

Behandlungskonzept Depression F3

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung / Einleitung	2
2	Grundlagen.....	2
2.1	Theoretische Grundlagen.....	2
2.2	Stand der wissenschaftliche Forschung	2
3	Zuweisungsrationale.....	3
3.1	Zuweisungsprozess	3
3.2	Zuweisungskriterien	3
3.3	Fachprogrammspezifische Rehabilitationsziele	3
4	Fachprogramm.....	4
4.1	Ablauf / Curriculum.....	4
4.1.1	<i>Ärztliche Behandlung:</i>	4
4.1.2	<i>Psychotherapie:</i>	4
4.1.3	<i>Komplementäre Therapieverfahren:</i>	4
4.1.4	<i>Soziotherapie:</i>	4
4.2	Module / Bestandteile.....	5
4.2.1	<i>Allgemeine Behandlungsempfehlungen</i>	5
4.2.2	<i>Medikamentöse Behandlung von depressiven Erkrankungen:</i>	5
4.2.3	<i>Psychotherapeutische Behandlung der depressiven Störung:</i>	6
4.2.4	<i>Additive Behandlung der depressiven Störung:</i>	7
5	Überwachung und Messung	7
6	Literatur	7

1 Zusammenfassung / Einleitung

Die Klinik Wersbach bzw. die TK GL (nachfolgend vereinfacht Klinik Wersbach genannt) versteht sich in Einklang mit dem Klinikleitbild als Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit und bietet einen umfassenden Behandlungsansatz zur Therapie seelischer Leiden. Dieser ist am biopsychosozialen Krankheits- und Ressourcenmodell orientiert und berücksichtigt ICF-basiert die Teilhabe der Patienten. Die Klinik Wersbach ist hierbei in der Lage, nahezu das gesamte Spektrum seelischer Erkrankungen (ICD-10, Kapitel F) zu behandeln, arbeitet abgestimmt mit den Trägern der Akut- und Rehabilitationsbehandlung (z.B. PKV, CNS, DRV; BG) unter einem integrativen Behandlungskonzept und berücksichtigt bei der Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (ICD-10: F32, F33, F34, F38) das nachfolgende Behandlungskonzept.

2 Grundlagen

2.1 Theoretische Grundlagen

Laut „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression“ zählen Depressionen hinsichtlich Prävalenz und Inzidenz zu den häufigsten, aber hinsichtlich individueller und gesellschaftlicher Bedeutung unterschätzten Erkrankungen. Die Anzahl neuer Erkrankungsfälle innerhalb eines Jahres (Jahresinzidenz) liegt bei ein bis zwei Erkrankungen auf 100 Personen. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt bei ca. 15-20%. Laut ICD-10 leidet ein Patient bei depressiven Episoden unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen (Interessenverlust, Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Libidoverlust) begleitet werden. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

2.2 Stand der wissenschaftliche Forschung

Hinsichtlich der Depressionsgenese wirken verschiedene Faktoren zusammen und es wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen:

- *Familie.* Es gibt eine genetische Veranlagung für Depressionen. Das haben Vergleichsuntersuchungen von eineiigen und zweieiigen Zwillingen gezeigt.
- *Biologie.* Forscher haben bei Depressiven biologische Besonderheiten gefunden, z.B. Funktionsstörungen von Hirnbotschaften, die mit Energieverlust und Freudlosigkeit einhergehen. Weil Depressive schon früh am Morgen das Stresshormon Cortisol ausschütten, schlafen sie schlechter und wachen häufig früh am Morgen auf.
- *Kommunikation.* Einigen Depressiven - nicht allen - mangelt es an praktischer sozialer Kompetenz. Sie sprechen leise und monoton, schauen ihrem Gegenüber nicht in die Augen, klagen viel oder äußern vorwiegend negative Ansichten und Erwartungen.
- *Lernen.* Nach Meinung vieler Forscher liegt eine Ursache von Depressionen darin, dass die Betroffenen in der Kindheit häufig Verluste erlitten haben. Wer auf etwas verzichten muss, das ihm wichtig ist, verliert einen positiven Verstärker und zieht sich deswegen zurück - man spricht von erlernter Hilflosigkeit. Außerdem entwickeln Kinder auf diese Weise negative Gedanken über sich und die Welt. Das äußert sich später z.B. darin, dass Depressive sich meist selbst die Schuld geben, wenn ihnen etwas Schlechtes widerfährt. Erfolg empfinden sie dagegen nicht als eigenen Verdienst.

