

M. Härter¹ · C. Klesse¹ · I. Bermejo¹ · M. Lelgemann^{2,3} · S. Weinbrenner² ·
G. Ollenschläger² · I. Kopp^{4,5} · M. Berger¹

¹ Universitätsklinikum Freiburg, BRD · ² Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, BRD · ³ Universität Bremen, BRD · ⁴ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF), BRD · ⁵ Universitätsklinikum Gießen und Marburg, BRD

Entwicklung der S3- und Nationalen Versorgungs-Leitlinie Depression

Depressive Störungen sind schwere Erkrankungen mit erheblichen Beeinträchtigungen des psychischen und körperlichen Befindens sowie der sozialen Bindungen und Arbeitsfähigkeit [1]. Die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen hat in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht [2, 3]; dennoch besteht weiterhin Optimierungsbedarf. Relevante Probleme in der Versorgung sind das richtige und rechtzeitige Erkennen depressiver Störungen und die Ausrichtung der Behandlung an aktuellen Leitlinien [4, 5]. Zur Verbesserung der Versorgung wurden in den letzten Jahren von nationalen und internationalen Organisationen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen herausgegeben. In diesem Beitrag wird der Stand der S3- bzw. Nationalen Versorgungsleitlinie „Depression“ dargestellt, die derzeit in Deutschland in Entwicklung ist.

Leitlinien

Leitlinien der medizinischen Versorgung werden definiert als systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, die Entscheidungen von Ärzten/Therapeuten und Patienten über eine angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Situationen zu unterstützen [6]. Leitlinien orientieren sich am Referenzbereich diag-

nostischer und therapeutischer Standards und Empfehlungen; sie stellen im engeren Sinne Handlungsvorschläge für das therapeutische Vorgehen dar. In Form schriftlicher Empfehlungen bzw. systematisch entwickelter Entscheidungshilfen sollen Leitlinien bei der Diagnostik und Behandlung sowie beim Umgang mit schwierigen Behandlungssituationen (zur Risikominimierung) helfen, um eine optimale Qualität der Versorgung zu sichern.

Aus der zusammenfassenden Bewertung verschiedener internationaler Studien zur Effektivität von Depressionsleitlinien lässt sich ableiten, dass Behandlungsmaßnahmen, die sich an Leitlinien orientieren (z. B. gezielte Beratungsansätze, adäquate Pharmakotherapie, spezifische psychotherapeutische Behandlungsstrategien) zu einer Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten führen [7].

Die systematische Entwicklung von Leitlinien erfordert eine objektive und unbeeinflussbare Methodik, bei der Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung (Prinzipien der evidenzbasierten Medizin) sowie Expertenwissen (klinische Erfahrung) gleichermaßen berücksichtigt werden [8]. Idealerweise enthalten sie Handlungsanweisungen zum konkreten Vorgehen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Leitlinien unterliegen einer dynamischen Entwicklung, d. h., sie müssen ständig auf den neuesten

Wissensstand gebracht werden. In den letzten Jahren ist weltweit eine große Zahl an Leitlinien und Behandlungsempfehlungen, u. a. auch für depressive Erkrankungen, entwickelt worden. Diese unterscheiden sich bzgl. ihrer Zielsetzung und Umfang, vor allem aber in ihrer methodischen Qualität [7, 9].

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum auch für Deutschland eine spezifische Leitlinie erforderlich ist. Neben dem Aspekt, dass zur Erhöhung der Akzeptanz von Leitlinien der aktive Einbezug aller relevanten Akteure bei der konkreten Formulierung notwendig ist, lassen sich weitere Gründe anführen: 1) Unterschiedliche Gesundheitssysteme erfordern angepasste Maßnahmen und Empfehlungen. 2) Der Einbezug nationaler Studien und Erkenntnisse ermöglicht die Berücksichtigung gesellschaftlicher und kultureller Spezifika. 3) Die meisten versorgungsrelevanten Empfehlungen basieren auf dem Konsens der relevanten Akteure. 4) Leitlinien müssen regelmäßig aktualisiert werden; üblicherweise sind sie 2 Jahre gültig.

