.

Eine wesentliche Zielsetzung der Initiative *Arznei & Vernunft* ist es, allen Österreicherinnen und Österreichern den Zugang zu fortschrittlicher Medizin zu sichern. Um diesem Anspruch auch weiterhin gerecht zu werden, wurde daher für die Indikation *Depressive Erkrankungen* eine neue Leitlinie im Rahmen von *Arznei & Vernunft* erarbeitet.

Besonders bedanken möchten wir uns auch heuer wieder bei der Expertengruppe bestehend aus international anerkannten Spezialisten, die in ehrenamtlicher Arbeit maßgeblich zum Gelingen dieser Leitlinie beigetragen haben. Vielen herzlichen Dank!

Die Initiative *Arznei & Vernunft* ist in ihrer Zusammenarbeit von Apothekern, Ärzteschaft, Pharmig, Sozialversicherung und Wirtschaftskammer in Europa einzigartig. Wir sind stolz, einen Beitrag zu einem ökonomischen Gesundheitswesen leisten zu dürfen, möchten aber dabei eines nie aus den Augen verlieren: die optimale Versorgung der Patienten.

DIE EXPERTENGRUPPE & DAS ARZNEI & VERNUNFT-TEAM

Univ. Prof.
Dr. Klaus Klaushofer
Ärztlicher Direktor, 4. Med. Abt., Hanusch-KH, LB-Institut f. Osteologie

Dr. Silvia Eder
Leitende Ärztin Burgenländische Gebietskrankenkasse

Univ. Prof. DDr.
Peter Fischer
Klinische Abteilung f. Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinik f. Psychiatrie Wien

Univ. Prof. Dr.
Wolfgang Fleischhacker
Leiter d. Klinischen Abteilung für biologische Psychiatrie, Universitätsklinik f. Psychiatrie Innsbruck

Prim. Prof. Dr.
Maximilian Gstöttner
Leitender Arzt Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Dir.Dr.
Marion E. Kalousek
Ärztliche Direktorin, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner Spital

O.Univ.Prof. DDr.
Hans-Peter Kapfhammer
Vorstand d. Universitätsklinik f. Psychiatrie, Graz

O.Univ.Prof. Dr.Dr.hc
Siegfried Kasper
Leiter d. Klinischen Abteilung f. Allgemeine Psychiatrie, Medizinische Universität Wien

Mag.
Andreas Kiss
Pharmazeut

Univ.Prof. DDr.
Michael Lehofer
Leiter d. Allgemeinen Psychiatrischen Abteilung 1, Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz

Univ.Prof.
Dr. Gerhard Lenz
Klinische Abteilung f. Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung, Universitätsklinik f. Psychiatrie Wien

Mag.
Wolfgang Lindinger
Geschäftsführer Madaus

O.Univ.Prof. Dr.
Markus Müller
Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie, Wien

Mag.
Peter Müller
Pharmazeut

Univ.Prof. Dr.
Peter Placheta
Boehringer Ingelheim Austria GmbH, Head of Pharma Division Austria

Prof. Dr.
Stephan Rudas
Leiter d. Instituts für psychosoziale Forschung

Univ.DoZ. Dr.
Werner Schöny
Ärztlicher Direktor, Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz

Univ. Prof. Dr.
Christoph Stuppäck
Vorstand d. Universitätsklinik f. Psychiatrie I, CDK Salzburg

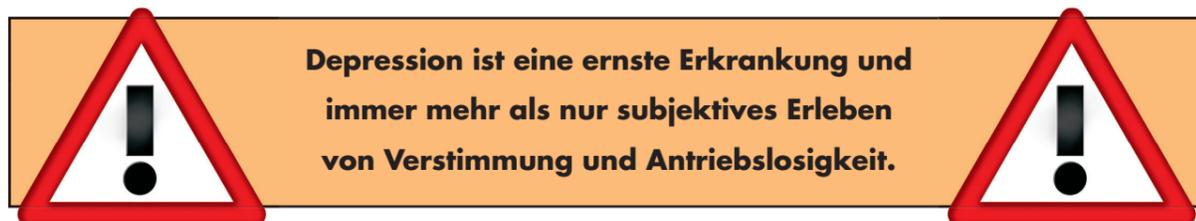
Dr.
Ulrike Verhovnik
Ambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Hanuschkrankenhaus

Dr.
Wilhelm Wolf
Bundesfachgruppenobmann Österreichische Ärztekammer

1. DEFINITION

Depression (syn. depressive Episode) ist eine ernste psychische Erkrankung. Depression ist nicht gleichzusetzen mit Traurigkeit, Unlust, Müdigkeit, Sorgen oder Erschöpfung, also Zuständen mit fehlendem Wohlbefinden. Solche Missstimmungen hat jeder Mensch gelegentlich, und in schlechten Zeiten auch länger andauernd bei sich selbst erlebt.

Einige Symptome der Depression ~~gehören zum Erleben des Betroffenen~~ (zB Niedergeschlagenheit, Ermüdbarkeit), andere Symptome können auch von Mitmenschen beobachtet werden. Die sogenannten körperlichen Symptome der Depression und die Parameter der forschenden Psychiatrie im Bereich der Neurotransmitter, des Hormonhaushalts oder des lokalen Hirnstoffwechsels sind direkt messbar.



Treten bei einem Menschen wiederholt Depressionen auf, liegt eine **rezidivierende (unipolare) depressive Erkrankung** vor.

Treten neben Depressionen auch manische oder geringer manische (hypomanische) Episoden auf, diagnostiziert man eine **bipolare Depression**, oder exakter eine Depression bei bipolarer affektiver Erkrankung (historisch: manisch-depressive Erkrankung). Bei solchen PatientInnen werden oft viele Jahre rezidivierend unipolare Depressionskrankheiten diagnostiziert, bis eben erstmals eine (hypo)mane Episode auftritt.

Eine leichtere, depressive Verstimmung mit chronischem Verlauf (mindestens zwei Jahre) wird als **Dysthymie** bezeichnet.

1.1. HÄUFIGKEIT DER DEPRESSION

Die Wahrscheinlichkeit, irgendwann im Leben zumindest einmal an einer depressiven Episode zu erkranken, beträgt derzeit etwa 17%. Die Lebenszeitprävalenz nimmt tendenziell zu.

Depressionen stellen ein wachsendes Gesundheitsproblem der westlichen Gesellschaft dar und zählen ~~mit~~ zu den häufigsten Ursachen von Erwerbsunfähigkeit.

Depressionen gehen mit dramatischer Beeinträchtigung der Lebensqualität einher und führen häufig zu Suiziden. **Im Jahr 2004 verübten in Österreich insgesamt 1418 Menschen (345 Frauen, 1073 Männer) Suizid.**

Nur bei jedem 4. Patienten kommt es nach einer ersten Depression nicht zu weiteren Episoden. Bei mindestens 10% der Depressionen kommt es nach Abklingen der Episode mit oder ohne Therapie zu Restsymptomen, die ~~lange anhaltend~~ sein können.

Die Stichtagsprävalenz der rezidivierend unipolaren Depressionskrankheit und der bipolaren affektiven Störung beträgt in der westlichen Welt 7.1 – 12.6%.

