



Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg

**Stellungnahme**  
**der Landespsychotherapeutenkammer**  
**Baden-Württemberg**  
**zur S3 Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie**  
**Unipolare Depression**

---

Stuttgart, 27. August 2009

## S3 Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression

Die Landespsychotherapeutenkammer begrüßt die Erstellung der S3 Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression und dankt Herrn Prof. Dr. Dr. Ollenhauer für die Koordination der Projektgruppe. Besonders zu würdigen ist, dass diese Leitlinie interdisziplinär erarbeitet wurde und es gelungen ist, einen Konsens aller an der Behandlung depressiver Patienten beteiligter Behandler sowie der Patientenvertreter zu erreichen. Auf dieser Basis ist eine breite Akzeptanz der Leitlinie zu erwarten. Besonders begrüßen wir, dass die evidenzbasierte Bedeutung der Psychotherapie in der Leitlinie deutlich zum Ausdruck kommt. Es ist zu hoffen, dass die Leitlinie künftig in der ambulanten und stationären Versorgung der Patienten beispielsweise in Versorgungsverträgen entsprechende Umsetzung erfährt.

Verschiedene Punkte der Leitlinie wollen wir im Folgenden kommentieren:

### Zu IV. Empfehlungsgrade (S. 22):

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass hier ein „Klinischer Konsensuspunkt“ eingeführt wurde, um die klinische Erfahrung der Behandler in die Leitlinie einzubringen. Depressive Erkrankungen sind individuell sehr spezifisch ausgestaltet, während statistischwissenschaftliche Untersuchungen notwendigerweise zu individuenübergreifenden Aussagen führen. Deshalb ist es aus unserer Sicht wichtig, dass das breite Erfahrungswissen der in der alltäglichen Versorgungsrealität behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten in die Leitlinie eingeht; dies wird wiederum die künftigen Anwendungsmöglichkeiten der Leitlinie im klinischen Alltag verbessern. Weiterhin werden wissenschaftliche Studien i. d. R. an institutionell rekrutierten Stichproben durchgeführt und weichen insofern von der klinischen Alltagspraxis oft erheblich ab. Auch deshalb ist, zumal kaum Ergebnisse aus differenzierter Versorgungsforschung vorliegen, die klinische Praxiserfahrung (Good Clinical Practice) unverzichtbar.

### Zu IV. Methodenkritische Aspekte (S. 23 – 25)

Wir begrüßen die kritische Würdigung der methodischen Aspekte der Studien, die für die Evidenzbasierung der Leitlinie herangezogen wurden. In einem Papier zur Diskussion des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (Anlage) hat die Landespsychotherapeutenkammer ausführlich dargestellt und begründet, dass „eine absolute Gleichstellung naturalistischer Studien mit RCT-Studien zu fordern und parallel Evidenzstufen für naturalistische Studien zu entwickeln bzw. zu definieren“ seien. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die externe (klinische Alltags-) Validität von RCT-Studien bekanntermaßen bei Psychotherapiestudien (und nicht nur dort) kritisch zu würdigen ist, was in der Leitlinie auch diskutiert wird. Die hohe Bewertung von RCTs „benachteiligt“ die Evidenzbasierung von psychotherapeutischen, aber auch psychopharmakologischen Langzeitbehandlungen und die Erfassung bzw. den extrem aufwändigen Vergleich von Langzeiteffekten unterschiedlicher Therapien. Da Leitlinien Empfehlungen für die Behandlung unter Alltagsbedingungen darstellen, die mit naturalistischen Studien besser erfasst sind, sollte für die **künftige Überarbeitung** der Leitlinie hierauf besondere Aufmerksamkeit gerichtet sein.

Besonders zu begrüßen ist auf diesem Hintergrund der Beschluss der Konsensgruppe, keines der Psychotherapieverfahren spezifisch zu empfehlen und die Studien zu den einzelnen Verfahren aufzuführen. Bekanntermaßen sind die Unterschiede der Effektstärken zwischen den verschiedenen Psychotherapieverfahren teilweise gering, teilweise abhängig von der Dauer der Behandlungen und der Dauer der Katamnesen. So variieren Effektstärken in Abhängigkeit von den Katamnesezeiträumen stark.

Ebenso sollte in einer **künftigen Überarbeitung** der Leitlinie die in den letzten Monaten aufgekommene Diskussion, die kritische Nebenwirkungen oder Schäden durch Behandlungen aufzeigen, in die Leitlinie aufgenommen werden.

Da schon in diesem Kapitel mit Bezug auf Kapitel H 3.4.6. (Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie) erwähnt, sehen wir in Zusammenhang mit Psychothe-

rapie den Begriff der „Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe“ kritisch, denn dieser suggeriert, dass insbesondere bei Kombinationsbehandlung mit Psychopharmaka und Psychotherapie die angewandte Psychotherapie nur der Erhaltung bzw. der Rezidivprophylaxe des „Hauptbehandlungseffekt“ diene ohne zu würdigen, dass Psychotherapie eine effiziente antidepressive Behandlungsform darstellt und somit nicht von dem „Hauptbehandlungserfolg“ zu trennen ist, sondern diesen mit bedingt.

Im Übrigen wird in der ambulanten Psychotherapie im Rahmen des GKV-Systems (Richtlinienpsychotherapie) i. d. R., wie auch in der Leitlinie dargestellt, diese Unterscheidung konzeptionell nicht getroffen.

## **Zu H 2. Diagnostik (S. 57 – 72):**

In diesem Kapitel wird umfassend die den Kriterien der ICD 10 entsprechende Diagnostik anhand der Syndrome, des Schweregrades, der Verlaufscharakteristika dargestellt und auf S. 71 ein Stufenplan der Diagnostik dargestellt.