- **Stress.** Vor allem bei Menschen mit chronischen Depressionen finden sich oft schlimme Kindheitserlebnisse. Aber auch als Erwachsene erleben Depressive häufiger psychosozialen Stress als andere Menschen. Eine solche Belastung (Scheidung, Kündigung, Krankheit) kann Erinnerungen an Kindheitserlebnisse hervorrufen. Das kann eine Depression auslösen, weil die Betroffenen in einen Teufelskreis geraten.

Die Therapie depressiver Erkrankungen ist nach der seit 2015 durch Fachverbände und Experten erarbeiteten und gültigen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ verbindlich geregelt, geht auf eine gemeinsame Initiative von BÄK, KBV und AWMF zur Qualitätsförderung in der Medizin zurück und stellt eine evidenzbasierte ärztliche Entscheidungshilfe für die strukturierte medizinische Versorgung dar. Die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression ist unter <http://www.versorgungsleitlinien.de> im Detail einzusehen.

3 Zuweisungsrationale

3.1 Zuweisungsprozess

Hinsichtlich des allgemeinen Zuweisungsprozesses ist auf das QMH zu verweisen.

3.2 Zuweisungskriterien

Als Versorgungsschwerpunkt der Klinik Wersbach bzw. Behandlungsindikation sind die affektiven Störungen (ICD-10: F32, F33, F34, F38) zu benennen, wobei affektive Störungen (Depressionen) in der Klinik kombiniert psychopharmakologisch, psychotherapeutisch, psychoedukativ und soziotherapeutisch stationär und teilstationär behandelt werden, wobei auch apparative Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Lichttherapie) zur Verfügung stehen. Hierbei wird neben der Behandlung akuter Erkrankungszustände auch auf eine adäquate Rezidivprophylaxe affektiver Störungen Wert gelegt. Auch hier stellt die Zusammenarbeit mit extramuralen Einrichtungen (z.B. BeWo, Wohnheime, BTZ) zum Zweck der Wiedereingliederung in Beruf und Alltag eine weitere Kompetenz der Klinik dar. Akutzustände mit manifester Eigen- und Fremdgefährdung (z.B. Suizidalität, Fremdaggressivität) können in der Klinik Wersbach hingegen nicht behandelt werden.

Kontraindikationen in der stationären und teilstationären Versorgung affektiver Störungen durch die Klinik Wersbach stellen folgende Faktoren dar:

- Eigen-/Fremdgefährdung
- akute Psychose bei mangelhafter Strukturiertheit/ Selbstkontrolle
- gegenwärtiger missbräuchlicher Konsum von Alkohol, Medikamenten und Drogen (Abusus, Abhängigkeit)
- Essstörungen BMI < 17
- Alter < 16 Jahre, bei 16 – 18-jährigen Klärung Behandlungsindikation durch Vorgespräch
- keine hinreichende Selbständigkeit in den ADLs

3.3 Fachprogrammspezifische Rehabilitationsziele

Zwecks Sicherstellung einer adäquaten Behandlungserfolges bei depressiven Erkrankungen werden auf Grundlage der Basisdokumentation bzw. Diagnostik mit den Patienten regelhaft zu Behandlungsbeginn Therapieziele im Sinne einer klinisch signifikanten Rückbildung der depressiven Symptomatik vereinbart und dokumentiert. Diese Therapieziele werden zum Entlassungszeitpunkt auf ihre Erreichung hin mittels der eingesetzten psychosozialen Diagnoseverfahren überprüft. Diese Therapieziele sind spezifisch, messbar, anspruchsvoll / motivierend, realistisch / realisierbar und terminiert (SMART) in Bezug auf die voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung bzw. in Bezug auf die Nachsorge. Zur Messung bzw. Überprüfung der Therapiezieelerreichung kommen folgende Verfahren zur Anwendung:

- Reduktion von depressiver Symptomatik, gemessen mittels BDI, von Ausgang XX auf

Zielbereich Y (<18 Punkte).

- Reduktion von depressiver Symptomatik, gemessen mittels PHQ-D, von Ausgang XX auf Zielbereich Y.