1.2. ENTSTEHUNGSBEDINGUNGEN DER DEPRESSION – DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL

Man kann davon ausgehen, dass sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren die Entstehung von Depressionen erklären. Man spricht von bio-psycho-sozialen Entstehungsbedingungen der Erkrankung. Diesem Modell entsprechend wirken die Faktoren dabei in unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Zusammensetzung.

So kann Stress, wie er zB in Zusammenhang mit akuten oder chronischen belastenden Lebensereignissen auftritt, bei einer depressiven Veranlagung (zB genetische Prädisposition) zum Ausbruch bzw. Wiederauftreten der Erkrankung führen.

Zum Teil kann man die Neigung zur Depression auch als erlerntes Verhalten und auch als Folge eines lebensgeschichtlich bedingten eingeschränkten Erlebens- und Verhaltensrepertoires begreifen.

Ob nun die Entstehung der Depression eher mit genetischer, psychischer oder sozialer Vulnerabilität einhergeht, immer wird die Erkrankung mit einer ähnlichen gehirnmolekularen bzw. psychopathologischen Veränderung im Sinne einer gemeinsamen Endstrecke verknüpft sein. Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell sollte die Therapie mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung aus biologischen und psychosozialen Strategien bestehen.

2. DIAGNOSE

2.1. DIAGNOSTISCHE KRITERIEN EINER DEPRESSIVEN EPISODE – NACH ICD-10

A. Allgemeine Kriterien:

1. Dauer der depressiven Episode mindestens zwei Wochen
2. Ausschluss einer manischen oder hypomanischen Episode in der Anamnese (sonst bi-polare Depression)
3. Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.

B. Kernsymptome:

1. Depressive Verstimmung (die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, in einem für die Betroffenen ungewöhnlichem Ausmaß, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen)
2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

C. Zusätzliche Symptome:

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
3. Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid, suizidales Verhalten
4. Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen (Klagen darüber oder Nachweis), Unentschlossenheit
5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
6. Schlafstörungen
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

Für die Diagnose müssen die allgemeinen Kriterien zutreffen und mindestens vier Symptome von B+C (davon mindestens zwei von B)

Schweregrad der Depression:

- Leicht: 4-5 Symptome
 Mittel: 6-7 Symptome
 Schwer: 8+ Symptome (davon alle drei der Gruppe B)

Die Störung der Befindlichkeit bei Depression kann bei den PatientInnen zu unterschiedlichen körperlichen Beschwerden führen, welche die eigentliche Diagnose Depression um Jahre verzögern können: Kopfschmerzen, Kreislauf labilität mit Kollapszuständen, Herzbeschwerden, vermehrte Angst, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Obstipation, Kreuzschmerzen und Gewichtsverlust sind häufige Beschwerden bei Depression.

2.2. DEPRESSION: WIE DANACH FRAGEN?

Die Fragen beziehen sich darauf, welche der folgenden Beschwerden in den vergangenen zwei Wochen fast täglich vorhanden waren.

1. Haben Sie sich in letzter Zeit deprimiert und niedergeschlagen gefühlt? („depressive Verstimmung“)
2. Haben Sie bemerkt, dass Sie, im Gegensatz zu vor Beginn Ihrer Beschwerden, deutlich weniger Interesse an Hobbies, Arbeit bzw. Dingen des alltäglichen Lebens haben?
3. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie weniger Gefühle empfinden als vor Ihrer Erkrankung (zB Freude, aber auch Mitgefühl)?
4. Hat Ihre Energie/Tatkraft abgenommen? Unternehmen Sie weniger als vor Beginn der Beschwerden?
5. Haben Sie an Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl verloren?
6. Machen Sie sich vermehrt Selbstvorwürfe oder haben Sie häufiger Schuldgefühle als früher?
7. Denken Sie vermehrt darüber nach, dass Sie das Leben nicht mehr freut („Lebensüberdruß“) oder dass Sie sich etwas antun könnten?
 Wenn mit „ja“ beantwortet, weiterfragen:
 Haben Sie sich darüber auch schon konkrete Vorstellungen gemacht oder versucht, sich das Leben zu nehmen?
8. Hat Ihr Denk- bzw. Konzentrationsvermögen nachgelassen?
9. Leiden Sie in letzter Zeit vermehrt unter Anspannung oder innerer Unruhe?
10. Hat Ihr sexuelles Interesse abgenommen?
11. Hat sich an Ihrem Appetit oder Gewicht etwas verändert?
12. Können Sie schlechter schlafen als früher?

2.3. DIFFERENTIALDIAGNOSE DER DEPRESSION

Depressive Symptome kommen häufig vor und finden sich auf einem Kontinuum von normalpsychologischem Erleben (z.B. vorübergehend nach Verlusterlebnissen) bis hin zu lebensbedrohlichen depressiven Erkrankungen. Nach Ausschluss ersterer muss die Tatsache, dass depressive Syndrome bei einer Reihe unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen auftreten, in der Differentialdiagnostik Berücksichtigung finden. Zuerst gilt es, mögliche organische Ursachen auszuschließen (siehe unten). In der Folge muss geklärt werden, welchen der relevanten Kategorien des ICD-10 die depressive Symptomatik zuzuordnen ist: Hier sind neben den typischen affektiven Störungen vor allem Depressionen im Rahmen von Belastungs- und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen sowie Angsterkrankungen

auszuschließen. Symptome der Depression finden sich aber auch bei vielen anderen psychiatrischen Grunderkrankungen. Eine gewissenhafte Differentialdiagnose ist sowohl für die Prognosestellung als auch für die Planung der Therapieführung von großer Bedeutung.

2.3.1. ERFORDERLICHE BEFUNDE

Neben der Erhebung des psychopathologischen Status, sowie einer ausführlichen Eigen- und – soweit möglich – Fremdanamnese sind, abhängig von Entstehungsgeschichte und Verlauf der Erkrankung verschiedene Zusatzuntersuchungen angezeigt. Insbesondere werden diese ~~davon~~ bestimmt, ob es sich um erst- oder mehrfach Erkrankte handelt, ob relevante somatische oder psychiatrische Komorbidität vorliegt, in wie weit eindeutig zuordenbare Auslöser bzw. kausale Faktoren erhebbar sind und ~~zuletzt~~ auch wie rasch und gut PatientInnen auf erste therapeutische Interventionen ansprechen.

Vor allem bei ersterkrankten PatientInnen ist eine ausführliche somatische Abklärung mit klinischer Untersuchung (inklusive Puls und Blutdruck), angemessener Labordiagnostik (Blutbild, Routine-Blutchemie, Sexualhormone in Meno-, Andropause, Schilddrüsenfunktion) und neurologischer Untersuchung (idealerweise inkludiert diese eine strukturelle Abklärung des Gehirns mit bildgebenden Verfahren, die in jedem Fall von ungenügendem Therapieansprechen indiziert ist) angezeigt. Vor allem bei älteren PatientInnen ist eine sorgfältige differentialdiagnostische Abklärung besonders zum Ausschluss inzipienter demenzieller Prozesse indiziert. Auch die laufende Medikation sollte auf Substanzen, die ihrerseits Depressionen fördern können, überprüft werden.

Entsprechend den oben angerissenen Verlaufsunterschieden können Kontrollen der erhobenen Befunde bzw. auch diffizile Spezialuntersuchungen notwendig werden. Hier empfiehlt sich in jedem Fall die Zuziehung eines Facharztes für Psychiatrie.

