

**15. SFMAD**

# Update zu unipolarer Depression

**Die Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaften für Angst und Depression (SGAD), für Biologische Psychiatrie (SGBP) und für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) wurden aktualisiert. Was dabei neu ist, erläuterte Dr. Joe Hättenschwiler vom Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ) am Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SFMAD) in Zürich.**

Unipolare Depressionen sind häufig, die Lebenszeitprävalenz beträgt bis zu 21 Prozent. Ein relevanter Teil verläuft rezidivierend, wird chronisch und ist schwierig zu behandeln. Bei etwa einem Drittel der Patienten dauert eine Episode > 2 Jahre, was gemäss ICD-11 einer persistierenden depressiven Störung entspricht. Es besteht eine hohe Komorbidität mit psychischen und somatischen Erkrankungen sowie eine hohe Mortalität. Etwa 60 bis 70 Prozent der Patienten erreichten keine Remission, wie Hättenschwiler darlegte. 20 Prozent von ihnen seien nach 2 Jahren trotz zahlreicher Therapieversuche noch immer depressiv. Durch eine strukturierte Therapie kann die Behandlungsqualität im Vergleich zu einer unstrukturierten jedoch

verbessert werden (1, 2). Um dazu Hand zu bieten, wurden die Schweizer Behandlungsempfehlungen zu unipolaren Depressionen von 2010 und 2016, basierend auf dem neuesten Wissensstand und den aktuellen Leitlinien, überarbeitet. Die wichtigsten Neuerungen sind im *Kasten* zusammengestellt. Am SFMAD-Symposium von 2024 präsentierte Hättenschwiler den 1. Teil: «Akutbehandlung unipolarer Depressionen».

## **Akute leichtgradige Depression**

In der Akutbehandlung ist die Remission das kurzfristige Ziel. Das bedeutet Symptombefreiheit und Wiederherstellung des prämorbidem psychosozialen Funktionsniveaus. Können

keine Remission erreicht werden, blieben Restsymptome, was neben der Erhöhung des Rückfallrisikos und der verminderten Lebensqualität unter anderem auch eine Beeinträchtigung verschiedener Hirnstrukturen zur Folge habe (3), so der Experte.

Gemäss den neuen Behandlungsempfehlungen sollen bei erstmaligem Auftreten von leichten akuten depressiven Episoden niedrig intensive Interventionen, das heisst angeleitete Selbsthilfe, hausärztliche psychosomatische Grundversorgung oder eine psychiatrische, psychosomatische beziehungsweise psychotherapeutische Basisbehandlung angeboten werden. Tritt innert 14 Tagen keine Besserung ein, soll eine Psychotherapie zum Einsatz kommen. Wichtig sind hierbei auch die Empfehlung zur Aufklärung über Nebenwirkungen einer Psychotherapie zu Beginn und deren Besprechung bei Auftreten im Therapieverlauf (4). Zeige eine Psychotherapie nach 6 bis 10 Sitzungen kein Ansprechen, müsse die Ursache dafür gesucht werden, so Hättenschwiler weiter.

Falls verfügbar, sollen auch internet- und mobilbasierte Interventionen, eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept, angeboten werden, deren Adhärenz und Wirksamkeit jedoch monitorisiert werden sollen (4).

Wenn sich die Symptomatik nicht verbessert oder gar verschlechtert sowie bei rezidivierenden leichtgradigen akuten Episoden, sollte eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva erwogen werden (4).

Wichtig zur Verlaufsbeurteilung sei die Erhebung eines Ausgangswerts der depressiven Symptome, zum Beispiel mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI). Dieser nehme zirka 5 Minuten in Anspruch und könne als Selbsttest angewendet werden. Er eigne sich als Screening und zur Verlaufskontrolle, so Hättenschwiler.

### Akute mittelgradige und schwere Episode

Bei akuter mittelgradiger Episode sollen gleichwertig Psychotherapie oder medikamentöse Therapie angeboten werden, bei schweren Episoden vorzugsweise eine Kombination der beiden (4). Benzodiazepine und Z-Substanzen können in der Akutbehandlung von schweren depressiven Episoden zusätzlich zu Antidepressiva und Psychotherapie angeboten werden. Benzodiazepine sollen bei akuter Suizidalität und stark belastenden Schlafstörungen oder starker Unruhe bei engmaschiger Überwachung sowie unter Beachtung der Kontraindikationen für eine Dauer von 2 (maximal 4) Wochen angeboten werden. Bei einer psychotischen Depression kommen Antidepressiva und Antipsychotika zum Einsatz (4).

