

Dokumentation zur Expertenanhörung der DGSP zur Nutzung von Antidepressiva am 26.01.2018 in Frankfurt

Teilnehmer: Christel Achberger, Peter Ansari, Tom Bschor, Jill Ebert, Ruth Fricke, Sabine Haller, Markus Kaufmann, Wolf Müller, Vicky Pullen, Reiner Ott, Stefan Weinmann

Moderation: Jann Schlimme

Protokoll: Marie Schmetz, Richard Suhre, Patrick Nieswand

Begrüßung

Die DGSP-Vorsitzende Christel Achberger begrüßt auch im Namen der Sprecherin des DGSP-Fachausschusses Psychopharmaka (FA PP), Renate Seroka, die Teilnehmer. Sie verdeutlicht die Bedeutung des Themas, mit dem sich der FA PP 2017 schwerpunktmäßig beschäftigt hat.

Wichtig für diese Expertenanhörung sind der Einbezug verschiedener Professionen sowie die dialogische Ausrichtung. Tatsächlich sind aus verschiedenen Gründen weniger Teilnehmer erschienen als angemeldet waren (Krankheit, Absagen aus fachlichen oder anderen Gründen).¹

Die DGSP ist an der sachlichen Auseinandersetzung interessiert und möchte jede Expertenmeinung einbeziehen. Daher werden die beiden Absagen aus fachlichen Gründen besonders bedauert. Das Interesse der DGSP ist, eine gute Aufklärung für alle Betroffenen, ihre Angehörigen aber auch für die professionell Tätigen zu ermöglichen.

Der Berliner Psychiater und Psychotherapeut sowie Mitglied des FA PP und DGSP-Gesamtvorstands, Jann Schlimme, moderiert die Anhörung. Er führt ins Thema ein: Antidepressiva (AD) sind die am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka in Deutschland, die Verordnungszahlen sind in den 2000er Jahren stark gestiegen. Es ist wichtig nachzuhaken, ob es tatsächlich so viele Menschen gibt, die an einer Depression erkrankt sind.

Impulsvortrag

Peter Ansari erläutert Formen und Wirkungen von AD. Es gibt 20 biochemische Substanzen, die als AD verordnet werden. Am häufigsten wird die Gruppe der Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) verordnet: Bei 47,5 Prozent der Antidepressiva-Rezepte werden SSRI verschrieben.

Die biochemische Theorie der Herstellerfirma Eli Lilly wurde in klinischen Studien mehrfach widerlegt. Ob mehr oder weniger Serotonin im Gehirn gemessen wird, habe keinen Einfluss auf das Vorliegen einer Depression. Bei AD liege kein gemeinsames Wirkkonzept wie bei Neuroleptika vor. Für Ansari wirkt die Gabe von AD nicht ursächlich, sondern ohne

¹ Eingeladen waren Ulrich Hegerl, Rudi Merod, Stefan Leucht, Manfred Wolfersdorf, Bruno Müller-Oerlinghausen, Gerd Antes, Bernd Meißner, Volkmar Aderhold, Ulrich Voderholzer und Barbara Schneider. Einige der eingeladenen Experten haben unsere Fragen schriftlich beantwortet. Die Antworten sind im Anhang zu finden.

spezifischen Effekt und beliebig, er sieht keine Evidenzbasierung. Den Patienten wird von den Ärzten die nicht zutreffende Serotonin- oder Monoamin-Defizit-Hypothese vermittelt.

Die Pharmaindustrie suggeriere, dass bei allen 20 AD eine Wirkung nach zwei bis drei Wochen einsetze. Laut Expertenmeinung erfolge die Blockierung der Wiederaufnahme eines Botenstoffes jedoch innerhalb von Minuten und Stunden.

Zur Rückfallprophylaxe: laut Leitlinie (LL) (auch der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression) seien AD „sinnvollerweise mindestens zwei Jahre lang“ in gleicher Dosis einzunehmen.

Ansari stellt mehrere Studienergebnisse dar, unter anderem die STAR*D-Studie, die ohne Unterstützung der Pharmabranche durchgeführt wurde. 97 Prozent der 4041 Patienten konnten im Beobachtungszeitraum von einem Jahr nicht von einer Einnahme von AD profitieren.

Die Ergebnisse hatten nicht nur keinen Einfluss auf die LL-Erstellung in Deutschland, sie wurden laut Ansari nicht einmal diskutiert.