2.3.2. TYPOLOGIE DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN

Depressive Episode – leicht, mittelgradig, schwer (ohne und mit psychotischen Symptomen)

Patient leidet unter depressiver Verstimmung, Freudlosigkeit, Antriebs~~verminderung~~, Energielosigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Unentschlossenheit, Verlust des Selbstvertrauens, Selbstvorwürfen/Schuldgefühlen, verminderter Konzentration, Schlafstörungen, Lebensüberdruß bis Suizidgedanken, psychomotorischer Agitiertheit oder Hemmung, Appetitveränderung, Gewichtsveränderung.

Rezidivierende depressive Störung

Von einer rezidivierenden depressiven Störung wird gesprochen, wenn zwei oder mehrere depressive Episoden aufgetreten sind ohne manische, hypomanische oder gemischte Episoden.

Zyklothymia

Mehrere Perioden depressiver und gehobener Stimmungslagen, die von Zeiten euthymer Stimmung voneinander abgegrenzt sein können. Euthyme Phasen können auch fehlen. Zeitdauer mindestens zwei Jahre. Die Stimmungsschwankungen sind geringer ausgeprägt als bei einer depressiven oder manischen Phase.

Dysthymia

Chronisch (= mehr als zwei Jahre) anhaltenden bzw. konstant über diesen Zeitraum wiederkehrende subdepressive Verstimmung (Kriterien für Depressive Episode werden nicht erreicht). Dazwischenliegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen, hypomanische Episoden kommen nicht vor.

Rezidivierende kurze depressive Störung (recurrent brief depression)

Es handelt sich um eine von der Symptomatologie her depressive Episode, die nur wenige Tage anhält, tritt aber zumeist einmal pro Monat (bei Frauen unabhängig vom Menstruationszyklus) über wenigstens ein Jahr auf.

Die PatientInnen weisen gegenüber der Normalbevölkerung eine deutlich höhere Suizidrate auf.

Bipolare Affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode

Krankheitsbild, bei dem gegenwärtig eine depressive Episode vorliegt, in der Vergangenheit aber auch manische oder hypomanische Episoden vorgekommen sind.

Saisonale Depression (seasonal affective disorder, SAD)

Regelmäßiger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten von depressiven Episoden und einer bestimmten Jahreszeit (zB Herbst oder Winter). Eine vollständige Remission tritt ebenfalls zu einer bestimmten Jahreszeit auf (zB Frühjahr). Die Zahl saisonaler Episoden übertrifft eindeutig die Zahl eventuell auftretender nichtsaisonaler Episoden.

Atypische depressive Episode

Depressive Episode, bei der das positive gefühlsmäßige Reagieren erhalten bleibt; Appetitsteigerung/Gewichtszunahme, Hypersomnie, erhöhte Sensitivität gegenüber Zurückweisungen.

Organische Affektive Störung

Kriterien für Depressive Episode erfüllt, Nachweis eines Zusammenhangs mit einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer entsprechenden körperlichen Erkrankung.

Schizodepressive Störung

Störung, bei der im Querschnitt einer Krankheitsperiode gleichzeitig ein depressives und ein schizophreses Syndrom vorliegt. Der Verlauf der Erkrankung ist durch eine relative Balance zwischen Zahl, Schwere und Dauer schizophrener und affektiver Syndrome gekennzeichnet.

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

- **Akute Belastungsreaktion**

Klarer Zusammenhang zwischen Belastung und Beginn der Symptome muss vorliegen und klingt nach 1 – 3 Tagen wieder ab.

- **Kurze depressive Reaktion**

Vorübergehender leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine anhaltende Belastung, der nicht länger als einen Monat dauert.

- **Längere depressive Reaktion**

Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastung, der aber nicht länger als zwei Jahre dauert.

- **Angst und depressive Reaktion gemischt**

Sowohl Angst als auch depressive Symptome sind im Anschluss an Belastung vorhanden, aber nicht stärker ausgeprägt als bei einer gemischten Angststörung.

- **Posttraumatische Belastungsreaktion**

Im Anschluss an Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung bzw. Katastrophenerlebnisse kommt es zum Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks) bzw. Alpträumen, weiters zu einem spezifischen Vermeidungsverhalten (Situation oder Umstände in Zusammenhang mit dem Ereignis) und zu Erinnerungslücken bzw. anhaltenden Symptomen einer erhöhten psychischen Sensitivität.

- **Anpassungsstörung**

Nach einem belastenden Ereignis treten subjektives Leiden und emotionale Beeinträchtigungen auf, die innerhalb eines Monats nach diesem Ereignis auftreten und meist nicht länger als sechs Monate anhalten.

2.4. BESONDERHEITEN BEI ALTEN PATIENTEN

Depressionen sind im Alter häufig werden bisweilen übersehen und zu selten behandelt. Sie sind meist symptomarm, und viele Symptome werden vom Arzt nicht gleich als Zeichen einer Depression interpretiert. Besonders ~~die~~ körperlichen Beschwerden (Schmerzen, Übelkeit, Gewichtsverlust, ...) erschweren die Diagnose. „Agitierte“ Depressionen mit gesteigerter Psychomotorik und Unruhe sind im Alter häufig.

Depressionen im Alter sprechen auf Psychotherapie und/oder Antidepressiva vergleichbar gut an wie bei jungen PatientInnen, jedoch rezidivieren die Depressionen alter Menschen ohne weiterlaufende Erhaltungstherapie eher. Nebenwirkungen der Antidepressiva sind bei alten Menschen häufig und ernster als bei jungen PatientInnen, und wegen der Multimorbidität sind medikamentöse Interaktionen häufiger, ~~weswegen~~ Präparate mit geringem Interaktionspotential eingesetzt werden ~~sollten~~.

Die Pharmakotherapie sollte in niedriger Dosis begonnen werden und bei mangelnder Wirksamkeit nur langsam gesteigert werden („start low – go slow“). Es gibt kein ideales Antidepressivum für den alten Patienten, sondern es muss nach Berücksichtigung von Arzneimittelverträglichkeit und Komorbiditäten behandelt werden.

Psychotherapie wird bei Depression im Alter selten angewandt, obwohl sie von den PatientInnen oft gewünscht wird. Die besten Ergebnisse ~~erzielt auch beim~~ alten depressiven Menschen eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie.

3. THERAPIE

Wesentlich für die Therapie einer Depression ist das stützende ärztliche Gespräch sowie die gemeinsame Erstellung einer Therapievereinbarung. Der regelmäßige Kontakt mit dem behandelnden Arzt und die damit verbundenen supportiven Interventionen sind essentiell für einen positiven Therapieverlauf (Beziehungs- und Gesprächsangebot). Lebenspartner und Angehörige sollten nach Möglichkeit in die Therapievereinbarung eingebunden werden.



3.1. THERAPIE DER UNIPOLAREN DEPRESSION (UNIPOLARER VERLAUF)

3.1.1. MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Antidepressiva führen bei ca. 70% der behandelten PatientInnen zu einer deutlichen Besserung bis hin zur vollständigen Symptombefreiheit. Eine komplette Remission kann mit Antidepressiva in 35-45% erreicht werden. Die Remissionsrate unter Placebo beträgt etwa 25%. Der häufig in klinischen Studien verwendete Begriff „Response“ ist als eine >50%ige Verbesserung der Symptomatik definiert, für den Patienten relevanter ist jedoch das Erreichen einer Remission, d.h. das vollständige Sistieren der Beschwerden.