4 Fachprogramm

4.1 Ablauf / Curriculum

Die Behandlung von depressiven Erkrankungen in der Klinik Wersbach ist eine therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes. Im Rahmen der täglich stattfindenden Teamsitzungen wird eine auf den einzelnen Behandlungsfall zugeschnittene, individuelle Therapie konzipiert und regelmäßig überprüft. Diese auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten ausgerichtete Therapie, die interaktionell und systemisch orientiert ist, umfasst hierbei folgende Behandlungsbausteine:

4.1.1 Ärztliche Behandlung:

- Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
- Behandlung körperlicher Begleiterkrankungen nach differentialdiagnostischer Abklärung
- Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen einer ärztlichindizierten Psychopharmakotherapie

4.1.2 Psychotherapie:

- Supportive Einzelgespräche
- Einzelpsychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert, verhaltenstherapeutisch)
- Gruppenpsychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert, verhaltenstherapeutisch)
- Störungsspezifische Gruppentherapie (Depressionsgruppe)
- Psychoedukation
- Entspannungsverfahren (z.B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Biofeedback oder Hypnose)

4.1.3 Komplementäre Therapieverfahren:

Die nachfolgenden kreativen Therapien finden in der Klinik Wersbach in Einzel- und Gruppensetting statt:

- Ergo-, Kunst- und Gestaltungstherapie
- Musiktherapie
- Tanz-, Sport- und Bewegungstherapie

4.1.4 Soziotherapie:

Weiter steht der Krankenhaussozialdienst (KSD) zwecks Hilfekoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum zur Verfügung, was neben der Grundpflege durch spezialisierte psychiatrisch-/psychosomatische Pflege (z.B. alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung) unterstützt wird.

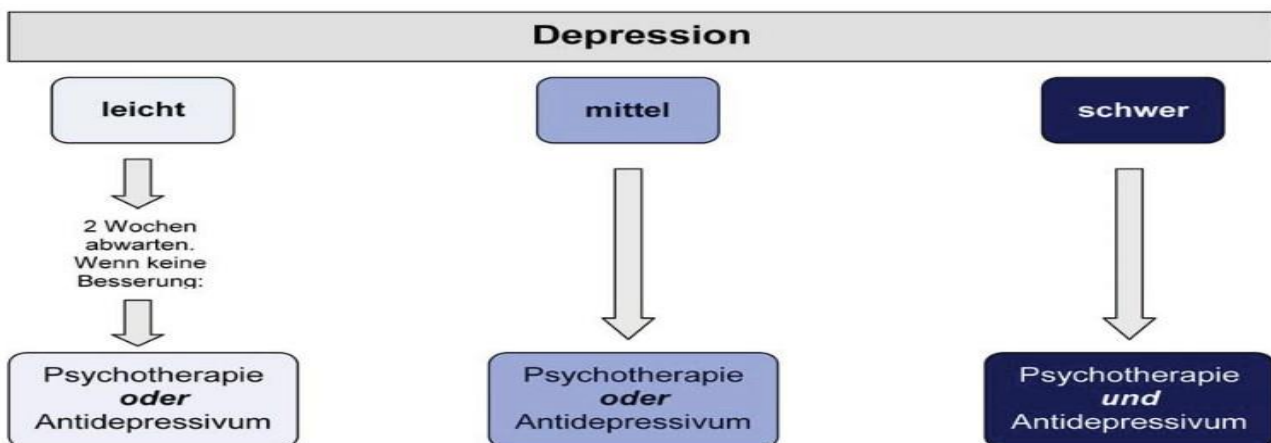
4.2 Module / Bestandteile

4.2.1 Allgemeine Behandlungsempfehlungen

Unter Berücksichtigung der NVL Unipolare Depression gilt allgemein die im Schaubild dargestellte Therapieempfehlung, wobei Behandlungen leichter Formen einer Depression i.d.R. nicht im stationären Rahmen erfolgen und ein „watchfull waiting“ über 2 Wochen angesichts von längerer Erkrankungsvorgeschichte i.d.R. nicht abzuwarten ist.