Tom Bschor unterstützt die Zweifel am Wirkmechanismus der AD: Das Problem depressiver Menschen sei nicht ein Serotonin-Mangel im synaptischen Spalt. Er stimme vielen Aspekten des Impulsvortrags zu, bezüglich des Rückfallrisikos widerspreche er aber: In der Langzeitbehandlung ist die Rückfallprophylaxe viel erfolgreicher. Bei Patienten, die gesund geworden sind und dann AD nehmen, gebe es 70 Prozent Rückfallprophylaxe. Bei den Daten ist die Bewertung aber schwierig, da der Zeitpunkt des Einnahme- oder Behandlungsbeginn oft nicht klar sei. Wenn wirklich LL-gerecht behandelt würde, wäre viel gewonnen, leichte und mittelgradige Depressionen würden dann nicht mit AD behandelt. Und man würde nach vier Wochen Behandlung mal gucken, wie es genau aussieht. Die Wahrheit sei aber, dass die AD immer weiter genommen würden.

In der S3-Leitlinie Unipolare Depression wird empfohlen, bei einer akuten mittelgradigen depressiven Episode den Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem AD angeboten werden solle (Leitlinie, S. 75).

Diskussion

a. Verordnungssituation und Studienlage

Die niedergelassenen Ärzte verordnen in Deutschland AD für Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen im Schnitt für jeden der 80 Mio. Deutsche einen halben Monat in voller Wirkstärke.

94 Prozent aller publizierten Studien zeigen, dass bei Depressionen die Behandlung mit AD besser ist als ohne AD. Nur 50 Prozent aller durchgeführten Studie jedoch zeigen diesen Befund. Hier liegt ein sogenannter Publikationsbias vor, also ein klarer Fall von Überschätzung.

Tom Bschor vertritt die Auffassung, es sei ein Behandlungsfehler, ein AD nach dem anderen einzunehmen, wie auch den LL zu entnehmen sei. Es liegen keine wissenschaftlichen Daten darüber vor, ob AD das Wiederauftreten von Depressionen begünstigen (Rebound).

Nachdem Benzodiazepine regressiv verschrieben werden, hat die Verschreibung von AD deutlich zugenommen.

Markus Kaufmann verweist auf die Soziologen, die die zunehmenden Verordnungszahlen als Medikalisierung gesellschaftlicher Probleme wie Einsamkeit, Scheidung, zunehmende Belastung am Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit betrachten. Diese Probleme würden in den Bereich der Medizin verlagert und mit AD behandelt. Der Großteil würde von Hausärzten verschrieben, die angesichts mangelnder Zeit, fehlerhafter Diagnostik und fehlender Psychotherapieplätze viel zu häufig AD verschreiben würden.

b. Wirksamkeit von AD

Laut Stefan Weinmann werden die Wirksamkeit von AD über- und die Risiken unterschätzt. Dies führe aber zu verschiedenen Dilemmata in der praktischen Behandlung. Ein Dilemma ist, dass AD in der Akutphase manchmal hilfreich seien, als Langzeitmedikation jedoch problematisch. Denn zunehmend werde deutlich, dass eine Langzeitverschreibung von AD im Verlauf für ein neues Auftreten von depressiven Episoden oder von Manien anfälliger machen kann. AD-Studien haben eine Reihe von methodischen Problemen, es wird mehr unabhängige Forschung mit randomisierten Studien benötigt. Den Studien der Medikamentenhersteller kann eigentlich nicht mehr vertraut werden.

AD können bei schweren Depressionen unter Umständen lebenserhaltend sein. Die grundlegende Frage ist: wer soll AD bekommen und welches ist das passende? Wie sollen die Dosen im Verlauf reduziert werden? Zudem sei die Frage, wann genau von einem Rückfall zu sprechen sei. Rückfälle von Entzugssymptomen bei Dosisreduktion oder Absetzen abzugrenzen sei nicht immer einfach. Dazu gibt es keine harten Indikatoren, alles ist sehr subjektiv.

Weinmann betont, dass es keine validen biologischen Erklärungsmodelle für die Depression gebe. Vielmehr verhindere der Eingriff von AD etwas im Gehirn, das dieses anfälliger für zukünftige Depressionen machen kann. Das löse bei Psychiatern Unbehagen aus, werde aber verdrängt.

Zudem häufen sich die Hinweise, dass einige Gewalttaten oder Amokläufe auch im Zusammenhang mit dem Beginn einer Einnahme oder dem Absetzen von Antidepressiva gesehen werden müssen: warum wird dies in der Gesellschaft nicht diskutiert? In der Fachwelt besteht die Sorge, dass AD in ein zu schlechtes Licht geraten und undifferenziert verteufelt werden bzw. Rechtfertigungsdruck gegenüber Verschreibern aufgebaut werden könnte.

Tom Bschor bekräftigt die Aussage von Stefan Weinmann, dass AD überschätzt sind. Das sei das, was man jeden Tag sehe und was die Star*D-Studie zeige. Die begrenzte Wirksamkeit zeige sich auch angesichts epidemiologischer Daten: Trotz extremer Verordnungszahlen werden Depressionen nicht seltener. Stattdessen würden die Zahlen wegen Krankenschreibung und Frühberentung ansteigen.