In der medikamentösen Behandlung gilt es, pharmakodynamische und pharmakokinetische Interaktionen zu beachten. Diese sind häufig für Probleme bei Verträglichkeit und Wirksamkeit verantwortlich. Aufgrund der Fülle der möglichen Interaktionen wird hier auf eine detaillierte Darstellung verzichtet.

Wir verweisen auf folgende Website: www.drug-interactions.com, www.psiac.de

3.1.1.1. AKUTTHERAPIE

Die Phase zwischen Therapiebeginn und Erreichen einer Symptombesserung wird als Akuttherapie bezeichnet. Entscheidend ist hierbei die Beachtung der durchschnittlichen Wirklatenz der Antidepressiva von ca. zwei bis drei Wochen.

Dem Patienten muss daher unbedingt mitgeteilt werden, dass es bis zu drei Wochen dauern kann, bis eine bemerkbare Wirkung eintritt. Nebenwirkungen jedoch ~~eventuell~~ sofort auftreten. In dieser Latenzzeit kommt es am häufigsten zu Therapieabbrüchen oder suizidalen Handlungen. Eine engmaschige Betreuung ist daher in dieser Phase besonders wichtig (kurzzeitige Wiederbestellung, telefonische Kontakttermine, eventuell stationäre Aufnahme).

Eine Besserung nach 7-10 Tagen stellt erfahrungsgemäß einen guten Prädiktor für das weitere Ansprechen dar. Kommt es daher in diesem Zeitraum unter ausreichender Dosierung zu keinerlei Verbesserung, kann ein Wechsel auf ein anderes Arzneimittel bereits in dieser Phase sinnvoll sein.

Spätestens nach drei Wochen sollte jedoch eine deutliche Symptombesserung eingetreten sein. Bei mangelndem Ansprechen ist eine Überprüfung der Diagnose, der Compliance, eine Dosiserhöhung oder ein Wechsel der Substanz angezeigt.

3.1.1.2. ERHALTUNGSTHERAPIE UND REZIDIVPROPHYLAXE

Die Phase der Erhaltungstherapie sollte 6-12 Monate betragen. In dieser Phase soll der Patient mit derselben Dosis der antidepressiven Medikation, die zum Erreichen der Remission notwendig war, behandelt werden.

Der Patient muss darüber aufgeklärt werden, dass ein früheres Absetzen der Therapie zu einem erhöhten Rückfallrisiko führt. In dieser Phase der Behandlung sind regelmäßige Kontrolltermine einzuhalten.

Das Absetzen der medikamentösen Therapie ist eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient. Eigentlich sollte diese Entscheidung jedoch ausschließlich nach einer depressiven Episode in der Anamnese, eventuell auch noch nach einer zweiten Episode, diskutiert werden. Wenn die Medikation abgesetzt wird, empfiehlt sich eine stufenweise Dosisreduktion über einige Wochen.

In die Entscheidung zu einer Rezidivprophylaxe mit Antidepressiva in der Dosierung der Erhaltungstherapie sollte unbedingt ein Facharzt für Psychiatrie einbezogen werden. Goldener Standard ist, nach einer zweiten, spätestens dritten depressiven Episode eine Rezidivprophylaxe durchzuführen. Im Falle einer positiven Familienanamnese, einer sehr schweren Ausprägung der depressiven Episode im Sinne einer langen Dauer, hohen Suizidalität, schlechten Behandelbarkeit der akuten Phase, weiters bei Vorliegen psychotischer Symptome kann die Entscheidung zu einer Rezidivprophylaxe bereits nach einer ersten Episode getroffen werden.

Die Erhaltungstherapie muss oft über viele Jahre durchgeführt werden, was eine hohe Herausforderung an Patient und Arzt darstellt.

3.1.1.3. WAHL DES ANTIDEPRESSIVUMS

Typische Nebenwirkungsprofile von AD	
Wirkungssubstanz	Medikament
Selektive Serotonin Wiederaufnahme Inhibitoren (SSRI)	
Citalopram	Seropram+Generika
Escitalopram	Cipralext
Fluoxetin	Fluctine+Generika
Fluvoxamin	Floxyfral
Paroxetin	Seroxat+Generika
	Tresleen,
Sertralin	Gladem+Generika
Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahme Inhibitoren (SNRI)	
Duloxefine	Cymbalta
Milnacipran	Ixel, Dalcipran
Venlafaxin	Efectin, Efectin ER
Noradrenalin und Serotonin Spezifisches Antidepressivum (NaSSA)	
Mirtazapin	Remeron ⁷ +Generika
Noradrenalin Wiederaufnahme Inhibitor (NARI)	
Reboxetin	Edronax
Serotonin Antagonist und Wiederaufnahme Inhibitor (SARI)	
Trazodon	Trittico
Monoaminoxidase-A-Hemmer reversibel (MAO-A-Hemmer)	
Moclobemid	Aurorix+Generika
Trizyklika (TCA) z. B.	
Amitriptylin	Tryptizol, Saroten
Clomipramin	Anafranil
Dibenzepin	Noveril
Doxepin	Generika
Nortriptylin	Nortrilen
Opipramol	Insidon
Tetrazyklika (TeCA)	
Maprotilin	Ludiomil
Andere Antidepressiva	
Mianserin	Tolvon+Generika
Tianeptin	Stablon

Typische Nebenwirkungsprofile von AD						
ACh ¹	ZNS ²	Kardiovaskulär:		Gi ⁵	Gewicht	Sexuell ⁶
		RR ³	EKG ⁴			
0	↑	0	0	++	0	+
0	↑	0	0	++	0	+
0	↑↑	0	0	++	0	++
0	↑	0	0	++	0	+
0	↑	0	0	++	↑	++
0	↑	0	0	++	0	++
0	0	0	0	++	0	+
0	↑	0	0	+	0	0
0	0	↑	0	++	0	+
0	↓↓	0	0	0	↑↑	0
+	↑	0	0	0	0	0
0	↓↓	↓	0	+	0	0
0	↑	0	0	0	0	0
+++	↓↓↓	↓↓↓	++	0	↑↑↑	+
+++	↓↓ od. ↑	↓	++	+	↑↑↑	++
++	↓	0	++	0	+	+
+++	↓↓	0	++	0	++	++
++	↓	↓	+	0	0	+
++	↓↓	↓	+	0	↑↑	+
+++	↓↓↓	↓↓	++	0	++	+
+	↓↓	0	0	0	++	0
+	↓↓	0	0	0	++	0

¹ Anticholinerge Nebenwirkungen: Mundtrockenheit, Akkommodationsstörungen, Harnverhalt, Obstipation, (Verwirrtheit)

² Zentrale Nebenwirkungen: ↓ geringe Sedierung; ↓↓ moderate Sedierung; ↓↓↓ starke Sedierung; ↑: (gering) Agitation, Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen; ↑↑ moderat

³ Blutdruck (RR): ↓ Hypotonie (orthostatisch) (gering); ↓↓ moderat; ↓↓↓ stark; ↑ Hypertonie (gering)

⁴ EKG-Veränderungen: Herzreizleitungsstörungen, wie QT-Verlängerung

⁵ Gastrointestinale Nebenwirkungen wie Nausea, Emesis, Diarrhoe; + gering, ++ moderat, +++ stark

⁶ Sexuelle Funktionsstörungen, wie erektile Dysfunktion, Ejakulationsstörungen, Libidoverlust

⁷ Remeron ist im Erstattungskodex nicht angeführt

Quelle: modifiziert nach Kasper 2006

Als Antidepressiva kommen Substanzen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen zum Einsatz. Antidepressiva werden im Wesentlichen durch ihre pharmakologischen Wirkmechanismen charakterisiert.