Zur Identifizierung und zum Vergleich von evidenzbasierten, qualitativ hochwertigen deutschen und englischsprachigen Leitlinien zur Depression wurde 2001 von der Clearingstelle des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ein nationales Clearingprojekt zur Depression initiiert. Nach einer systemati-

schon Literaturrecherche wurden 21 Leitlinien (davon 3 deutsche) mithilfe der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ [10] in einem Peer-Review-Verfahren von einer Fokusgruppe von Leitlinienanwendern aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie von Experten bezüglich Methodik, Inhalt und Format sowie der praktischen Anwendbarkeit beurteilt [11]. Es zeigten sich deutliche Qualitätsunterschiede, wobei deutsche Leitlinien nur mittlere Rangplätze erreichten. Insgesamt gibt es bei allen bewerteten Leitlinien v. a. Schwachstellen im Hinblick auf konkrete Vorschläge und Empfehlungen zur Implementierung in der Praxis. Aus dieser Analyse schloss die Expertengruppe „Depression“ des ÄZQ, dass eine Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) für depressive Erkrankungen auf Grundlage der bestehenden Leitlinien entwickelt werden sollte.

Die S3-/Nationale Versorgungs-Leitlinie „Depression“

Nach Abschluss des Leitlinien-Clearing-Verfahrens und der Arbeit mehrerer Fachgesellschaften an Depressionsleitlinien mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung ist es ein zentrales Ziel, einen Konsens verschiedener Akteure im Gesundheitswesen für Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen herzustellen. Zu diesem Zweck koordiniert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zusammen mit dem ÄZQ seit Anfang 2005 ein Projekt zur Erarbeitung von S3-Leitlinien nach den methodischen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit allen hierfür erforderlichen ärztlichen und psychologischen Gruppierungen (Fachgesellschaften und Berufsverbänden) sowie Angehörigen- und Patientenverbänden. Insgesamt sind 31 Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände beteiligt. Zentrales Anliegen ist die Bearbeitung des Maßnahmenkataloges aus dem Clearingbericht und die Entwicklung einer von Fachgesellschaften und Berufsverbänden abgestimmten evidenzbasierten Leitlinie „Depression“. Hierzu sollen auch Empfehlungen hinsichtlich einer abgestuften und

vernetzten Versorgung zwischen haus- und fachärztlicher sowie psychotherapeutischer Versorgung und der Indikationsstellung für ambulante, teilstationäre bzw. stationäre Behandlungsmaßnahmen sowie für Implementierungs- und Evaluationsstrategien entwickelt werden.

Mit diesen Zielen ist der Entwicklungsprozess der S3-Leitlinie eng mit dem nationalen Programm für VersorgungsLeitlinien verknüpft. Die Bundesärztekammer, die AWMF und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben im Jahr 2003 die Trägerschaft über das Nationale Programm für VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) vertraglich vereinbart. Die Besonderheit der NVL besteht im nahtstellenübergreifenden und Managementaspekte betonenden Ansatz. Dabei werden auf der Basis bereits existierender hochwertiger, evidenz- und konsensbasierter Leitlinien Empfehlungen formuliert, die für die Versorgungskoordination und eine nahtstellenübergreifende Evaluierung der Versorgungsqualität relevant sind. So verstehen sich NVL als inhaltliche Grundlage jeglicher Programme zur strukturierten medizinischen Versorgung – unter anderem auch der „Strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ nach § 137f SGB V (Disease Management). Im Juli 2005 wurde von den Gremien entschieden, nach den erstellten NVL zu Diabetes mellitus und Asthma bronchiale, zu den damals in Erstellung befindlichen NVL zu COPD und koronarer Herzkrankheit nun das Thema Depression zu bearbeiten. Diese NVL soll aus der S3-Leitlinie „Depression“ unter besonderer Berücksichtigung versorgungsspezifischer Aspekte entwickelt werden. Dass eine S3-Leitlinie und eine NVL für Deutschland gleichzeitig erstellt werden, ist ein Novum. Durch diese enge Kooperation sollen Synergien genutzt und eine optimale Verbindung zwischen evidenzbasierten Grundlagen und Praxisanforderungen erzielt werden.