Bschor verweist auch auf verschiedene Probleme von Wirksamkeitsstudien: In vielen Studien werde die Wirksamkeit mit statistischer Signifikanz begründet, die aber klinisch nicht relevant sei. Zudem habe man einen Publikationsbias. Hier sehe es in 94 Prozent der Studien so aus, dass AD besser sind als Placebo. Tatsächlich scheitere jede zweite Studie, wenn man sich auch die nicht veröffentlichten Studien anschau.

Die Gabe von Placebos sei auch nicht zu verteufeln. In der Kirsch-Studie zeige sich der größte Unterschied zwischen Placebo und der Gabe keines Mittels. Habe man nicht die Nebenwirkungen, könnte man sagen, man gebe das Medikament wegen des Placebo-Effekts.

Laut Tom Bschor sind TZA im stationären Bereich besser wirksam als SSRI. Hier gebe es bei schweren Depressionen die besten Ergebnisse.

c. Reduzieren und Absetzen

Reduzieren und Absetzen wird als großes Problem gesehen, da der Entzug entscheidende Auswirkungen auf den Alltag hat, bspw. eine Teilnahme am Arbeitsleben verhindern kann. Laut Weinmann kann das Absetzproblem Tage bis sogar Jahre dauern. Er sieht einen Zusammenhang zwischen AD und der Zunahme bipolarer Störungen. Außerdem weist er darauf hin, dass bei Entzugssymptomen ein erhöhtes Risiko suizidaler Gedanken und Handlungen besteht.

Peter Ansari sieht die Absetzsymptomatik als wichtigste Problematik: Patienten müssen wissen, dass sie ein Entzug erwartet, diese Risiken werden von Patienten und Ärzten nicht gesehen. Die Aufklärung über Entzugssymptome wäre schon eine prophylaktische Maßnahme. Der Hinweis auf sexuelle Dysfunktion fehlt in der Aufklärung meistens; stärkere Aufklärung über Nebenwirkungen ist generell notwendig und wünschenswert. Die Abhängigkeitsproblematik sollte laut Ansari in die LL aufgenommen werden, die Abhängigkeit als Gesundheitsschädigung nach WHO benannt werden. Es gibt zu wenig Forschung zu den Reboundeffekten. Der Forschungszeitraum sollte mindestens über zwei Jahre verlaufen.

Markus Kaufmann weist auf die Problematik zwischen körperlicher Abhängigkeit und den Maßgaben der LL hin. Die Empfehlung der LL, innerhalb von vier Wochen zu reduzieren, sollte viel vorsichtiger im Sinne eines risikominimierten Reduzierens formuliert werden. Oft benötigen Patienten viele Monate oder Jahre bis zum vollständigen Absetzen. Ärzte werden in der Leitlinie angewiesen zu sagen, dass es keine Abhängigkeit gibt, Persönlichkeitsveränderungen werden in der LL negiert, obwohl es Studien dazu gibt: z.B. emotionale Abstumpfung, Teilnahmslosigkeit, Interesselosigkeit oder interpersonelle Nebenwirkungen (weniger Empathie anderen gegenüber, Verlust von Interesse an anderen Personen oder Dingen).

Jill Ebert berichtet von ihrer langjährigen Tätigkeit als Moderatorin im ADFD-Forum. Der Tenor dort ist, dass die Menschen über die Nebenwirkungen schockiert sind. Absetzen wird als schlimmer als die eigentliche Erkrankung wahrgenommen. Die Problematik der langfristigen Entwöhnung werde von den Ärzten oftmals nicht anerkannt, es komme zu zusätzlichen Diagnosen statt Behandlung der Absetzproblematik oder zu einer „Psychosomatisierung“.

Sabine Haller berichtet, dass bei abklingender Depressivität der Medikamentenentzug insbesondere von Benzodiazepinen erneut Arbeitsunfähigkeit verursacht.

Reiner Ott berichtet von dem Problem, dass es zu wenige Ärzte gibt, die Patienten beim Absetzen begleiten. Ihm begegnen viele Menschen, die absetzen wollen, die aber keinen geeigneten Arzt dafür finden.

Er berichtet außerdem von eigenen zahlreichen Nebenwirkungen, obwohl er mittlerweile seit 3 Jahren keine AD mehr nehme. Er kenne viele Patienten, die noch 1 bis 1,5 Jahre nach dem Absetzen Probleme hätten.

d. Suizidalität

Tom Bschor verdeutlicht den Unterschied zwischen Suizidalität und Suiziden bzw. Suizidversuchen:

- a) Bei Suizidalität an sich, handelt es sich um Gedanken darüber, ob das Leben sinnvoll ist, man kann es auch als Lebensüberdruß beschreiben. Dies hat oft wenig mit dem tatsächlichen Handeln zu tun.
- b) Für Suizide und Suizidversuche wird der Impuls benötigt.

