



ANTIDEPRESSIVA

von Dr. Ute Koch





Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur



Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur



Allgemeines

Depressionen sind **psychische Störungen**, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Betroffene sind durch ihre Erkrankung zumeist in ihrer **gesamten Lebensführung beeinträchtigt**. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, ihre alltäglichen Aufgaben und sozialen Kontakte zu bewältigen. Sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung, zudem unter einer erhöhten Suizidgefahr.¹

Konstante Wirkstoffspiegel sind ein Grund, weshalb Antidepressiva zu den Arzneimittelgruppen gehören, bei denen eine Substitution kritisch ist und den Therapieerfolg gefährden kann. Zudem ist die antidepressive Therapie sehr langwierig und störanfällig.² Es besteht bei unzureichender Behandlung und/oder unzureichender Patientencompliance ein hohes Risiko für erneute depressive Episoden.¹

Das vorliegende Dokument bezieht sich - sofern nicht anders angegeben - auf die **unipolare (monopolare) Depression**. Diese mit Abstand **häufigste** Ausprägung der **Depression** ist abzugrenzen von bipolaren Störungen, bei denen es neben den depressiven auch zu manischen (antriebsgesteigerten) Phasen kommt.¹

Grundlage für die nachfolgenden Ausführungen ist die aktuell gültige S-3-Leitlinie „Unipolare Depression“ (Langfassung) aus dem Jahr 2015, die 251 Seiten umfasst. Allein der Umfang dieser Leitlinie ist ein Indiz dafür, wie komplex die Therapie der Depression ist.¹

[Zurück zur Übersicht](#)



Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur



Epidemiologie

Depressionen gehören zu den häufigsten und dennoch zu den am meisten unterschätzten Erkrankungen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählen depressive Störungen zu den wichtigsten **Volkserkrankungen** und das mit zunehmender Bedeutung in den nächsten Jahren. Ein Indikator hierfür wird in sogenannten „**Disability-adjusted Life Years (DALYs)**“ angegeben. Dieser erfasst die Summe der Lebensjahre, die durch Behinderung oder Tod aufgrund einer bestimmten Erkrankung verlorengehen. Bezogen auf diesen Indikator waren unipolare Depressionen im Jahr 2004 weltweit auf Rang drei. Bis zum Jahr 2030 werden sie laut WHO Platz eins belegen.¹

Fakten & Zahlen

- ▶ Etwa 10 % der Patienten im Wartezimmer einer hausärztlichen Praxis weisen eine behandlungsbedürftige Depression auf.³
- ▶ Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression (alle Formen, einschließlich bipolarer Depression) zu erkranken (**Lebenszeitprävalenz**), liegt national wie international bei **16 - 20 %**.¹
- ▶ Die Anzahl der Betroffenen in **Deutschland**, die in einem Zeitraum von 12 Monaten (**Jahresinzidenz**) an einer unipolaren Depression neu erkranken, liegt bei ca. **6,2 Millionen**.¹
- ▶ Laut einer aktuellen Studie leiden in **Deutschland** nach Selbstauskunft etwa **8,1 % der Bevölkerung (Alter: 18 - 79 Jahren)** unter einer depressiven Symptomatik.¹
- ▶ In Deutschland erkranken rund **50 %** aller Betroffenen bereits **vor dem 31. Lebensjahr** erstmalig an einer Depression. Die Zahl der depressiven Kinder und Jugendlichen nimmt stark zu.¹
- ▶ **Frauen** leiden im Allgemeinen **deutlich häufiger** an einer Depression als Männer. Zudem erkranken Frauen - verglichen mit Männern - im Lebensverlauf signifikant früher, haben eine längere Episodendauer und ein höheres Rückfallrisiko.¹
- ▶ Tod durch **Suizid** erleiden **3 - 15 %** der depressiv Erkrankten.³
- ▶ Das Suizidrisiko ist bei depressiven Patienten 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung.¹

[Zurück zur Übersicht](#)



Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur



Klassifikation nach Schweregrad

Typisch für depressive Störungen ist ihr **episodischer Verlauf**: Unbehandelt dauert eine Episode der unipolaren Depression sechs bis acht Monate, behandelt dauert eine Episode im Mittel 16 Wochen (4 Monate). Bei etwa 90 % der Patienten wird eine mittelschwere oder schwere Erkrankung diagnostiziert.¹

Die **Diagnose** einer depressiven Störung und die Bestimmung ihres Schweregrades erfolgt gemäß **ICD-10*** (s. Abb. 1): Für die Diagnose müssen mindestens zwei Hauptsymptome vorhanden sein und mindestens zwei Wochen anhalten. Für den Schweregrad ist entscheidend, wie viele Hauptsymptome und Zusatzsymptome vorhanden sind.¹

**Der ICD-10 (International Classification of Diseases) ist das wichtigste weltweit anerkannte Klassifikationssystem für Diagnosen in der Medizin. Der ICD, in der deutschen Modifikation, dient dem Arzt auch bei der Codierung (Verschlüsselung) von Krankheiten.*

[Zurück zur Übersicht](#)



Klassifikation nach Schweregrad

Hauptsymptome

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

| | | |
|---|-------|-----|
| 2 | 2 | 3 |
| + | + | + |
| 2 | 3 – 4 | ≥ 4 |

Symptome ≥ 2 Wochen

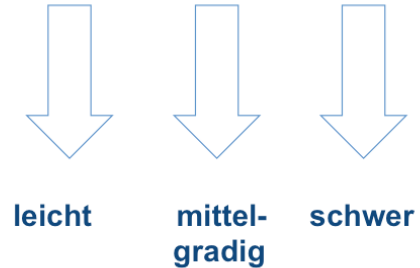


Abbildung 1: Diagnose und Bestimmung des Schweregrades depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (vereinfacht dargestellt)¹

[Zurück zur Übersicht](#)



Klassifikation nach Schweregrad

Die **Diagnose** wird häufig dadurch **erschwert**, dass die Patienten nicht über typische depressive Symptome klagen, sondern **über (unspezifische, psychosomatische) organische Beschwerden** (s. Tab. 1): vor allem über Schlafstörungen, Kraftlosigkeit und/oder Schmerzen. Die Gründe hierfür sind, dass Betroffene depressive Symptome oft nicht zuordnen können, bei ihren Beschwerden organische Ursachen vermuten und/oder prinzipiell Schwierigkeiten haben, über psychische Probleme offen zu sprechen.¹

70 - 80 % der Patienten mit Depressionen berichten zusätzlich über Angstgefühle.¹

Tabelle 1: Psychosomatische Beschwerden, die auf eine depressive Störung hinweisen¹

| |
|---|
| ▶ Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit |
| ▶ Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen) |
| ▶ Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation, Diarrhö |
| ▶ Diffuser Kopfschmerz |
| ▶ Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl |
| ▶ Funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf (z. B. Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen), Atmung (z. B. Dyspnoe), Magen und Darm |
| ▶ Schwindel, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen |
| ▶ Muskelverspannungen, diffuse Nervenschmerzen (neuralgiforme Schmerzen) |
| ▶ Libidoverlust, Sistieren der Menstruation, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen |
| ▶ Gedächtnisstörungen |

[Zurück zur Übersicht](#)



Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur



Grundlagen der Therapie

Die Therapie von depressiven Störungen ist unter anderem auf die Linderung der depressiven Symptome ausgerichtet, insbesondere auf eine Verringerung der Mortalität (insbesondere durch Suizid) und eine Reduktion des Rückfalls in eine erneute depressive Episode. Für die **Patienten** sind noch andere Aspekte bedeutend, vor allem die **Rückkehr in das „normale“ Leben**: etwa die verbesserte Bewältigung von Alltagsstress und -verpflichtungen sowie der verbesserte Umgang mit engen Bezugspersonen.¹