In großen Akut-Studien konnte kein genereller Unterschied in der antidepressiven Wirksamkeit zwischen verschiedenen Substanzklassen gezeigt werden. Den moderneren Antidepressiva (SSRI, SNRI und NARI) ist aufgrund des geringeren Nebenwirkungspotentials der Vorzug vor älteren tri- und tetrazyklischen Substanzen zu geben. Dies schlägt sich ganz wesentlich auf die Therapieakzeptanz nieder. Generell ist eine Monotherapie anzustreben.

Bei der Wahl des Antidepressivums ist auch die Toxizität der Substanz im Hinblick auf suizidale Überdosierung zu berücksichtigen (Trizyklika).

Die Auswahl einer speziellen Substanz hängt von der Vorerfahrung des Arztes und des Patienten ab. Hierbei sind viele Faktoren (zB Komorbiditäten, Interaktionen) zu berücksichtigen.

Wird im Rahmen der Akuttherapie **eine Zusatzmedikation mit Benzodiazepinen** als universelles Sedativum ~~als~~ notwendig erachtet, so sollte diese so kurz wie möglich und ~~jedenfalls~~ – mit Ausnahme von begründeten Einzelfällen – nicht länger als vier bis sechs Wochen dauern. ~~aufgrund~~ des Anhängigkeitspotentials ist der Patient darüber aufzuklären, dass ~~diese Dauer~~ nicht verlängert wird. ~~Kommen~~ bei psychotischer Depression Antipsychotika als Zusatzmedikation in Frage, ist ein Facharzt zu Rate zu ziehen.

Bei Komorbidität von **Depression und Angststörung** kann man auch auf antidepressive Substanzen zurückgreifen, die für die Indikation Angststörung zugelassen sind.

Bei depressiven PatientInnen, die auch über **Schmerzsymptome** klagen, haben ~~manche~~ antidepressive Substanzen auch eine ~~von~~ der antidepressiven unabhängige schmerzlindernde Wirkung.

3.1.1.4. THERAPIERESISTENZ

Therapieresistenz besteht, wenn zwei Therapieversuche ~~mit~~ Substanzen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus in ausreichender Dosierung über mindestens vier bis sechs Wochen keine ausreichende Symptombesserung erzielen.

In einem solchen Fall ist die Beiziehung eines Facharztes für Psychiatrie erforderlich.

3.1.2. PSYCHOTHERAPIE

Bei der Entscheidung, ob eine Psychotherapie bei einem depressiven Patienten durchgeführt werden sollte ~~(als alleinige Therapie oder zusätzlich zur Pharmakotherapie)~~ müssen folgende Überlegungen eine Rolle spielen:

- ⇒ der Schweregrad der Depression,
- ⇒ das Vorhandensein von ausgeprägten psychosozialen Stressoren, intrapsychischen Konflikten oder interpersonellen Problemen
- ⇒ die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, chronifizierten Angststörungen oder Substanzabhängigkeit.

Aus der großen ~~Zahl~~ der in Österreich anerkannten Psychotherapiemethoden gibt es bereits für einige Verfahren wissenschaftliche Nachweise über die Wirksamkeit bei Depressionen ~~im Sinne der evidenzbasierten Medizin~~:

Als evidenzbasierte Psychotherapien gelten hier:

- ⇒ die Kognitive Verhaltenstherapie,
- ⇒ die Interpersonelle Psychotherapie,¹⁾
- ⇒ Gesprächspsychotherapie,
- ⇒ Psychodynamische Kurztherapien
- ⇒ Systemische Familientherapie (Wirksamkeit nur bei Vorhandensein von Partnerproblemen)

(Die Interpersonelle Psychotherapie ist keine eigene Psychotherapierichtung sondern eine spezifische Zusatzausbildung für ausgebildete PsychotherapeutInnen.)

Die Wirksamkeit dieser Verfahren wurde bei ambulanten PatientInnen mit leichten und mittelschweren Depressionen in randomisierten kontrollierten Studien gezeigt.

Auf Grund der schnelleren Symptombesserung wird allerdings in der praktischen Versorgung häufig der Pharmakotherapie der Vorzug gegeben. Der Eintritt der Wirkung von Psychotherapie braucht länger, dafür gibt es Vorteile im Hinblick auf die Langzeitwirkung. Eine Psychotherapie bzw. Kombinationstherapie ist sinnvoll bei ausgeprägten psychosozialen Stressoren, intrapsychischen Konflikten oder interpersonellen Problemen. Bei schwer depressiven PatientInnen ist eine antidepressive Pharmakotherapie unbedingt ~~notwendig, eine~~ Kombination mit Psychotherapie kann hier nach Aufhellung einer tiefen Depression eventuell noch bessere Ergebnisse liefern.

Auch bei chronisch depressiven PatientInnen ist einer Kombinationstherapie häufig angezeigt.

¹⁾ In Österreich keine vom Psychotherapiebeirat akkreditierte Therapiestellung.

Wer kann solche Psychotherapien durchführen?

Psychotherapie kann nach der gesetzlichen Grundlage als ärztliche Psychotherapie (Arzt mit Modul III- Psychotherapeutische Medizin- der Ärztekammer) oder durch PsychotherapeutInnen (= Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen mit Eintragung in die Psychotherapeutenliste- darunter gibt es auch ÄrztInnen) durchgeführt werden.

3.1.3. WEITERE THERAPIEFORMEN

Die **Elektrokonvulsivtherapie** ist in der Behandlung der therapieresistenten Depression nach wie vor unverzichtbar. Diese Therapie kann nur in ~~den~~ dafür spezialisierten Kliniken durchgeführt werden und ist lediglich durch einige Kontraindikationen, die in erster Linie die dafür notwendige Kurznarkose treffen, limitiert.

Der so genannte **Schlafentzug** ist eine rasch und verlässlich wirksame **antidepressive Methode**, die jedoch keine Nachhaltigkeit erzielt. Auch hier gilt die Empfehlung, die Methode im stationären Rahmen durchzuführen. Neben dem Durchwachen der ganzen Nacht bewährt sich der partielle Schlafentzug, wobei nur die zweite Nachthälfte schlaflos verbracht wird.

Die **Lichttherapie** mit biologisch aktivem Licht hat ihr Einsatzgebiet ~~in~~ der saisonalen Depression, eine Kombination mit Antidepressiva kann sinnvoll sein. Wichtig ist, dass die Qualität der Lichtlampe adäquat ist, eine Lichtintensität von 10.000 Lux sowie ~~eine das volle Spektrum umfassende Wellenlänge~~ zur Verfügung stehen. Die Sitzungen sollen 30 bis 60 Minuten dauern, eher morgens stattfinden, die Lichtquelle muss etwa einmal pro Minute kurz fixiert werden.