Davon zu trennen ist der Einfluss von Antidepressiva. Erwiesen ist, dass AD die Zahlen von Suiziden und Suizidversuchen nicht senken (mind. sechs umfangreiche Meta-Analysen). Die Expert*innen, die eine Gegenmeinung dazu einnehmen, haben leider nicht an der Veranstaltung teilgenommen.

Ganz im Gegenteil: AD-Patienten haben eine höhere Rate von Suiziden und Suizidversuchen.

Steigern AD also sogar das Suizidrisiko? Das ist altersabhängig, denn junge Menschen sind gefährdeter, bei Personen unter 25 liegt ein vierfach erhöhtes Risiko vor. Einige Studien zeigten, dass AD die Suizidalität senken können. Dies sei allerdings im Vergleich weniger relevant. In den LL sei vermerkt, dass man AD nicht einsetzen solle, um Suizide zu verhindern.

Sabine Haller weist darauf hin, dass vor den Suizidversuchen sehr oft die Suizidalität komme und dass suizidale Handlungen nicht nur autoaggressive Impulse sind. Suizidversuche sind oft auch als Aggression gegenüber dem Umfeld zu sehen.

Für viele Betroffene ändert sich zudem durch die Erkrankung oft das soziale Umfeld, dieses führe zur Selbst-Stigmatisierung, bedingt auch durch das „ganze sozialpsychiatrische Gebilde“, das viele Menschen in Krisen umgibt und kaum andere Kontakte fördere.

Markus Kaufmann sagt, dass das erhöhte Suizidrisiko durch AD nicht nur bei jungen Menschen besteht, sondern in allen Altersgruppen erhöht ist und es auch Studien dazu gebe, z.B. eine Meta-Analyse von 2016 die zeigen konnte, dass die Einnahme von AD bei gesunden Menschen („Volunteers“) in allen Altersgruppen ein zweifach erhöhtes Risiko für Suizidversuche bzw. Suizide und Gewalttätigkeit ergab. Die Studie konnte auch zeigen, dass es ganz klar auf die Medikamentenwirkung zurückzuführen sei, weil keine psychische Erkrankung vorlag. Es sind aber auch Studien zu erhöhten Suizidraten nicht nur bei jungen Menschen von vor 2015 nicht in der Leitlinie von 2015 berücksichtigt worden, z.B. die Studie von Valentstein (2009) an Veteranen (Durchschnittsalter 58 Jahre).

Reiner Ott gab an, dass Betroffene den Weg des „gelingenden Suizids“ teilweise auf klinischen Stationen erst kennen lernen.

e. Alternative Behandlungsoptionen

Ruth Fricke schildert, dass ihr Hausarzt empfohlen hat, sich nicht gegen die Depression aufzulehnen, sondern sich Ruhe zu gönnen: die Depression ist auf diesem Weg wieder verschwunden.

Peter Lehmann erinnert daran, dass die Verschreibungsrate von AD und Neuroleptika dann zugenommen habe, als man begonnen habe, wegen der Nebenwirkungen weniger Benzodiazepine zu verschreiben. Er befürchte eine Zunahme der EKT, wenn AD als riskanter betrachtet würden.

Die Abwendung von AD zu EKT werde in Publikationen schon vorbereitet und als Hirnstimulation verharmlost. Die EKT-Behandlung soll in die Ausbildungsrichtlinien für Mediziner aufgenommen werden. In einschlägigen Fachbüchern wird EKT als Behandlungsmethode favorisiert. Kritik an der EKT-Behandlung sollte öffentlich gemacht

werden. Es liegt die Gefahr möglicher Missbildungen bei Geburt vor: erst seit dem 1.1.18 besteht hier ärztlicherseits Aufklärungspflicht bei Frauen im gebärfähigen Alter.

In Deutschland ist die Psychotherapeutendichte hoch, aber nicht ausreichend
Wer ist behandlungsbedürftig und in welcher Form? In der Psychotherapie sollten die Zugänge für die leichteren Fälle erschwert werden.

f. Rechtliche Aspekte

Peter Lehmann weist darauf hin, dass vielfach ohne informierte Zustimmung behandelt werde. Dies sei ein Straftatbestand und dieser muss öffentlich gemacht werden. Die DGSP sollte an ihre Mitglieder und Pflegekräfte appellieren, dies zu dokumentieren: Die DGSP sollte zum Handeln aufrufen, auch zum Whistleblowing im eigenen Betrieb. Die Absetzproblematiken sollen als normale Vorgänge beschrieben werden und Patient*innen ermuntert und aufgeklärt werden.

Wer nimmt das Risiko in Kauf, wenn nicht behandelt wird? Es sollte genau überprüft werden, ob eine Behandlungsbedürftigkeit wegen Depression besteht.

Frage der Verantwortung der Behandler: Vereinbarung zwischen Behandler*in und Patient*in, Selbstverantwortung sollte den Patient*innen zugemutet werden. Das Patientenrechte-Gesetz bietet viele Möglichkeiten für Behandler*innen, die Patient*innen nicht zu informieren.