Behandlungsstrategien

Primär stehen dem Arzt und dem Patienten die **Pharmakotherapie** und die **Psychotherapie beziehungsweise eine Kombination** aus beiden zur Verfügung. Ihr Einsatz richtet sich primär nach dem **Schweregrad** der Depression und dem **Erkrankungsverlauf** (z. B. Rezidiv: ja oder nein). Darüber hinaus wird dem **Patienten** ein großes **Mitspracherecht** eingeräumt. Dieses ermöglicht im Sinne einer bestmöglichen **Compliance**, dass er seine Präferenzen in das Therapiekonzept einbringen kann und von der Therapie überzeugt ist. Ergänzende Therapieverfahren sind unter anderem Licht-, Sport- und Bewegungs-, Ergo- oder künstlerische Therapien.¹

Unabhängig vom Therapiekonzept ist die Behandlung der Depression in aller Regel ein langwieriges, teilweise sogar mehrjähriges Verfahren. Hauptgründe hierfür sind das hohe Rezidiv(Rückfall)-Risiko und die Suizidgefahr.¹

[Zurück zur Übersicht](#)



Grundlagen der Therapie

Dreiphasige, längerfristige Therapie

Die antidepressive Therapie wird in **drei Phasen** unterteilt: in die **Akut-** und **Erhaltungstherapie** sowie in die **Rezidivprophylaxe**. Die drei Phasen treffen nahezu auf alle pharmakotherapeutischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungsstrategien zu.¹

Tabelle 2: Definition der Symptomveränderungen während einer antidepressiven Therapie, in der klinischen Praxis beurteilt anhand standardisierter Fragebögen*¹

| | |
|--------------------------------|--|
| Ansprechen („Response“) | Reduktion der depressiven Symptomatik um 50 % des Ausgangswertes zu Therapiebeginn |
| Remission | Vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Funktionszustandes oder ein weitgehend symptomfreier Zustand nach der Akuttherapie |
| Rückfall („Relapse“) | Wiederauftreten einer depressiven Episode während der Erhaltungstherapie |
| Vollständige Genesung | Symptomfreie Zeit für etwa 6 Monate nach Remission |
| Rezidiv | Wiederauftreten einer depressiven Episode nach vollständiger Genesung |

*Anhand standardisierter Fragebögen und daraus resultierenden Punktescores werden Symptomveränderungen erfasst. Entsprechend erfolgt die Beurteilung, ob und inwieweit ein Patient auf eine Therapie anspricht. Der ICD-10 spielt bei der Therapiekontrolle keine Rolle.

[Zurück zur Übersicht](#)



Grundlagen der Therapie

Akuttherapie

Ziel der **Akuttherapie** ist eine **weitgehende Remission** (s. Tab. 2). Damit assoziiert ist das Wiederherstellen der beruflichen und psychosozialen Leistungsfähigkeit/Teilhabe des Patienten, ebenso das Vermeiden eines Suizids. Die Phase der Akuttherapie erstreckt sich in aller Regel über **sechs bis zwölf Wochen**.¹

Viele Antidepressiva werden zu Therapiebeginn niedrig dosiert eingesetzt und dann im Sinne der Verträglichkeit schrittweise bis zur Standarddosis aufdosiert. Die **Aufdosierungsphase** sollte so kurz wie möglich dauern.¹

Zudem ist bei den meisten Antidepressiva eine **Wirklatenz** zu beachten: in der Regel vier Wochen, bei älteren Patienten bis zu sechs Wochen. Findet innerhalb dieses Zeitfensters ein

- ▶ **Response** (s. Tab. 2) statt, erfolgt die **Weiterbehandlung** mit selbiger Dosis, die diesen erzielt hat, und zwar **bis zur möglichst vollständigen Remission** (s. Tab. 2).
- ▶ **Non-Response** statt, wird die Behandlungsstrategie ergänzt oder gewechselt.¹