Aus Sicht der Psychotherapie ist i. S. einer Good Clinical Practice vor Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung eine verfahrensübergreifende psychotherapeutische Diagnostik sowie eine verfahrensspezifische Diagnostik wie z. B. Verhaltens- und Problemanalyse oder psychoanalytisches Erstinterview oder diagnostische Erhebung gemäß der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik erforderlich. Der Hinweis auf diese Diagnostik im Kapitel „Psychotherapeutische Versorgung durch Psychologische Psychotherapeuten“ (H3.2.1.3.) genügt nach unserer Einschätzung nicht, da sie auch von Fachärzten vor Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgen sollte.

**Spätestens im Rahmen einer künftigen Überarbeitung** der Leitlinie sollte die psychotherapeutische Diagnostik als Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung einbezogen werden.

## **Zu H 3.2.1.3 Psychotherapeutische Versorgung durch Psychologische Psychotherapeuten (S. 83 f)**

Hier wird dargestellt, dass die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten auf überwiegend leichte und mittelschwere Depression eingegrenzt sei. Unerwähnt bleibt, dass Psychologische Psychotherapeuten sowohl bei ambulanter Behandlung in niedergelassener Praxis als auch in psychiatrischen Institutsambulanzen und bei teilstationärer und stationärer Behandlung die psychotherapeutische Behandlung auch schwerer Depressionen in enger Kooperation mit einem Facharzt durchführen können. In Wirksamkeitsstudien wird i. d. R. das Behandlungsverfahren untersucht, wobei meist offen bleibt, wie die Gruppe der psychotherapeutischen Behandler (Ärzte, klinische Psychologen bzw. Psychologische Psychotherapeuten) zusammengesetzt war. In vielen Kliniken wurden spezielle Behandlungsprogramme für depressive Patienten aller Schweregrade zusammen mit (damals noch) klinischen Psychologen implementiert und untersucht.

## **Zu H 3.2.2 Stationäre Versorgung**

Hier werden die verschiedenen Behandlungssettings dargestellt, die Indikation und v. a. die Differentialindikation für die verschiedenen stationären Behandlungsmöglichkeiten sind jedoch sehr knapp gehalten, hierzu finden sich keine klaren Handlungsanweisungen.

## **Zu H3.4. Psychotherapie (S. 113 ff)**

Hier möchten wir nochmals die obige Kommentierung aufgreifen und verdeutlichen, dass Studien zu Langzeittherapien und längeren Katamnesezeiträumen i. d. R. den Kriterien der RCT Studien nicht genügen, sondern als naturalistische Studien durchgeführt werden. Darauf wird auch in Kapitel H 3.4.3.3 Analytische Psychotherapie hingewiesen. Die Studien werden dann im Gegensatz zu den Studien zu anderen Psychotherapieverfahren sehr kurz gewürdigt, obwohl hier, wie erwähnt wird, einige „große Studien“ vorliegen würden. Es wäre zu

wünschen, die Nutzer der NVL würden auch über diese Studien ebenso etwas detaillierter informiert.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat im Dezember 2008 in seiner Stellungnahme empfohlen, die Systemische Therapie für die Ausbildung und Anwendung nach dem Psychotherapeutengesetz anzuerkennen. Grundlage hierfür ist die wissenschaftliche Evidenz des Verfahrens, in dem nach der Verfahrensordnung des WBP auch der Nachweis der Wirksamkeit bei Depression Studien hohen Evidenzgrades gefordert wurde.

Es ist anzunehmen, dass die Zeit zu knapp war, die Systemische Therapie in die NVL aufzunehmen. Wir regen an, dies nicht erst bei der Überarbeitung der NVL vorzunehmen, sondern hier in absehbarer Zeit Ergänzungen an den entsprechenden Stellen einzufügen.

#### **Zu H 3.4.4.3 Empfehlungen zur Psychotherapie bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression**

Die klinische Praxis zeigt, dass bei diesen Patientengruppen meist psychotherapeutische Langzeitbehandlungen erforderlich sind, um stabile Behandlungserfolge zu erzielen. Somit ist anzunehmen, dass hier wegen der dargestellten Forschungseinschränkungen keine Studien an symptomhomogenen Gruppen vorliegen.

#### **Zu H 4 Implementierung, Qualitätsmanagement, Evaluation und Anhang 12 Qualitätsindikatoren**

Die dargestellten Qualitätsindikatoren erscheinen für die ambulante psychotherapeutische Praxis wenig valide zu sein. So hängt z. B. das Verhältnis von Patienten mit einer leichten bis mittelschweren Depression Diagnose zu denen, denen eine Psychotherapie angeboten wurde, sowohl von der Zuweiserpraxis als auch der Behandlungskapazität der Praxis ab. Hier sind psychotherapeutische Praxen sehr unterschiedlich vernetzt und in das Versorgungssystem eingebunden.

Hier ist dringend zu empfehlen, dass bei Untersuchungen zur Validierung der Qualitätsindikatoren ein möglichst breites Spektrum von psychotherapeutischen Praxen und Einrichtungen und deren Zu- und Überweisungsverhalten untersucht wird. Letzteres wird vermutlich einen starken Einfluss auf die dargestellten Qualitätsindikatoren haben.

Nach unserer Einschätzung ist **schon jetzt** deutlicher darauf hinzuweisen, dass die Qualitätsindikatoren erste Empfehlungen darstellen, die weiterer Untersuchungen bedürfen.

Stuttgart, 27. 08. 2009  
Dr. Dietrich Munz  
(Präsident der LPK-BW)