Anlagen

Anlage 1: Einladungsschreiben

Anlage 2: Stellungnahme Bernd Meißner

Anlage 3: Stellungnahme Ulrich Voderholzer

Anlage 1: Einladungsschreiben

Sehr geehrte Frau _____,

die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) hat sich in den zurückliegenden 10 Jahren intensiv mit dem Thema Neuroleptikabehandlung, insbesondere mit der Frage der Behandlung mit Atypika befasst. Im Verlauf dieser Zeit wurde ein viel beachtetes Memorandum der DGSP zur Anwendung von Neuroleptika verfasst, diverse Fachtagungen zu diesem Thema durchgeführt und zuletzt eine Broschüre für Patient*innen, Angehörige und professionell psychiatrisch Tätige verfasst. Zu dem letztgenannten Projekt führen wir seit zwei Jahren jährliche Fachtagungen durch.

Seit einiger Zeit beschäftigt sich der Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP mit der Anwendung von Antidepressiva. Um über die interne Debatte hinaus zu wirken, beabsichtigen wir die Durchführung eines nicht-öffentlichen Expertenhearing. Dies mit dem Ziel, unterschiedliche Expertise zu der Thematik zu hören, um so weitere und weitergehende Überlegungen und Argumente für einen patientengerechten Einsatz der Antidepressiva zusammenzustellen und mögliche Schritte zur Veränderung in der Versorgung mit dieser Medikamentengruppe zu diskutieren und vorzubereiten.

Folgende Fragestellungen sehen wir als zielführend an:

- *Sind die zwischenzeitlich öffentlich gewordenen Zweifel an der Qualität und Sicherheit der Antidepressiva berechtigt?*
- *Welche Bedenken sind bei der Anwendung von Antidepressiva ernst zu nehmen?*
- *Gehen die Behandler bei der Anwendung von Antidepressiva in der Regel mit angemessener Sorgfalt und kritischer Haltung (z.B. Dosierung / Medikamentenkombinationen/Reaktion auf Nebenwirkungen) vor?*
- *Besteht aus Sicht der eingeladenen Experten Handlungsbedarf in dieser Thematik?*
- *Wenn ja, welche Möglichkeiten bestehen?*
- *Welche konkreten Maßnahmen sind angezeigt (z.B. Überarbeitung der S3 Behandlungsleitlinie)*
- *Gibt es im europäischen Ausland vergleichbare Erfahrungen bzw. Bedenken gegenüber dieser Medikamentengruppe und welches Vorgehen?*
- *Ist der Versuch, die Forderung nach besserer psychosozialer Behandlung auch mit der notwendigen Eingrenzung der Anwendung von Antidepressiva als Risikovorsorge zu begründen, psychiatriepolitisch aussichtsreich?*

Dieses Hearing soll der Vorbereitung einer öffentlichen Debatte über den zukünftigen Einsatz der Medikamente in der Behandlung und gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung dienen.

Wir würden uns sehr freuen, Sie als Experten /Expertin zu unserem Expertenhearing am 26. Januar 2018, in der Zeit von 13:30 bis 17:00 Uhr in Frankfurt begrüßen zu dürfen.

Das Hearing findet in den Räumen des Tagungshauses Hoffmanns Höfe, Frankfurt statt (eine Wegbeschreibung liegt bei). Anfallende Reisekosten (DB 2 Kl.) werden bei Bedarf durch die DGSP getragen.

Geben Sie uns bitte möglichst kurzfristig eine Rückmeldung, ob Ihnen die Beteiligung an dem Expertenhearing möglich ist. Vielen Dank!

Mit freundlichem Gruß

Deutsche Gesellschaft für

Soziale Psychiatrie e.V.

Anlage 2: Stellungnahme Bernd Meißnest

Stellungnahme zu den eingereichten Fragen:

Die Stellungnahme bezieht sich im Schwerpunkt auf die Verordnung und Anwendung von Antidepressiva bei älteren psychisch und körperlich kranken Menschen.

Der Autor ist seit über 10 Jahren Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, sowie Leiter des Zentrums für Altersmedizin am LWL-Klinikum Gütersloh.