Methodik der Erstellung der Leitlinie „Depression“

Stufen der Leitlinienentwicklung

Die AWMF unterscheidet 3 Stufen der Leitlinienerstellung und dementspre-

chend 3 Methodiken: Eine Leitlinie der ersten Stufe (S1) basiert auf dem informellen Konsensus einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft, die vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wird. Eine Leitlinie der zweiten Stufe (S2) entsteht entweder auf der Basis formaler Konsensfindung (nominaler Gruppenprozess, Delphimethode, Konsensuskonferenz; „S2k“) oder aufgrund formal bewerteter Aussagen (evidence level) der wissenschaftlichen Literatur („S2e“). Die Erstellung der Leitlinie „Depression“ erfolgt auf dem höchsten Niveau, d. h. auf der Entwicklungsstufe 3 (S3). Diese Stufe beinhaltet alle Elemente der systematischen Erstellung, nämlich eine systematische Aufarbeitung der Literatur, die Prüfung der Evidenzbasierung der Aussagen und Empfehlungen, die logische Analyse mittels klinischer Algorithmen und die Entscheidungs- bzw. Outcome-Analyse unter Berücksichtigung gesundheitlicher und gesundheitsökonomischer Ziele sowie eine formale Konsensusfindung.

Entstehungsprozess der Leitlinie

Der noch nicht abgeschlossene Entstehungsprozess der Leitlinie und die einzelnen Schritte bis zur Veröffentlichung sind sequenziell in **Abb. 1** dargestellt. In der ersten Konsensusitzung wurden die von der Leitliniengruppe (Koordinationsteam) vorgelegten Schlüsselfragen, die aus dem Leitlinien-Clearingbericht abgeleitet wurden und die durch die Leitlinie beantwortet werden sollen, im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses priorisiert. Zugleich wurde eine Steuergruppe gebildet, die einerseits für die Konsentierung der Nationalen VersorgungsLeitlinie zuständig ist und andererseits alle vom Koordinationsteam erarbeiteten Hintergrundtexte und Empfehlungen, die der Konsensusgruppe in den folgenden Sitzungen vorgelegt wurden, vorab diskutierte und prüfte (vgl. **Abb. 2**).

In der zweiten Sitzung wurden, den Empfehlungen des Leitlinien-Clearingberichts folgend, bestehende Leitlinien ausgewählt und formal konsentiert, aus denen heraus systematisch die zur Beantwortung der Schlüsselfragen nötigen

Informationen (hier über die Erstellung von Synopsen, also systematischen Gegenüberstellungen der Aussagen in den einzelnen Leitlinien) extrahiert werden sollten. Dies waren – als „Quelleleitlinie“ – die „National Clinical Practice Guideline Depression“ des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence [12] sowie – als weitere „Referenzleitlinien“ – die „Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis“ des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität [13], die „Leitlinie Psychotherapie affektiver Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie [14], die „Praxisleitlinie affektive Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [15], die „Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders“ der Canadian Psychiatric Association und des Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments [16], die „Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder“ der American Psychiatric Association [17], die „Gemeinsamen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, des Deutschen Kollegiums Psychosomatische Medizin und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“ [18] sowie die Leitlinie „Empfehlungen zur Therapie der Depression“ der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft [19]. Für Fragestellungen, die in den Quelleleitlinien nicht hinreichend beantwortet wurden, bei durch die Synopsen identifizierten widersprüchlichen Empfehlungen und bei Nichtübertragbarkeit der Empfehlungen und Aussagen auf das deutsche Gesundheitssystem wurden ergänzende systematische Recherchen nach Quellen aufbereiteter Evidenz (z. B. HTA-Berichte, Metaanalysen und systematische Reviews) und Primärstudien vorgenommen.

Im Rahmen einer Evidenzhierarchie stellen bei dieser S3-/Nationalen VersorgungsLeitlinie die doppelblinde, randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) bzw. Metaanalysen und systematische Reviews die höchste Evidenzstufe dar, weil diese das geringste Risiko eines Bias des Studienergebnisses aufweisen. Diese Studien

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51
DOI 10.1007/s00103-008-0514-9
© Springer Medizin Verlag 2008