Wirkeintritt: Bei adäquater Dosierung setzt die Wirkung bei 70 % aller Patienten innerhalb der ersten beiden Behandlungswochen ein. Tritt nach zweiwöchiger Behandlung keinerlei Besserung ein, sinkt die Wahrscheinlichkeit auf Response unter 15 %, nach dreiwöchiger Behandlung unter 10 %.¹

[Zurück zur Übersicht](#)



Grundlagen der Therapie

Erhaltungstherapie

Das Abklingen der Symptome in der Akutphase ist kein Beweis dafür, dass die Krankheitsepisode überwunden ist. Zudem besteht - wie bereits mehrfach angesprochen - eine hohe Rückfallgefahr. Selbst dann, wenn mit der Akuttherapie eine vollständige Remission erzielt wurde. Deshalb folgt der Akuttherapie eine **mehrmonatige Erhaltungstherapie**.¹

Für die Gabe der Antidepressiva während der Erhaltungstherapie gelten folgende Empfehlungen: **vier bis neun Monate** mit selbiger Dosis, die in der Akutphase zur Remission geführt hat.¹

Rezidivprophylaxe

Falls erforderlich muss der Erhaltungstherapie eine **längerfristige Rezidivprophylaxe** folgen: sinnvollerweise über **mindestens zwei Jahre** - in aller Regel in selbiger Dosierung, die in der Akuttherapie effektiv war. Bei suizidgefährdeten Patienten sollte eine Therapie erfolgen. Lithium ist kein Antidepressivum im eigentlichen Sinne, sondern ein Stimmungsstabilisierer.¹

[Zurück zur Übersicht](#)



Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur



Antidepressive Pharmakotherapie

Innerhalb der Indikationsgruppe der Antidepressiva gibt es keine Klassifikation nach Wirkstärken. Es gibt **nicht** „**das wirksamste Antidepressivum**“. Auch ist nicht vorhersehbar, ob und wann ein bestimmter Patient auf eine bestimmte Substanz anspricht.

Erhebliche **Unterschiede** zwischen den einzelnen Antidepressiva bestehen jedoch **in ihrer Verträglichkeit** - bezogen auf die Toxizität, das Spektrum von **Nebenwirkungen** und/oder **Wechselwirkungen**. Die Verträglichkeit ist von erheblicher klinischer Relevanz, da mehr als die Hälfte der behandelten Patienten über Nebenwirkungen klagt. Zudem weisen viele depressive Patienten **Komorbiditäten** auf. Hieraus resultiert eine **Polymedikation**, bei der die teilweise zahlreichen Wechselwirkungen der Antidepressiva beachtet werden müssen.¹

Wirkmechanismen und Wirkkomponenten

Es stehen sehr unterschiedliche Substanzen und Substanzklassen mit verschiedenen pharmakologischen Angriffspunkten zur Verfügung (s. Tab. 3).⁴ Antidepressiva greifen in den **Neurotransmitter-Stoffwechsel** und/oder in die **Neurotransmitter-Rezeptor-Wechselwirkung** ein. Diese Mechanismen können jedoch die Wirkweise der Antidepressiva nicht vollständig erklären.⁵ Bei einigen Patienten scheinen Antidepressiva einen Heilungsprozess anzustoßen, der ohne Medikamente nicht zustande gekommen wäre.¹

[Zurück zur Übersicht](#)



Antidepressive Pharmakotherapie

Die einzelnen Antidepressiva **unterscheiden sich** - teilweise deutlich - in der **Ausprägung** ihrer wesentlichen **klinisch relevanten Eigenschaften**:⁶

- ▶ anxiolytische Wirkung
- ▶ dämpfende, sedierende Wirkung
- ▶ stimmungsaufhellende, depressionslösende Wirkung
- ▶ aktivierende Wirkung

Substanzen und Substanzklassen

Eine **Übersicht** über die **verfügbaren Substanzklassen** gibt Tabelle 4. Zu den beiden am häufigsten verordneten Gruppen nachfolgend etwas mehr:

Tri-/Tetrazyklische Antidepressiva (TZA)

Die in den 1950er Jahren eingeführten Substanzen bewirken in unterschiedlichem Ausmaß eine Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin aus dem synaptischen Spalt, zusätzlich blockieren TZA verschiedene zentrale und periphere Rezeptoren, die einen Großteil ihrer **typischen Nebenwirkungen** erklären (s. Tab. 3).^{1,5} Die Nebenwirkungen sind vor allem zu Therapiebeginn stark ausgeprägt, während die erwünschten Wirkungen erst nach zwei bis drei Wochen spürbar werden. Wichtig ist, den Patienten zu Behandlungsbeginn ausdrücklich darauf hinzuweisen.⁵ Bei älteren Patienten sollte wegen der anticholinergen Nebenwirkungen auf TZA verzichtet werden.¹

[Zurück zur Übersicht](#)



Antidepressive Pharmakotherapie

Tabelle 3: Häufige Nebenwirkungen der TZA⁶

| Nebenwirkungen (NW) | Beispiele |
|------------------------------------|---|
| Zentrale anticholinerge NW | Kognitive Störungen, Delir |
| Periphere anticholinerge NW | Blasenentleerungsstörungen, Mundtrockenheit, Obstipation |
| Kardiovaskuläre NW* | Orthostatische Hypotension (in höherem Lebensalter Sturzgefahr), Bradyarrhythmien |
| Antihistaminerge NW | Gewichtszunahme, ggf. Sedierung |

*Regelmäßige EKG-Kontrollen vor und nach der Therapie sind erforderlich.¹

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)

Die Vertreter der SSRI **hemmen selektiv die Wiederaufnahme von Serotonin** aus dem synaptischen Spalt. Hieraus lassen sich die antidepressive Wirksamkeit, aber auch einige Nebenwirkungen erklären.¹ Alle Substanzen weisen **keine sedierende Wirkkomponente** auf.⁵ Zu den **SSRI-typischen Nebenwirkungen** gehören Übelkeit, anfänglich auch Agitiertheit oder im späteren Verlauf sexuelle Dysfunktion. Selten können SSRI **gastrointestinale Blutungen** begünstigen: insbesondere in Kombination mit nichtsteroidalen Antirheumatika (inkl. niedrig dosierter Acetylsalicylsäure), bei älteren Patienten und/oder gastrointestinellen Blutungen in der Anamnese. Bei Hochdosisgaben von Citalopram, Escitalopram und Fluoxetin besteht das lebensbedrohliche Risiko der QT*-Zeit-Verlängerung, woraus ein **Risiko tödlicher Torsade de Pointe-Arrhythmien** resultiert. Regelmäßige EKG-Kontrollen vor und nach der Therapie sind erforderlich.¹

*QT-Zeit ist ein Parameter des EKGs und repräsentiert die Gesamtzeit der Kammererregung des Herzens.

[Zurück zur Übersicht](#)



Antidepressive Pharmakotherapie

Cave: Eine besonders nennenswerte Wechselwirkung ist die zwischen SSRI und Tamoxifen. Dieses ist ein Pro-Drug und wird durch das CYP2D6 in seine wirksame Form umgewandelt. SSRI sind CYP2D6-Hemmer und können daher die Wirksamkeit von Tamoxifen auslöschen, wodurch eine erhöhte Gefahr eines Brustkrebsrezidivs hervorgerufen werden kann.¹

Tabelle 4: Antidepressiv wirksame Substanzklassen⁴

| Substanzklasse | Vertreter (Beispiele) |
|---|---|
| Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA) – nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) | Amitriptylin, Doxepin, Imipramin, Nortriptylin, Trimipramin |
| Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) | Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin |
| Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren | Moclobemid (irreversibel), Tranylcypromin (reversibel) |
| Selektive Serotonin-/Noradrenalin- Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI) | Venlafaxin, Duloxetin |
| Alpha2-Rezeptor-Antagonisten (NaSSA) | Mianserin, Mirtazapin |
| Selektiver Noradrenalin- und Dopamin-Rückaufnahme-Hemmer (NDRI) | Bupropion |
| Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT _{2C} -Rezeptor-Antagonist | Agomelatin |
| Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker | Tianeptin |