- *Werden Antidepressiva zu schnell oder zu leichtfertig verschrieben?*
 - Ja. 80% der Psychopharmaka, und hier zählen auch die AD dazu, werden von Nicht-Psychiatern verordnet. Dies gilt im Speziellen auch bei den älteren Menschen.
 - Die Indikationsstellungen werden „vorschnell“ getroffen und rekrutieren sich gerade bei älteren Menschen aus Veränderungen ihres sozialen Umfeldes (z.B. Tod des Partners, Veränderung der Wohnumgebung. etc.)
 - An die Präparate werden Erwartungen geknüpft, die mit „gesundem Menschenverstand bewertet“ überhaupt nicht erreichbar sind. So ist die Trauer über den vollzogenen Umzug aus dem Eigenheim in ein 2-Bett Zimmer im Altenheim niemals (!) durch ein AD behandelbar.
 - In der Regel findet gerade bei älteren multimorbiden Menschen keine(!) Abstimmung unter den einzelnen Verordnern statt. Die Interaktionen der einzelnen Präparate bei veränderter Stoffwechsellage sind unübersehbar.
 - Alle zur Verfügung stehenden Studien zu den einzelnen AD schließen den älteren Menschen aus. Fundierte Kenntnisse über Wirkung, Nebenwirkung, Wechselwirkung bei der Anwendung von AD beim Menschen über 65 Jahre, bzw. über 80 Jahre gibt es nicht.
- *Werden Antidepressiva zu lange verschrieben?*
 - Ja. Wie bei allen Psychopharmaka besteht auch bei den AD die Sorge der „Absetzverschlechterung“. D.h. sobald das AD abgesetzt wird, wird sich der psych. Zustand verschlechtern. Diese Sorge ist in den allermeisten Fällen unbegründet. Absetzversuche und/oder Reduktionsversuche werden zu selten durchgeführt. Damit wird jedes Mal die Chance vergeben, dass sich die Symptomatik auch stabilisiert hat durch weitere therapeutische Faktoren und Ressourcenorientierung.
 - Bei älteren Menschen liegt in der Regel auch eine körperliche Erkrankung vor die medikamentös behandelt wird. Normal sind Interaktionsphänomene zwischen den Präparaten, die Auswirkungen auf den Stoffwechsel und die Wirkung des AD haben. Dies erfordert eine Ordnungspraxis auf das gerade noch notwendige Zeitfenster.
- *Wie beurteilen Sie den therapeutischen Effekt von Antidepressiva?*
 - Hier gibt es gerade bei älteren Menschen gleiche Erfahrungswerte, wie bei Jüngeren. Bei einer leichten und mittleren Depression überwiegen die nicht-medikamentösen Interventionen. Bei schweren Depressionen zeigt sich ein positiver Wirkeffekt.

- Insgesamt wird der Wirkeffekt völlig überschätzt und dem AD eine Aufgabe zu geschrieben, die in der Regel nicht erfüllbar ist. Z.B. Trauer benötigt Zeit und löst sich durch ein AD nicht auf.
- Therapeutischer Effekt hängt auch von der Symptomatik und den Erwartungen an das Präparat ab.
- *Gibt es unterschiedliche therapeutische Effekte bei den verschiedenen Wirkstoffklassen der Antidepressiva?*
 - Die „klassischen“ trizyklischen AD werden v.a. im niedergelassenen Bereich weiterhin häufig verordnet zeigen allerdings bei älteren Menschen ein deutlich erhöhtes Risiko an Nebenwirkungen i.S. Herzrhythmusstörungen.
 - Einen guten Wirkeffekt kann man der Substanz Mirtazapin zuschreiben. Zum einen hat es einen schlafanstoßenden Effekt, wie auch einen stimmungsaufhellenden Effekt. „nächtliches Grübeln“ lässt sich gut beeinflussen.
 - Ein erhöhtes Risiko für delirante Zustände besteht signifikant bei den SSRI's. Durch eine zu beobachtende Hyponatriämie tritt das Delir „plötzlich“ auf und führt gerade bei bereits multimorbiden Menschen zu weiteren Komplikationen (Unruhe, Sturz, ...).
- *An welchen Kriterien machen Sie den Erfolg einer Behandlung mit Antidepressiva fest?*
 - Bei älteren Menschen mit einer Polypharmazie ist ein Erfolg schon das Nichtauftreten von Nebenwirkungen oder Interaktionen.
 - Aktivierung und Teilnahme an gesellschaftlichen/ häuslichen Tätigkeiten.
 - Im klinischen Bereich Teilnahme an Therapien, Steigerung der Kognitionen.
 - Verbesserung der Negativsymptomatik (Rückzug, Vermeidung, Antriebslosigkeit, u.a.)
- *Welche UAW / Nebenwirkungen halten Sie für bedeutsam?*
 - Delirante Syndrome (Unruhe, gestörter Tag-/Nachtrhythmus, Verwirrtheit,..) die meist zu schwerwiegenden Folgekomplikationen (Sturz, „Weglaufen“, Verschlechterung der bereits bestehenden körperlichen Erkrankungen,..)führen.
 - Neu auftretenden körperliche Veränderungen: Herzrhythmusstörungen, Mundtrockenheit, Verdauungsstörungen, ...).
 - Überhöhter Erwartungsdruck: „Mein Leben hat sich nicht geändert, das Medikament wirkt nicht,.....“.
 - Eine Nebenwirkung der AD Therapie ist regelmäßig die fehlende Nicht-Medikamentöse Therapie. Die Verordner gehen davon aus, dass das Präparat das Problem (Symptom) lindert und beschäftigen sich nicht mehr mit den Nicht-Medikamentösen Therapien (Ergo-, Sozio-, Physio-, und Psychotherapie).
- *Beeinträchtigen Antidepressiva eine erfolgreiche Psychotherapie?*
 - Grundsätzlich Nein, allerdings verschieben sich immer wieder die Erwartungen. Die Erwartung an das AD ist das etwas sofort sich ändern soll. Alle wundern sich zunächst, dass nichts passiert. Hieraus steigt der Erwartungsdruck an das