Sport- und Bewegungstherapien können ebenso wie Musiktherapie, Kunst- und Tanztherapien hilfreiche komplementäre Methoden sein, es liegen jedoch zu diesen ~~keine~~ wie auch zur Ergotherapie ~~keine~~ noch zu wenig wissenschaftlich fundierte Studienergebnisse vor. Trotzdem können diese Methoden in der Depressionsbehandlung richtig eingesetzt äußerst hilfreich sein.

3.1.4. SUIZIDRISIKO

Nicht behandelte Depressionen sind der wichtigste und häufigste Grund für einen Suizid.

Ein verstärkter Einsatz von Antidepressiva senkt die Suizidrate. Der Arzt darf sich nicht scheuen, den Patienten direkt auf mögliche suizidale Gedanken anzusprechen und nachzufragen, wie konkret diese Absichten sind. Das Angebot, jederzeit kommen, anrufen und reden zu können, stellt eine seelische Entlastung für den Betroffenen dar.



3.1.5. ÜBERWEISUNGEN ZUM FACHARZT

Überweisungen zum Facharzt sollten dann erwogen werden, wenn Zweifel an der Diagnose bestehen, die Depression den Grad erreicht hat, der nach ICD-10 als schwer einzustufen ist, bei Therapieresistenzen und wenn die affektive Störung längere Zeit andauert.

3.2. THERAPIE ANDERER DEPRESSIONSFORMEN

Depressive Symptome kommen natürlich nicht nur im Rahmen unipolarer Depressionen vor, zwei andere Depressionsformen ~~sind~~ hier herausgegriffen und hinsichtlich ihrer psychopharmakologischen Behandlung erwähnt.

3.2.1. BIPOLARE DEPRESSION

Im Querschnitt wird es in der Praxis oft nicht möglich sein, die Symptome der bipolaren Depression von jenen der unipolaren Depression zu unterscheiden, ~~wiewohl~~ klinische Studien subtile Unterschiede in der Ausformung finden konnten. Leichter – und damit für den Nicht-Spezialisten besser möglich – ist die Diagnose anhand des Längsschnitts zu stellen, wenn es sich nicht um eine erste depressive Episode handelt. **In letzterem Falle ist in erster Linie darauf zu achten, dass bipolare Erkrankungen in jüngerem Lebensalter beginnen, häufig positive Familienanamnesen zu finden sind.**

Die Therapie bipolarer Depressionen unterscheidet sich psychopharmakologisch von der der unipolaren Depression. Nicht Antidepressiva sind hier Mittel der ersten Wahl, primär sollte – falls eine Vorbehandlung besteht – die Dosis des Phasenprophylaktikums optimiert werden. Die klinische Realität wird jedoch sehr häufig bei mittelschweren bis schweren depressiven Episoden die Gabe eines Antidepressivums nötig ~~machen~~, immer sollte jedoch ein Phasenprophylaktikum dazu kombiniert werden. Der Vorzug ist Substanzen mit einem serotoninergeren Mechanismus zu geben. Nach bisherigen Untersuchungen bergen diese Antidepressiva ein geringeres Switch-Risiko – die Gefahr des „Kippens“ in eine manische Episode. Erste Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass einige Vertreter der Klasse der neuen, sogenannten atypischen Antipsychotika eine antidepressive Wirksamkeit bei bipolar depressiven PatientInnen aufweisen. Hier besteht noch ein beträchtlicher Forschungsbedarf. Aus der Reihe der Antiepileptika könnte Lamotrigin

einen Platz in der Behandlung der bipolaren Depression ~~einnehmen~~, ~~Nachteil~~ ist jedoch die Notwendigkeit der langsamen Dosiserhöhung.

Zusammenfassend ist ~~also~~ derzeit zu empfehlen, ein serotonineres Antidepressivum mit einem Phasenprophylaktikum zu kombinieren.

3.2.2. PSYCHOTISCHE DEPRESSION

Hier bestehen neben den klassischen depressiven Symptomen psychotische Symptome wie Wahnideen und Halluzinationen. Diese sind zumeist *synthym*, das heißt sie entsprechen der Grundstimmung der PatientInnen. Zu dieser Unterform der Depression liegen wenig wissenschaftliche Daten vor, da gerade in dieser Gruppe die Suizidalität hoch einzuschätzen ~~ist~~, ~~was nahezu~~ immer einen Ausschlussgrund zur Teilnahme an einer klinischen Studie ~~darstellt~~. Als Empfehlung erster Wahl muss die Gabe eines Antidepressivums kombiniert mit einem atypischen Antipsychotikum genannt werden.

Als weitere Option empfiehlt sich bei PatientInnen mit psychotischen Depressionen eine Elektrokonvulsivtherapie. Rascher als beim Vorliegen einer unipolaren Depression sollte hier im Falle der Therapieresistenz an diese Möglichkeit gedacht werden.

4. PRÄVENTION

4.1. PRIMÄRPRÄVENTION

Vielen Publikationen zur Bedeutung einer Prävention der ersten depressiven Episode stehen wenige konkrete Präventionsprogramme gegenüber. Diese setzen bei Kindern und Jugendlichen aus „broken home“ Familien bzw. misshandelten, missbrauchten oder verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen an. Andere Programme widmen sich der Verhinderung der postpartalen Depression oder poststroke Depression. Allen Programmen ist gemein, dass zuerst Risikopopulationen definiert werden und dann meist kognitivverhaltenstherapeutisch oder soziodiletherapeutisch interveniert wird. Diese Programme sind also ~~alle~~ nicht ~~eigentlich~~ primär-präventiv. Primär-präventiv-Programme müssten versuchen zu erkennen, warum in unserer Gesellschaft Depressionen immer häufiger werden und immer mehr individuellen und gesellschaftlichen Schaden anrichten. Im Sinne der Primärprävention ~~wären~~ daher von der Gesundheits-, Bildungs-, Integrations- und Sozialpolitik Maßnahmen zu fordern, die gesellschaftliche Rahmenbedingungen zur Vermeidung der Depressionsentstehung fördern.

Bezüglich Sekundär- und Tertiärprävention wird auf die entsprechenden Kapitel über Langzeitbehandlung verwiesen.