Weiter gilt unter Berücksichtigung der NVL Unipolare Depression hinsichtlich der Therapie mittel- und schwergradiger depressiver Episoden nachfolgender Sachverhalt:

Behandlungsempfehlungen bei Depression



Eine Behandlung mit Antidepressiva ist insbesondere bei mittelgradigen und schweren depressiven Episoden indiziert. Dabei besitzen alle zugelassenen chemischen Antidepressiva bei ambulanter Anwendung eine vergleichbare antidepressive Wirksamkeit, unterscheiden sich aber bezüglich des Nebenwirkungs- und Interaktionsprofils (TZA und SSRI: [309; 368; 371; 377]; Moclobemid: [407; 473]; neuere AD: [495]).

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
3-9 Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode soll Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden.	A

Bei mittelgradiger depressiver Episode liegt faktisch eine starke Soll-Empfehlung (A) für eine medikamentöse Therapie vor, weshalb praktisch nicht auf diese Behandlungsoption verzichtet werden sollte.

4.2.2 Medikamentöse Behandlung von depressiven Erkrankungen:

Bei der medikamentösen Behandlung von depressiven Störungen kommen überwiegend Antidepressiva zum Einsatz. Zur Behandlung werden vorwiegend folgende Antidepressiva eingesetzt:

- Citalopram (20-40 mg/die) wirkt angstlösend, stimmungsaufhellend, psychomotorisch aktivierend. Initial ist bei einigen Patienten Brechreiz möglich, keine Gewichtszunahme.
- Mirtazapin (30-45 mg/die) wirkt angstlösend, stimmungsaufhellend, psychomotorisch aktivierend, zusätzlich sedierend (wichtig bei innerer Anspannung und Unruhe). Eine Gewichtszunahme ist als mögliche Nebenwirkung zu beachten.

Wenn eine medikamentöse Therapie durchgeführt wird, so sollte eine Standard-Tagesdosis des gewählten Antidepressivums verordnet werden. Unterhalb dieser Standard-Tagesdosis kann nicht von einer ausreichenden medikamentösen Behandlung ausgegangen werden, sondern von einer

unzureichenden medikamentösen Behandlung. Beispielhaft sind Standard-Tagesdosierungen der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Wirkstoff (Wirkstoffgruppe)	Dosierung		Plasmaspiegel	Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)
	Anfangsdosis (mg/Tag)	Standard- Tagesdosis (mg/Tag)	Serumkonzentration (ng/ml)	Zusammenhang zwischen Serumspiegel und klinischer Wirkung
Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA) – nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)				
Amitriptylin	25-50	100-300	80-200	sehr hoch
Amitriptylinoxid	30-60	100-300	--	--
Clomipramin	25-50	100-250	175-450	sehr hoch
Desipramin	25-50	100-250	100-300	hoch
Doxepin	25-50	100-300	50-150	nachgewiesen
Imipramin	25-50	100-300	175-300	sehr hoch
Maprotilin	25-50	100-225	125-200	nachgewiesen
Nortriptylin	25-50	50-200	70-170	sehr hoch
Trimipramin	25-50	100-300	150-350	nachgewiesen
Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)				
Citalopram	20	20-40	30-130	nachgewiesen
Escitalopram	10	10-20	15-89	geringfügig
Fluoxetin	20	20-40	120-300	nachgewiesen
Fluvoxamin	50	100-250	150-300	geringfügig
Paroxetin	20	20-40	70-120	nachgewiesen
Sertralin	50	50-100	10-50	nachgewiesen
Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren				
Moclobemid	150	300-600	300-1000	geringfügig
Tranylcypromin	10	20-40	-	nicht nachgewiesen
Selektive Serotonin-/ Noradrenalin- Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)				
Venlafaxin	37,5-75	75-225	195-400	hoch
Duloxetin	30-60	60	20-100	
Selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SNRI)				
Reboxetin	4-8	8-12	10-100	geringfügig
Alpha2-Rezeptor-Antagonisten				
Mianserin	30	60-120	15-70	nachgewiesen
Mirtazapin	15	15-45	40-80	nachgewiesen
Selektiver Noradrenalin- und Dopamin-Rückaufnahme-Hemmer				
Bupropion	150	150-300	bis 100	geringfügig
Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonist				
Agomelatın	25	25-50	Keine Angabe	wegen sehr kurzer HWZ nicht empfohlen

Nach der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression kann bei suizidgefährdeten Patienten eine Akutbehandlung (möglichst < 14 Tage) mit einem Benzodiazepin (z.B. Lorazepam) in Betracht gezogen werden.