M. Härter · C. Klesse · I. Bermejo · M. Lelgemann · S. Weinbrenner · G. Ollenschläger · I. Kopp · M. Berger

Entwicklung der S3- und Nationalen VersorgungsLeitlinie Depression

Zusammenfassung

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der Versorgung. Obwohl sie gut behandelbar sind, besteht – trotz der Fortschritte in den vergangenen Jahren – weiterhin Optimierungsbedarf hinsichtlich der Diagnostik und Therapie. Die Implementierung evidenz- und konsensusbasierter Leitlinien ist eine geeignete Maßnahme, um die Versorgung depressiver Patienten zu verbessern. Zurzeit wird für Deutschland eine evidenzbasierte Leitlinie

Depression erarbeitet. Um ihre Akzeptanz und weite Verbreitung sicherzustellen, wird diese Leitlinie im Konsens aller relevanten Akteure verabschiedet. Zukünftige Aufgabe ist es, eine an Leitlinien orientierte Diagnostik und Behandlung regelhaft in der Versorgung zu verankern.

Schlüsselwörter

Depressive Störungen · Leitlinien · Qualitätsmanagement · Versorgungsforschung · Evidenzbasierte Medizin

Development of national guidelines for depression

Abstract

Depressive disorders rank among the most frequent causes of consultation and diseases in health care. Although they are treatable, there is further need to optimize diagnostics and therapy, despite sizable progress in recent years. The implementation of evidence- and consensus-based guidelines is an appropriate measure to improve care for depressive patients. An evidence-based guideline for depression is currently being developed for Germany. In order to ensure its acceptance and a wide

dissemination, this guideline will be adopted in consensus by all relevant health care providers in this field. According to this, it is a future challenge to anchor guideline-based diagnostics and treatment in routine care.

Keywords

depressive disorders · guidelines · quality management · health services research · evidence-based medicine