### Einsatz von Antidepressiva

Hinsichtlich Pharmakologie und Wirkmechanismen gebe es zwar verschiedene Substanzklassen, doch unterschieden sie sich bezüglich der depressionslösenden Effektivität nur unwesentlich, so Hättenschwiler. Die Wahl des Antidepressivums orientiert sich daher mehr an der Patientenpräferenz, früheren Erfahrungen, den Nebenwirkungen, der Toxizität und dem Interaktionspotenzial. In der Schweiz verfügbare Antidepressiva sind in *Tabelle 1* aufgeführt.

Wenn die Therapie anspricht, tritt meist nach 7 bis 14 Tagen ein spürbarer Effekt ein. Über 80 Prozent der Responder erleben eine erste Besserung innerhalb von 2 bis 3 Wochen, nach diesem Zeitpunkt bleibt die Ansprechrate eher gering.

Tabelle 1:

### In der Schweiz verfügbare Antidepressiva

#### Substanzklasse

TZA	Amitriptylin
	Clomipramin
	Doxepin
	Imipramin
	Nortriptylin
	Trimipramin
TetraZA	Mianserin
NDRI	Bupropion
SSRI	Citalopram
	Escitalopram
	Fluoxetin
	Fluvoxamin
	Paroxetin
	Sertralin
SNRI	Duloxetin
	Milnacipran*
	Venlafaxin
MAO-Hemmer	Moclobemid (reversibler Hemmer)
	Tranlycypromin*
NaSSA	Mirtazapin
NARI	Reboxetin
Multimodales AD	Vortioxetin
SARI	Trazodon
MASSA	Agomelatin
Phytopharmakon	Johanniskraut/Hypericum

\* über die internationale Apotheke erhältlich  
Abkürzungen: TZA: trizyklische Antidepressiva, TetraZA: tetrazyklische Antidepressiva, NDRI: Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer, SSRI: selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer, MAO-Hemmer: Monoaminoxidasehemmer, NaSSA: noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum, NARI: selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer, MASSA: Melatoninrezeptoragonist und Serotoninrezeptorantagonist  
Quelle: J. Hättenschwiler, SFMAD 2024, Zürich

Sprechen die Patienten nach 4 Wochen nicht auf eine Antidepressivamonotherapie an, sollen zunächst die Ursachen dafür evaluiert werden. Dazu gehören eine mögliche Fehldiagnose, fehlende Adhärenz, zu tiefe Dosierung oder ein zu tiefer Serumspiegel. Eine somatische oder psychische Komorbidität und eine depressiogene Komedikation müssen ebenfalls ausgeschlossen werden (4).

Falls das Aufdosieren der Substanz allein nicht ausreichen sollte, sind mehrere Strategien möglich: Medikamentenwechsel, Kombination und Augmentation. Für einen Medikamentenwechsel können Äquivalenzdosen (*Tabelle 2*) hilfreich sein. Berechnungsbasis für die Dosis von anderen Antidepressiva in dieser Liste ist Fluoxetin 40 mg/Tag. Ein Medikamentenwechsel sollte möglichst nur 1-mal erfolgen, ein guter Zeitpunkt dafür sei das Auftreten von Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen, so Hättenschwiler. Beim Wechsel sollte das alte Antidepressivum aus- und das neue Antidepressivum eingeschlichen werden.

Als zweite Strategie kann die Kombination von Antidepressiva mit Psychotherapie oder mit weiteren Antidepressiva hilfreich sein. Als dritte mögliche Strategie kann die Wirkung

Kasten:

## Update Behandlungsempfehlungen unipolare Depression 2024

### Was ist neu?

- ▲ ICF-basierte Diagnostik: unter anderem Schärfung der Schweregrad-einstufung, Erfassung subjektiver Symptome und Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells gemäss der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- ▲ Therapieprinzipien der Psychotherapie analog zu vorhandenen Inhalten zu Pharmakotherapie
- ▲ Massnahmen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie
- ▲ internet- und mobilbasierte Interventionen
- ▲ pharmakogenetische Testung
- ▲ Entscheidung über Arbeitsfähigkeit
- ▲ Esketamin intranasal, Ketamin i.v.
- ▲ ernährungsbasierte Interventionen

### Inhaltliche Änderungen:

- ▲ Massnahmen bei Nichtansprechen von Antidepressiva:
  - neue Empfehlung zur Kombination mit Psychotherapie
  - Änderung der Empfehlungsgrade für einige Behandlungsstrategien
  - neue Empfehlung zur Kombination mit repetitiver Magnetstimulation (rTMS)
- ▲ Massnahmen bei Therapieresistenz: Erhöhung Empfehlungsgrad für rTMS
- ▲ Lichttherapie: zusätzliche Empfehlung bei Depressionen ohne saisonales Muster

des Antidepressivums durch Zugabe einer Substanz, die selbst kein Antidepressivum ist (z. B. Lithium, atypisches Antipsychotikum), «augmentiert» werden. Als vierte Möglichkeit besteht die Zugabe von Esketamin als Add-on bei Therapieresistenz.