Medikament bis dahin dass nun gewechselt wird, oder noch „fataler“ Kombinationen angewendet werden

- Psychotherapie sieht in der Regel den „ganzen“ Menschen. Die Gabe eines AD sollte unterstützenden Effekt haben, ist aber oft symptomorientiert. So rückt ein Symptom in den Fokus der Betrachter und die Person als Ganzes rückt in den Hintergrund.
- *Gibt es eine körperliche Abhängigkeit von Antidepressiva?*
 - Grundsätzlich Nein, allerdings kann die „Absetzbefürchtung“ bis dahin gehen, dass körperliche Symptome ähnlich eines Entzuges entstehen können.
 - Psychische Abhängigkeiten bestehen mit den psychosomatischen Reaktionsmustern.
- *Gibt es Methoden, mit denen man zwischen der Rückkehr einer Depression und einer „Absetzsymptomatik“ zuverlässig unterscheiden kann?*
 - Nein, sicher nicht zuverlässig und 100%. Gerade bei älteren Menschen gibt es grundsätzlich auch das Phänomen der „Pseudodemenz“. D.h. Menschen zeigen im Rahmen einer Depression Symptome einer dementiellen Entwicklung.

Hier eine Differenzierung vorzunehmen benötigt u.a. Zeit, Erfahrung und wiederholte neuropsychologische Testungen.
- *Ist eine Verschreibung von AD an Kinder- und Jugendliche/Adoleszente (jünger als 25) vertretbar?*
 - Als Gerontopsychiater möchte ich mich bei der Beantwortung dieser Frage zurückhalten.
- *Besitzen Antidepressiva eine suizid- und/oder gewaltpräventive Wirkung?*
 - Wäre mir nicht bekannt. Die Suizidrate ist bei älteren Menschen mit am höchsten und beruht in der Regel. Auf Veränderungen der Lebenssituation (Erkrankung, Berentung, Verlust,..)

Grundsätzlich möchte ich für die Behandlung von älteren Menschen mit AD anmerken, dass die Erwartungshaltung an die Präparate völlig überhöht ist und bereits bei der Indikationsstellung klar ist, dass dieser Betroffene eigentlich etwas völlig anderes benötigt. Die Grundbedürfnisse der älteren Menschen ähneln derer von Kindern oder/und unseren. Es geht um Zuwendung, Beziehung, Interaktion, pos. Feedbacks, Vermeiden von negativen Zuwendungen. Die Personen benötigen eine sinnvoll zu verbringende Zeit, Aktivitäten, Tagesstruktur.

All dies wird das Medikament nicht bieten können. Es kann max. eine kleine Unterstützung auf dem Weg zu den oben beschriebenen Bedürfnissen sein. Der Betroffene benötigt auf diesem Weg zudem einen Lotsen, eine Vertrauensperson die ihn motiviert, aktiviert,.. Dies muss kein Therapeut sein.

Ältere Menschen sind in der Psychotherapie unterrepräsentiert. Nur 1-3% der Psychotherapeuten behandeln Menschen über 60 Jahre. Sieht man die zukünftige demographische Entwicklung, so besteht in diesem Bereich ein akuter Handlungsbedarf. Dies nicht nur in der Quantität der zur Verfügung stehenden Plätze, sondern auch in der Angebotsform. Nicht jeder ältere Mensch kann in ein Wartezimmer kommen oder hält 50min. Sitzungen aus.

Meine Forderung ist nicht (!) die Anwendung der Antidepressiva bei älteren Menschen zu unterlassen, sondern:

- Stärkung der Nicht-Medikamentösen Therapien (Sozio-, Ergo-, Milieu-, Psychotherapie).
- Pharmakologische Visiten um Interaktionen mit anderen Medikamenten zu erkennen.
- Interdisziplinäre Behandlungspfade unter der Federführung eines Behandlers, der in enger Abstimmung mit Betroffenen und Angehörigen ist.