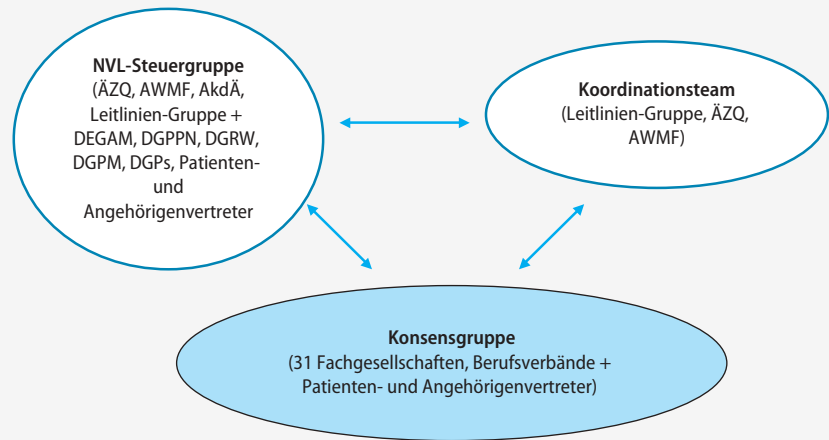


Abb.1 ► **Organigramm des Konsensus-Prozesses (Abkürzungen s. Übersicht 1)**

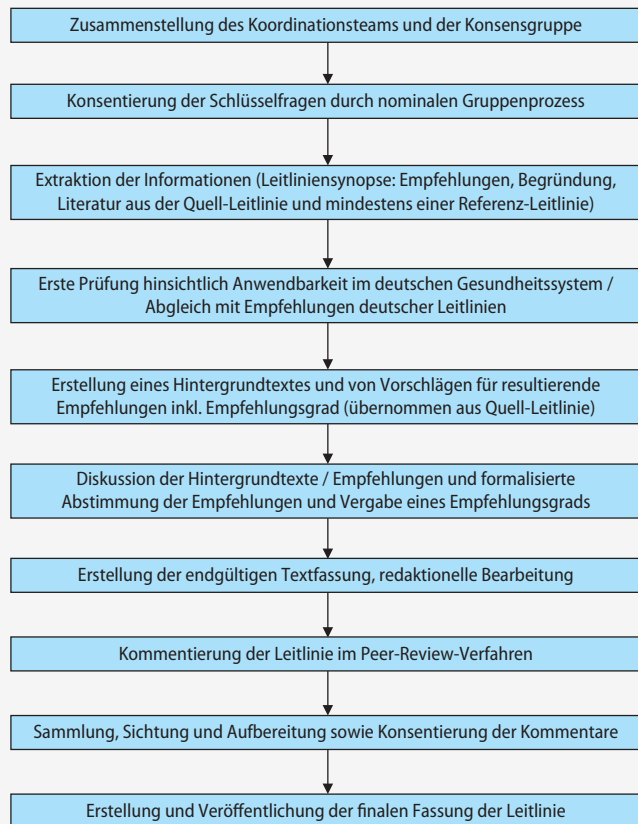


Abb.2 ► **Ablauf des Entwicklungsprozesses der Leitlinie**

wurden in erster Linie aus den Referenzleitlinien bzw. den Synopsen extrahiert. Lagen zu einer der Schlüsselfragen keine RCTs oder Metaanalysen vor, wurde zunächst nach kontrollierten, nicht randomisierten Studien gesucht, in der nächsten Ebene nach Korrelations- oder Vergleichsstudien bzw. nach Fallserien. Die Evidenzebenen sind maßgeblich für die Ableitung von Empfehlungsgraden: Je höher die Evidenzebene, desto stärker auch die Empfehlung (Tabelle 1 und 2). Andererseits berücksichtigt die Vergabe der

Empfehlungsgrade neben der Evidenz auch ethische Verpflichtungen, die klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien, die Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe, Präferenzen der Patienten und die Umsetzbarkeit in der Versorgung. Entsprechend dieser Konsensusaspekte kann eine Auf- oder eine Abwertung des Empfehlungsgrades gegenüber dem Evidenzgrad erfolgen.

In den folgenden Konsensuszusitzungen, die von einer Vertreterin der AWMF mo-

deriert wurden, wurden die aus Synopsen und systematischen Literaturrecherchen abgeleiteten Hintergrundtexte und Empfehlungen einschließlich der Graduierung der Empfehlungen im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses diskutiert und konsentiert. Jeder Teilnehmer der Konsensrunde hatte die Möglichkeit, Änderungsvorschläge einzubringen. Über die Vorschläge zu jeder Empfehlung wurde paritätisch abgestimmt, sodass ab einem Zustimmungsanteil von 50 % und mehr in der Konsensusgruppe der Vorschlag um-

gesetzt wurde. Es war jedoch das Ziel, für die meisten Empfehlungen einen starken Konsens bzw. einen Konsens (■ **Tabelle 3**) herzustellen.

Die inzwischen von der Konsensusgruppe (■ **Übersicht 1**) abgestimmte Gesamtversion des Leitlinientextes wird zurzeit im Rahmen eines internen und externen Peer-Review-Verfahrens (■ **Übersicht 2**) von den Vorständen der Fachgesellschaften und Berufsverbände, die Vertreter in die Konsensrunde entsandt hatten, sowie von weiteren Fachgesellschaften und Berufsgruppen, die nicht mehr in den Konsensprozess integriert werden konnten, kommentiert. Diese Kommentare werden von der Konsensusgruppe abgestimmt und in den Leitlinientext eingearbeitet. Die daraus entstehende finale Leitlinienversion wird schließlich via Printmedien und Internet (z. B. Homepage der DGPPN und der AWMF) 2008 publiziert werden.

Inhalte der Leitlinie

Die Leitlinie umfasst u. a. Hintergrundtexte und Empfehlungen zur Depressionsdiagnostik einschließlich der psychischen und somatischen Zusatzdiagnostik, zu allgemeinen Behandlungsprinzipien und der Versorgungscoordination, zur Pharmako-, zur Psychotherapie bzw. einer Kombinationsbehandlung, zu nicht-medikamentösen somatischen Therapieverfahren, zur Therapie häufiger komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen sowie zum Umgang mit Suizidalität. Abschließend werden Empfehlungen zur Versorgungscoordination, zur Qualitätssicherung und Implementierung vorgeschlagen.