5. WAS ANGEHÖRIGE WISSEN MÜSSEN

- ⇒ Depression ist eine ernsthafte Erkrankung
- ⇒ Depression ist eine behandelbare Erkrankung
- ⇒ Antidepressiva und Psychotherapie sind heute bewährter Standard von Therapie und schließen einander nicht aus
- ⇒ Besserung von Symptomatik, Wiedererlangung von Arbeits- und Beziehungsfähigkeit sind Therapieziele
- ⇒ Behandlung einer Depression braucht Zeit und Geduld
- ⇒ Depressives Nichtleistenkönnen ist echtes Nichtkönnen, kein Nichtwollen
- ⇒ Gemeinsame Aktivitäten sind hilfreich
- ⇒ Suizidalität muss beachtet werden
- ⇒ Zusammenarbeit mit behandelndem Arzt ist wichtig und notwendig
- ⇒ Behandlung einer Depression kann zur Langzeittherapie werden

6. ARZNEIMITTELVERZEICHNIS²

G	N06AA04	Clomipramin 0,025	Anafranil 25 mg Drag.
G	N06AA04	Clomipramin 0,025	Anafranil Amp.
G	N06AA04	Clomipramin 0,075	Anafranil 75 mg Filmtabl.
Y RE1	N06AA05	Opipramol 0,05	Insidon Drag.
G	N06AA08	Dibenzepin 0,24	Noveril retard 240 mg Tabl.
G	N06AA09	Amitriptylin 0,01	Saroten 10 mg Filmtabl.
G	N06AA09	Amitriptylin 0,025	Saroten 25 mg Filmtabl.
G	N06AA09	Amitriptylin 0,025	Saroten retard 25 mg Kaps.
G	N06AA09	Amitriptylin 0,025	Tryptizol 25 mg Filmtabl.
G	N06AA09	Amitriptylin 0,05	Saroten retard 50 mg Kaps.
G	N06AA09	Amitriptylin 0,075	Tryptizol 75 mg Filmtabl.
G	N06AA10	Nortriptylin 0,025	Nortrilen 25 mg Filmtabl.
G	N06AA12	Doxepin 0,025	Sinequan Kaps. 25 mg
G	N06AA12	Doxepin 0,05	Sinequan Kaps. 50 mg
G	N06AA21	Maprotilin 0,01	Ludiomil 10 mg Filmtabl.
G	N06AA21	Maprotilin 0,025	Ludiomil 25 mg Filmtabl.
G	N06AA21	Maprotilin 0,025	Ludiomil Amp.
G	N06AA21	Maprotilin 0,025	Maprotilin Hydrochlorid "1A Pharma" 25 mg Filmtabl.
G	N06AA21	Maprotilin 0,05	Ludiomil 50 mg Filmtabl.
G	N06AA21	Maprotilin 0,05	Maprotilin Hydrochlorid "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.
G	N06AA21	Maprotilin 0,075	Ludiomil 75 mg Filmtabl.
G	N06AA21	Maprotilin 0,075	Maprotilin Hydrochlorid "1A Pharma" 75 mg

G	N06AG02	Moclobemid 0,15	Aurorix "Roche" 150 mg Filmtabl.
G	N06AG02	Moclobemid 0,15	Moclobemid "Alternova" 150 mg Filmtabl.
G	N06AG02	Moclobemid 0,15	Moclobemid "Torrex" 150 mg Filmtabl.
G	N06AG02	Moclobemid 0,3	Aurorix "Roche" 300 mg Filmtabl.
G	N06AG02	Moclobemid 0,3	Moclobemid "Alternova" 300 mg Filmtabl.
G	N06AG02	Moclobemid 0,3	Moclobemid "Torrex" 300 mg Filmtabl.

G	N06AB03	Fluoxetin 0,004/ml	Floccin 20 mg/5 ml Lsg. z. Einnehmen
G	N06AB03	Fluoxetin 0,004/ml	Fluoxetin "Genericon" 20 mg/5 ml orale Lsg.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Felicism 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Felicism 20 mg Tabl.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Fluctine 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Fluoxetin "1A Pharma" 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Fluoxetin "Arcana" 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Fluoxetin "Genericon" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Fluoxetin "Genericon" 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Fluoxibene 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Flux "Hexal" Tabs 20 mg Tabl.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Flux 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Fluxil 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	FluxoMed 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Mutan 20 mg Filmtabl.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Mutan 20 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,02	Positivum Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,04	Fluoxetin "1A Pharma" 40 mg Filmtabl.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,04	Fluoxetin "Genericon" 40 mg Kaps.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,04	Flux "Hexal" Tabs 40 mg Tabl.
G	N06AB03	Fluoxetin 0,04	Mutan 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Citalopram "Arcana" 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Citalopram "Genericon" 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Citalopram "Interpharm" 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Citalopram "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Citalopram "Sandoz" 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Citalopram "Torrex" 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Citalostad 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Eostar 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Pram 10 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,01	Seropram 10 mg Filmtabl.

G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalopram "Arcana" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalopram "Genericon" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalopram "Hexal" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalopram "Interpharm" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalopram "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalopram "Sandoz" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalopram "Torrex" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Citalostad 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Eostar 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Pram 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Seropram 20 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,02	Seropram 20 mg Konz. z. Inf.Ber.
G	N06AB04	Citalopram 0,03	Citalopram "Hexal" 30 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Citalopram "Genericon" 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Citalopram "Hexal" 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Citalopram "Interpharm" 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Citalopram "ratiopharm" 40 mg Tabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Citalopram "Sandoz" 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Citalopram "Torrex" 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Citalostad 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Eostar 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,04	Pram 40 mg Filmtabl.
G	N06AB04	Citalopram 0,06	Citalopram "Hexal" 60 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,002/ml	Seroxat 2 mg/ml orale
G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Allenopar 20 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Parocetan 20 mg Filmtabl.

G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Paroxat 20 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Paroxetin "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Paroxetin "Arcana" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Paroxetin "Interpharm" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Paroxetin "ratiopharm" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Paroxetin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,02	Seroxat 20 mg Filmtabl.
G	N06AB05	Paroxetin 0,04	Paroxat 40 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Adjuvin 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Gladem 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Sertralin "1A Pharma" 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Sertralin "Alternova" 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Sertralin "Arcana" 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Sertralin "Hexal" 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Sertralin "Interpharm" 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Sertralin "Ranbaxy" 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Sertralin "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Sertralin "Stada" 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,05	Tresleen 50 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,1	Adjuvin 100 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,1	Sertralin "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,1	Sertralin "Hexal" 100 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,1	Sertralin "Interpharm" 100 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,1	Sertralin "Ranbaxy" 100 mg Filmtabl.
G	N06AB06	Sertralin 0,1	Sertralin "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.
G	N06AB08	Fluvoxamin 0,05	Floxyfral 50 mg Filmtabl.
G	N06AB08	Fluvoxamin 0,1	Floxyfral 100 mg Filmtabl.
G	N06AB10	Escitalopram 0,005	Cipralax 5 mg Filmtabl.
G	N06AB10	Escitalopram 0,01	Cipralax 10 mg Filmtabl.

G	N06AX03	Mianserin 0,03	Mianserin "Arcana" 30 mg Filmtabl.
G	N06AX03	Mianserin 0,03	Mianserin "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.
G	N06AX03	Mianserin 0,03	Tolvon 30 mg Filmtabl.
G	N06AX03	Mianserin 0,06	Tolvon 60 mg Filmtabl.
G	N06AX05	Trazodon 0,05	Trittico Amp. 50 mg
G	N06AX05	Trazodon 0,075	Trittico retard 75 mg Tabl.
G	N06AX05	Trazodon 0,15	Trittico retard 150 mg Tabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,015	Mirtazapin "Hexal" 15 mg Tabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,015	Mirtazapin "Sandoz" 15 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,015	Mirtazapin "Stada" 15 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,03	Mirtabene 30 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,03	Mirtaron 30 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,03	Mirtazapin "Alternova" 30 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,03	Mirtazapin "Hexal" 30 mg Tabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,03	Mirtazapin "Sandoz" 30 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,03	Mirtazapin "Stada" 30 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,03	Mirtel 30 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,045	Mirtabene "ratiopharm" 45 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,045	Mirtazapin "Hexal" 45 mg Tabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,045	Mirtazapin "Sandoz" 45 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,045	Mirtazapin "Stada" 45 mg Filmtabl.
G	N06AX11	Mirtazapin 0,045	Mirtel 45 mg Filmtabl.
Y RE1	N06AX14	Tianeptin 0,0125	Stablon Drag.
G	N06AX16	Venlafaxin 0,05	Efectin 50 mg Tabl.
Y RE1	N06AX16	Venlafaxin 0,075	Efectin ER 75 mg Kaps.
Y RE1	N06AX16	Venlafaxin 0,15	Efectin ER 150 mg Kaps.
G	N06AX17	Milnacipran 0,025	Dalcipran 25 mg Kaps.
G	N06AX17	Milnacipran 0,025	Ixel 25 mg Kaps.
G	N06AX17	Milnacipran 0,05	Dalcipran 50 mg Kaps.
G	N06AX17	Milnacipran 0,05	Ixel 50 mg Kaps.
G	N06AX18	Reboxetin 0,004	Edronax 4 mg Tabl.
Y RE1	N06AX21	Duloxetin 0,03	Cymbalta 30 mg magensaftresistente Tabl.
Y RE1	N06AX21	Duloxetin 0,06	Cymbalta 60 mg magensaftresistente Tabl.