### Komorbiditäten beachten

Doch bevor die Diagnose Depression definitiv gestellt werde, sollten somatische Ursachen für eine Depression abgeklärt werden, betonte Prof. Annette Brühl, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Klinik für Erwachsene, Zentrum für Affektive, Stress- und Schlafstörungen und Zentrum für Alterspsychiatrie. Denn verschiedene somatische Erkrankungen können auch eine Depression zur Folge haben beziehungsweise mit Depressionen einhergehen. So gibt es eine hohe Prävalenz von komorbiden Depressionen bei Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen wie Tumor-, kardiovaskulären oder entzündlichen Erkrankungen wie zum Beispiel rheumatische oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen (5).

Des Weiteren weisen über 60 Prozent der Patienten noch mindestens 1 weitere psychische Störung auf, etwa ein Viertel hat mindestens 3 weitere Diagnosen. Bestehen psychische Komorbiditäten, ist der Verlauf ungünstiger und das Ansprechen auf die Medikation schlechter. Des Weiteren ist das Chronifizierungsrisiko höher, auch jenes für Suizid. Häufig handelt es sich bei den komorbiden psychischen Störungen um Angststörungen (50%), Alkohol-, Medikamenten- und

Tabelle 2:

### Äquivalenzdosen von Antidepressiva

Basis: Fluoxetin	40 mg/Tag
Agomelatin	53,2 mg/Tag
Amitriptylin	122,3 mg/Tag
Bupropion	348,5 mg/Tag
Clomipramin	116,1 mg/Tag
Escitalopram	18,0 mg/Tag
Imipramin	137,2 mg/Tag
Mirtazapin	50,9 mg/Tag
Paroxetin	34,0 mg/Tag
Reboxetin	11,5 mg/Tag
Sertralin	98,5 mg/Tag
Venlafaxin	149,5 mg/Tag

Lesbeispiel: Fluoxetin 40 mg/Tag entspricht Agomelatin in einer Dosis von 53,2 mg/Tag.

Quelle: J. Hättenschwiler, SFMAD 2024, Zürich (mod. nach [5])

Drogenabhängigkeit, Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeits- und Zwangsstörungen.

Im Rahmen der Abklärung von Depression sollten bei jedem Patienten somatische Basisparameter bestimmt werden. Sie dienen nicht nur dem Ausschluss somatischer Erkrankungen, sondern seien auch Ausgangswerte für die Verlaufskontrollen, so Brühl. Dazu gehörten Laborparameter wie ein grosses Blutbild, Schilddrüsentests (fT3, fT4, TSH), Ferritin, Vitamin B<sub>12</sub>, HbA<sub>1c</sub>, CRP, Leberfunktionstest (inkl. Gamma-GT), ggf. menopausale Marker bei Frauen (FSH, LH), Testosteron bei Männern. Vitalparameter und die quantitative Erfassung von Symptomen und Kognition ergeben weitere Ausgangswerte. ▲

Valérie Herzog

Quelle: Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SFMAD), 11. April 2024 in Zürich.

### Referenzen:

1. Adli M et al.: Effectiveness and feasibility of a standardized stepwise drug treatment regimen algorithm for inpatients with depressive disorders: results of a 2-year observational algorithm study. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(9):782-790. doi:10.4088/jcp.v63n0906.
2. Zhang H et al.: Evaluating the efficacy and moderators of algorithm-guided antidepressant treatments of major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2022;297:68-75. doi:10.1016/j.jad.2021.10.011.
3. Frodl TS et al.: Depression-related variation in brain morphology over 3 years: effects of stress? *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(10):1156-1165. doi:10.1001/archpsyc.65.10.1156.
4. Die Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2024, Teil 1: Die Akutbehandlung depressiver Episoden. Schweizerische Gesellschaften für Angst und Depression (SGAD), für Biologische Psychiatrie (SGBP) und für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). In Bearbeitung.
5. Hayasaka Y et al.: Dose equivalents of antidepressants: Evidence-based recommendations from randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2015;180:179-184. doi:10.1016/j.jad.2015.03.021.
6. Gold SM et al.: Comorbid depression in medical diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):69. Published 2020 Aug 20. doi:10.1038/s41572-020-0200-2.

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie «Unipolare Depression» der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). 3. Auflage, Version 3.2, Juli 2023. [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de).