Diskussion und Ausblick

Aufgrund der häufig diskutierten Probleme und Kritikpunkte, z. B. fehlende Akzeptanz bei den Akteuren in der Versorgung oder Einschränkung der „Therapiefreiheit“ [20], dürfen Leitlinien nicht als Richtlinien für therapeutisches Handeln mit entsprechenden gesundheitspolitischen und juristischen Konsequenzen (miss)verstanden werden. Leitlinien sind als leitende Handlungsempfehlungen anzuwenden, von denen in begründeten

Tabelle 1

Evidenzebenen	
Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
Ila	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
Ilb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Tabelle 2

Grade der Empfehlung	
A	„Soll“-Empfehlung: zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib)
B	„Sollte“-Empfehlung: gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt
C	„Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene Ila, Ilb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren
KKP	„Standard in der Behandlung“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Klinischer Konsenspunkt“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist

Tabelle 3

Konsensusstärke	
Konsensusstärke	Bedingung
Starker Konsens	Zustimmung von $\geq 95\%$ der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von $\geq 75-95\%$ der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von $\geq 50-75\%$ der Teilnehmer
Kein Konsens	Zustimmung von $< 50\%$ der Teilnehmer
Bei Bedarf nochmalige Abstimmung im Plenum	

Fällen abgewichen werden kann, ja sogar muss. Letztlich müssen im konkreten Einzelfall – im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung – sowohl ärztliche und therapeutische als auch patientenrelevante Faktoren wie Wissen, Emotionen, Präferenzen sowie soziokulturelle Aspekte bei Diagnose- und Therapieentscheidungen berücksichtigt werden. Auch die Forde-

rung, Leitlinien einer wissenschaftlichen Überprüfung zu unterziehen, ist gerechtfertigt. Die Entwicklung eines Implementierungs- und Evaluationskonzeptes ist daher eine *conditio sine qua non* für eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Leitlinie. Auf der anderen Seite sind aktuelle Leitlinien eine sehr gute Möglichkeit für Leistungserbringer und -empfänger,

Übersicht 1

Konsensusgruppe

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
- Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAGSHG)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
- Deutscher Hausärzterverband (BDA)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BDV)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)
- Deutscher Psychotherapeutenverband/Berufsverband Psychologischer Psychotherapeuten (DPTV)
- Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten
- Vereinigung der leitenden Ärzte der psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland
- Arbeitskreis der Chefarztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ACKPA)
- Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser (und AK Depressionsstationen) (BDK)
- Kompetenznetz Depression, Suizidalität (KND)
- BundesArbeitsGemeinschaft Patientstellen
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Erkrankungen

Übersicht 2

Peer-Review-Gruppe

- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BKJ)
- Berufsverband der Krankenhauserpsychotherapeuten (BVKP)
- Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie (DFKGT)
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)
- Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS)
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin (DGVM)
- Vereinigung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP)
- Task Force on Health Promoting Psychiatric Services (WHO)
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)
- Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP)

evidenzbasierte und überprüfbare Maßnahmen in der klinischen Versorgung einzuleiten.

Einer weiteren Schwierigkeit müssen sich Leitlinienformulierungen ebenfalls stellen: Sehr wahrscheinlich besteht ein Ungleichgewicht hinsichtlich der Verfügbarkeit von guten Studien in unterschiedlichen Bereichen der Depressionsbehandlung. Auf diese Weise fließen vorherige wissenschaftliche Investitionen indirekt in die Empfehlungsstärke mit ein. Dies könnte z. B. zu einer nicht unbedingt gerechtfertigten Übergewichtung pharmakotherapeutischer Ansätze führen. Das Wissen über die Effekte auch nichtpharmakologischer Strategien (z. B. der Psychotherapie) ist zwar inzwischen in der Depressionsbehandlung sehr groß; dennoch besteht hier weiterer Forschungsbedarf.

Eine breite Implementierung von Depressionsleitlinien in Deutschland wird parallel zur S3-Leitlinie bzw. NVL „Depression“ derzeit z. B. in einem vom BMBF geförderten Transferprojekt des „Kompetenznetzes Depression, Suizidalität“ zusammen mit anderen Maßnahmen der Qualitätssicherung realisiert. Darüber hinaus wird im Rahmen des Programms „Gesundheitsziele für Deutschland“ (<http://www.gesundheitsziele.de>) derzeit an der Formulierung spezifischer Ziele und Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Depressionen gearbeitet. Gesundheitsziele.de knüpft an bisherige nationale und internationale Initiativen zur Entwicklung von Gesundheitszielen an, z. B. der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Bundesländer und Sozialleistungsträger.