7. GLOSSAR

Affektive Störung

Die Affektivität (Synonym: Emotionalität, Gemüt) betreffende Störung; Affektivität beschreibt das gesamte Gefühlsleben des Menschen nach seinem hervorstechenden Charakter, seiner Intensität und Ansprechbarkeit. In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, sind unter diesem Terminus die manische und die depressive Episode, die bipolar affektive Störung und rezidivierende depressive Störung, die Dysthymie und Zylothymie sowie sonstige affektive Störungen angeführt.

Evidenzbasierte Medizin

Die Nutzung der besten Nachweise aus den vorhandenen Literaturdaten, um für individuelle Patienten Entscheidungen für die Betreuung zu treffen.

Kognition

Leistungen des Gehirns (kognitive Leistungen); sie umfassen Gedächtnisleistungen, Denk- und Urteilsvermögen, Aufmerksamkeit und Abstraktionsfähigkeit.

MAO-A-HEMMER

MonoAminoOxydase-A-Hemmer – Antidepressiva, die das Isoenzym A der Monoaminoxidase, und somit den Abbau von Noradrenalin und Serotonin hemmen, wodurch es zu einer Anreicherung dieser Amine im Plasma und in der Zelle (Präsynapse) kommt.

Metaanalyse

Bei einer Metaanalyse werden die Resultate verschiedener vergleichbarer Studien zu einer bestimmten Fragestellung mittels eines statistischen Verfahrens zusammengefasst. Diese Zusammenfassung relativiert unter Umständen die Ergebnisse der Einzelstudien.

NARI

NorAdrenalin Reuptake Inhibitors – Gruppe von Antidepressiva, die selektiv die Wiederaufnahme von Noradrenalin in die Nervenzelle (Präsynapse) hemmen.

NaSSA

Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant – Gruppe von Antidepressiva, die die Rezeptoren für Noradrenalin und Serotonin an den Nervenzellen blockieren und gleichzeitig eine Steigerung der Ausschüttung dieser Botenstoffe bewirken.

Neurotransmitter

Heterogene biochemische Stoffe, welche Informationen von einer Nervenzelle zur anderen an den Synapsen weitergeben. Nach ihrer Ausschüttung aus dem Neuron werden sie auf verschiedene Weise inaktiviert und/oder abgebaut. Beispiele: Serotonin, Noradrenalin, Acetylcholin, Dopamin, u.a.

Pharmakodynamische Interaktionen

Wechselwirkungen, die im Rahmen der Wirkung der Substanz auf den Körper, auf die Rezeptoren bzw. bei einer Psychopharmakotherapie auf die Neurotransmitter auftreten können (z.B. Potenzierung von Rezeptorwirkungen, Serotoninsyndrom).

Pharmakokinetische Interaktionen

Wechselwirkungen, die durch den Einfluss des Organismus auf das Medikament im Rahmen der Resorption, Verteilung und Metabolisierung der Substanz bedingt sind, wie z.B. die Plasmaproteinbindung oder die Wirkung auf einzelne Isoenzyme des hepatischen Cytochrom-P450-Systems.

Randomisiert kontrollierte Studie

Studientyp, bei dem die Probanden nach dem Zufallsprinzip entweder einer Interventionsgruppe oder einer Kontrollgruppe zugeordnet werden. Die Intervention stellt z.B. ein Medikament oder Therapieverfahren dar, die Kontrollgruppen erhalten eine Vergleichstherapie, ein Placebo oder keine Medikation.

Psychomotorik

Bezeichnet das Zusammenspiel von seelisch-emotionalem Erleben und Bewegungserleben bzw. der Motorik des Menschen und wird im Rahmen des psychopathologischen Status beurteilt.

SARI

Serotonin Antagonists Reuptake Inhibitors – Gruppe von Antidepressiva, die über die Kombination eines ausgeprägten 5-HT₂-Rezeptor-Antagonismus mit einer schwächeren Serotonin-Wiederaufnahmehemmung wirken.

SSRI

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – Gruppe von Antidepressiva, die nur Rezeptoren, die für die Wiederaufnahme von Serotonin zuständig sind, blockieren.

SNRI

Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitors – Gruppe von Antidepressiva, die die Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin in die Nervenzelle (Präsynapse) hemmen.

Stichtagsprävalenz

Der Anteil von Menschen mit einem bestimmten Merkmal oder einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt (oder über einen Zeitabschnitt) in einer bestimmten Population.

Tri- und tetracyclische Substanzen

Antidepressiva, die auf mehrere Neurotransmittersysteme gleichzeitig wirken. Sie hemmen u.a. die Wiederaufnahme von Serotonin, Noradrenalin, wirken antihistaminerg und modifizieren die cholinerge Transmission.

APPENDIX

Wichtigste ICD-10-Diagnosen aus dem Bereich Affektive Störungen F3:

F32 Depressive Episode

F32.0 leicht,

F32.1 mittelschwer,

F32.2 schwer, ohne psychotische Symptome,

F32.3 schwer, mit psychotischen Symptomen

F33 Rezidivierende depressive Störung

F33.0 gegenwärtig leicht, F33.1 gegenwärtig mittelgradig,

F33.2 gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome,

F33.3 gegenwärtig schwer mit psychotischen Symptomen,

F33.4 gegenwärtig remittiert

F34.0 Zykllothymia

F34.1 Dysthymia

F38.10 Rezidivierende kurze depressive Störung

F31.3 Bipolare Affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode

F31.4 Bipolare Affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptome

F31.5 Bipolare Affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, mit psychotischen Symptomen

F31.7 Bipolare Affektive Störung, gegenwärtig remittiert

Diagnosen ohne ICD-Codierung:

Saisonale Depression (Tentative Codenummer im ICD-10-Anhang F38.80)

Atypische depressive Episode

F06.32 Organische depressive Störung

F25.1 Schizodepressive Störung

Wichtige ICD-10-Diagnosen aus dem Bereich „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ F43

F43.0 Akute Belastungsreaktion

F43.2 Anpassungsstörungen

F43.20 Kurze depressive Reaktion,

F43.21 Längere depressive Reaktion,

F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