Nach der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression ist der Wirkungseintritt der medikamentösen Therapie nicht vor 14 Tagen Therapiedauer zu erwarten, die Therapiedauer sollte daher auf viele Monate ausgerichtet sein. Antidepressiva sollen mindestens 4-9 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Risiko eines Rückfalls (Rezidiv) erheblich vermindern lässt. In dieser Erhaltungsphase soll die gleiche Dosierung wie in der Akutphase fortgeführt werden. Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit sollten dazu angehalten werden, das Antidepressivum mindestens 2 Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen.

4.2.3 Psychotherapeutische Behandlung der depressiven Störung:

Jedem neu aufgenommenen Patienten wird ein Bezugstherapeut zugeordnet, der für die Durchführung der Einzelpsychotherapie verantwortlich ist. In Abhängigkeit von einer möglichen auslösenden Problematik (z.B. aktueller Konflikt vs. Strukturdefizit) erfolgt die Zuordnung zum Psychotherapie- Einzelverfahren (Verhaltenstherapie vs. tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie). Analog wird jeder neu aufgenommene Patient einer Bezugsgruppe zugeordnet. Auch hier erfolgt in Abhängigkeit von der o.g. Problematik die Zuordnung zum Psychotherapie-

Einzelverfahren, allerdings in Form eines Zuordnungswechsels in Bezug auf das Einzelpsychotherapieverfahren (z.B. Einzel-PT: Verhaltenstherapie, Gruppen-PT: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bzw. Einzel-PT: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppen-PT: Verhaltenstherapie).

- 100-150 Min./Woche Einzelpsychotherapie (TP vs. VT)
- 2-3 x 100 Min./Woche Gruppenpsychotherapie (TP) oder 3 x 50 Min./Woche Gruppenpsychotherapie (VT)
- 2x 50 Min./Woche indikationsspezifische Gruppe (Depressionsgruppe)
- Psychoedukation
- Sozialtherapie

4.2.4 Additive Behandlung der depressiven Störung:

- 1-2 nonverbale Therapieformen (Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Tanztherapie, Bewegungstherapie) im Einzel und in der Gruppe
- 1x 100 Min./Woche Therapeutisches Wandern
- 1-2 Massagen
- Entspannungsübungen (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Imaginationsübungen)
- Sporttherapie (Neurophysiologische Regulation durch Ausdauertraining wie z.B. Lauftherapie, Nordic Walking, Spinning; Selbstwirksamkeitssteigerung durch Krafttraining; Affektregulation und Selbstbehauptung z.B. durch Boxtraining, Achtsamkeitsschulung z.B. durch Intuitives Bogenschießen etc.)

Weiter ist hierzu auch auf das QMH und das spezifische Fachprogramm Depressionsgruppe zu verweisen.

5 Überwachung und Messung

Auf der Grundlage eines umfassenden P-D-C-A Zyklus werden in Folge der Planung und der Umsetzung des QMS und seiner Prozesse, systematisch Daten zur Analyse dieser Prozesse erhoben und kontinuierlich für Verbesserungsmaßnahmen genutzt. Diese Daten werden u.a. mittels Patientenbefragung, Zufriedenheitsbefragung von Leistungsträgern und Interessenpartnern erhoben. Die Daten werden nachfolgend über die Managementbewertung zusammengefasst und deskriptiv sowie inferenzstatistisch ausgewertet, worauf sich eine neue Planung und Umsetzung anschließt. In diesem Zusammenhang ist auf die entsprechenden Kapitel des QMH (Kapitel 9) zu verweisen.

6 Literatur

- DELING; H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD- 10, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 4. Auflage 2000
- OLLENSCHLÄGER, G.: Kompendium evidenzbasierte Medizin, Hans Huber Verlag, 5. Auflage 2006
- VORDERHOLZER, U., HOHAGEN, F.: Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art – Urban & Fischer, 7. Auflage 2011
- MÖLLER, H.J.; LAUX, G.; KAPFHAMMER, H.P.: Psychiatrie und Psychotherapie, Springer Verlag, 2. Auflage, 2003
- S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, Bruckmeier Verlag, 1. Auflage, 2013