Eine zukünftige Aufgabe wird es sein, die Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Depressionen mit geeigneten Maßnahmen regelhaft in der Versorgung zu verankern. Spezifische Qualitätsmanagementprogramme, die einen multidimensionalen, sektorübergreifenden und interdisziplinären Ansatz unter Einbezug von Haus-, Fachärzten und Psychotherapeuten verfolgen, werden die Versorgung depressiver Patienten am effektivsten verbessern helfen. Leitlinien sind dabei ein Teil eines umfassenden Programms mit den Elementen Screening von Risikopatienten, Patientenschulung/Eduktion, Ein-

bezug von Patienten in Therapieentscheidungen, Kooperation mit Fachspezialisten und Case-Management. Ein Transfer von Leitlinien in die Versorgung ist schließlich durch die derzeit bestehenden Modellprojekte zur integrierten Versorgung [21] in Erprobung.

Danksagung

Wir bedanken uns für das hohe Engagement der an der Entwicklung der S3-/Nationalen VersorgungsLeitlinie Depression beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie Patienten- und Angehörigenvertreter.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Universitätsklinikum Freiburg
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Sektion Klinische Epidemiologie
und Versorgungsforschung
Hauptstraße 5
79104 Freiburg, BRD
E-Mail: martin.haerter@uniklinik-freiburg.de

Literatur

1. Keller MB (2003) Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *JAMA* 289: 3152–3160
2. Bech P (1999) Pharmacological treatment of depressive disorders: a review. In: Maj M, Sartorius N (eds) *Depressive disorders*. WPA Series, Evidence and experience in psychiatry. John Wiley & Sons, Chichester, pp 89–127
3. Rush AJ, Thase ME (1999) Psychotherapies for depressive disorders: a review. In Maj M, Sartorius N (eds) *Depressive disorders*. WPA Series, Evidence and experience in psychiatry. John Wiley & Sons, Chichester, pp 162–206
4. Schneider F, Härter M, Brand S, et al. (2005) Guideline adherence of inpatient depression treatment. *Br J Psychiat* 187:462–469
5. Höfler M, Wittchen HU (2000) Why do primary care doctors diagnose depression when diagnostic criteria are not met? *Int J Meth Psychiat Res* 9: 110–120
6. Lorenz W, Ollenschläger G, Geraedts M, et al. (2001) Das Leitlinien-Manual. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. *Z Ärztl Fortbild Quallsich* 95/1:1
7. Härter M, Bermejo I (2006) Leitlinien. Entwicklungsstand und Umsetzung in Deutschland. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression?* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 387–404
8. Kopp I, Encke A, Lorenz W (2002) Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 45:223–233
9. Härter M, Bermejo I, Aschenbrenner A, Berger M (2001) Analyse und Bewertung aktueller Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 69:390–401
10. ÄZQ (2001) Checkliste Methodische Qualität von Leitlinien. 2001 (<http://www.aezq.de/publikationen/0index/download/pdf/llcheck99.pdf>)
11. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2003) Leitlinien-Clearingbericht „Depression“. ÄZQ (<http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/english/07depression>)
12. National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2004) National Clinical Practice Guideline Depression. NICE (<http://www.nice.org>)
13. Härter M, Bermejo I, Schneider F, et al. (2003) Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Z Ärztl Fortbild Quallsich* 97(Suppl IV):16–35
14. De Jong-Meyer R, Hautzinger M, Kühner C, Schramm E (2007) Leitlinie Psychotherapie Affektiver Störungen. Hogrefe, Göttingen
15. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2000) Praxisleitlinie Affektive Störungen. Steinkopff, Darmstadt
16. Canadian Psychiatric Association (CPA) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2001) Practice guideline for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 46(Suppl 1)
17. American Psychiatric Association (APA) (2000) Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. APA (<http://www.apa.org>)
18. Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM) und Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) (2002) Gemeinsame Leitlinien zur Psychotherapie der Depression (<http://www.awmf-online.de>)
19. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) (2006) Empfehlungen zur Therapie der Depression, 2. Aufl. AkdÄ, Berlin
20. Linden M (2005) Leitlinien und die Psychologie medizinischer Entscheidungsprozesse bei der Behandlung depressiver Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 73:249–258
21. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2005) Rahmenkonzept – Integrierte Versorgung Depression. *Nervenarzt* 76:103–125