Anlage 3: Stellungnahme Ulrich Voderholzer

1. Sind die zwischenzeitlich öffentlich gewordenen Zweifel an der Qualität und Sicherheit der Antidepressiva berechtigt?

Die Zweifel an der Qualität und Sicherheit sind teilweise berechtigt. Angaben zu Nebenwirkungen und Sicherheit bei Langzeitanwendung, Anwendung in der Schwangerschaft, etc. sind nach heutigen, wissenschaftlichen Erkenntnissen deutlich beschönigt. Z.B. ist bei längerfristiger Anwendung die Häufigkeit von sexuellen Funktionsstörungen, Blutungsrisiko unter SSRIs, Häufigkeit von Absetzphänomen deutlich höher, als es lange Zeit propagiert wurde. Das Risiko der Induktion suizidaler Ideen und von Suiziden, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde lange Zeit von Experten nicht ernst genommen. Erst durch wissenschaftliche Veröffentlichungen wurde der klinische Blick geschärft und man beobachtet es tatsächlich in der Praxis auch häufig.

2. Welche Bedenken sind bei der Anwendung von Antidepressiva ernst zu nehmen?

1) Das Risiko der Induktion suizidaler Ideen und von Suiziden, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, aber auch selten allgemein bei Erwachsenen. Das Risiko ist abhängig von der Dosis.

2) Das Risiko der Gewichtszunahme, welches deutlich größer ist, als früher angenommen. Eine 2-Jahres Analyse von Akten gestützten Daten von Patienten aus den USA zeigte, dass mehr als 50% der Patienten unter den am häufigsten angewendeten Antidepressiva Gewicht zunehmen, es ist wohl ein deutlicher Unterschied in der Anfangsphase und der längerfristigen Anwendung.

3) Wichtigste Sorge ist die fehlende wissenschaftliche Sicherheit, dass der Langzeitverlauf einer Erkrankung durch Anwendung von Antidepressiva nicht verschlechtert werden kann. Es gibt Hinweise, dass dies möglicherweise der Fall ist. Es gibt einen nicht unerheblichen Teil, bei denen ein Antidepressivum angesetzt wird und dann nicht mehr abgesetzt wird, weil schlicht und einfach nicht darauf geachtet wird oder weil der Patient ängstlich ist, es abzusetzen oder weil tatsächlich Absetzeffekte auftreten.

3. Gehen die Behandler bei der Anwendung von Antidepressiva in der Regel mit angemessener Sorgfalt und kritischer Haltung (z.B. Dosierung/ Medikamentenkombinationen/Reaktion auf Nebenwirkungen) vor?

Definitiv nein, es werden viel zu viele Kombinationen von Antidepressiva gegeben. Hintergrund ist vermutlich, dass bei längerfristiger Anwendung Wirkverluste auftreten und dann bei Patienten Kombinationen versucht werden.

Eine Aufklärung über Nebenwirkung erfolgt meist nicht ausreichend. Viele Patienten wissen gar nicht, dass fehlende Libido oder sexuelle Funktionseinschränkung eine Folge der Antidepressiva sein kann. Es ist unfair, darüber gar nicht aufzuklären. Die fehlende Aufklärung über Nebenwirkung hat natürlich den Hintergrund, dass der Hinweis auf Nebenwirkungen im Sinne der Erwartungseffekte auch das Auftreten von Nebenwirkungen erhöhen kann, dennoch würde ich als Betroffener erwarten, über Nebenwirkungen aufgeklärt zu werden.

4. Besteht aus Sicht der eingeladenen Experten Handlungsbedarf in dieser Thematik?

Aus meiner Sicht ja. Die Ärzteschaft hat durch den Lobby Einfluss der Pharmaindustrie und die Publikationspraktiken ein beschönigtes Bild über Antidepressiva erhalten.

5. Wenn ja, welche Möglichkeiten bestehen?

Veranstaltungen auf den wichtigen Kongressen zum Thema Langzeitrisiken von Antidepressiva, Absetzeffekten (geschieht bereits)

6. Welche konkreten Maßnahmen sind angezeigt (z.B. Überarbeitung der S3 Behandlungsleitlinie)

Die S3 Behandlungsleitlinie hat eine große Schwäche, dass die Behandlungsempfehlungen auf der Zahl von randomisierten kontrollierten Studien beruht, das Thema Langzeiteffekte und langfristige negative Wirkungen auf den Krankheitsverlauf zu wenig berücksichtigt ist.

7. Gibt es im europäischen Ausland vergleichbare Erfahrungen bzw. Bedenken gegenüber dieser Medikamentengruppe und welches Vorgehen?

Keine Angaben

8. Ist der Versuch, die Forderung nach besserer psychosozialer Behandlung auch mit der notwendigen Eingrenzung der Anwendung von Antidepressiva als Risikovorsorge zu begründen, psychiatriepolitisch aussichtsreich?

Dazu kann ich nichts sagen.

Entscheidend ist für mich die bessere Nutzung und bessere Verfügbarkeit alternativer Behandlungsmethoden wie spezifischen psychotherapeutischen Ansätzen, die **schnell verfügbar sind**, auch Internettherapien, Sofort-Sprechstunden auch für Psychotherapie von Patienten die in einer depressiven Phase oder in einer Krise sind. Antidepressiva werden deshalb mehr gegeben, weil sie sofort verfügbar sind und schneller wirken.