[Zurück zur Übersicht](#)



Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur

Patienten- und Therapiebesonderheiten



Die bereits erfolgten Darstellungen machen deutlich, wie komplex und störanfällig die Therapie der Depression ist (s. Abb. 2). Nachfolgend noch einmal die wichtigsten dieser und weiterer Aspekte, die eine **unkritische Substitution eines Antidepressivums** durch ein rabattbegünstigstes Präparat **nahezu verbieten**:

Hohes Rückfallrisiko

Über den Lebensverlauf betrachtet kommt es bei **mindestens 50 % der Patienten** nach der Ersterkrankung **zu mindestens einer weiteren depressiven Episode**. Bei unipolaren Depressionen werden **im Mittel vier bis sechs Episoden** beobachtet.

Die Wahrscheinlichkeit einer erneuten depressiven Episode liegt

- ▶ nach zweimaliger Erkrankung bei 70 % und
- ▶ nach dreimaliger bei 90 %.

Darüber hinaus steigt mit zunehmendem Alter das Episodenrisiko an. Umgekehrt wirkt sich die Dauer der gesunden Phase günstig auf die Prognose aus.¹

[Zurück zur Übersicht](#)

Patienten- und Therapiebesonderheiten



Suizidrisiko

60 - 70 % der Patienten haben während einer akuten depressiven Episode **Suizidgedanken**. Bis zu 70 % (ohne Dunkelziffer berechnet) der jährlich etwa 10.000 Suizide in Deutschland gehen auf eine depressive Erkrankung zurück.¹

Jedem Patienten, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und er/sie sollte auf mögliche Symptome hin beobachtet werden, die auf ein erhöhtes Suizidrisiko hindeuten.¹

Ältere Patienten

Unter älteren Menschen sind **Depressionen** besonders bedeutsam. Sie sind im **höheren Lebensalter** die **häufigsten psychischen Störungen**. Darüber hinaus besteht eine hohe **Komorbidität** (s. u.). Die **Suizidrate** steigt mit dem Lebensalter an und ist bei Hochbetagten **am höchsten**. Bezüglich der einschleichenden Dosierung ist besonders viel Behutsamkeit gefordert.

[Zurück zur Übersicht](#)

Patienten- und Therapiebesonderheiten



Komorbiditäten

Depressive Störungen treten **sehr häufig** mit psychischen und/oder körperlichen (somatischen) **Komorbiditäten** auf.

- ▶ **Psychische Komorbiditäten:** Angst- und Panikstörungen, Substanzmissbrauch, Ess- und Persönlichkeitsstörungen u. a.
- ▶ **Körperliche Komorbiditäten:** Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Migräne, Krebs, Diabetes mellitus u. a.

Zum einen haben depressive Patienten ein erhöhtes Risiko für Komorbiditäten, zum anderen können bestimmte Grunderkrankungen eine Depression auslösen. Komorbiditäten haben einen **ungünstigen Einfluss auf die Prognose** einer Depression.¹ Darüber hinaus ergibt sich aus den Komorbiditäten eine große Sorgfalt hinsichtlich der zahlreichen **Wechselwirkungen**, mit denen die meisten **Antidepressiva** behaftet sind.^{1,3-6}

[Zurück zur Übersicht](#)

Patienten- und Therapiebesonderheiten



Aufklärung und Mitarbeit des Patienten

Unerlässlich für das Erreichen der Therapieziele ist die **Mitarbeit des Patienten**, wozu dieser **intensiv aufgeklärt** werden muss. Hierzu sollte ein stabiles Bündnis zwischen Therapeut und Patient (auch dessen Angehörigen) angestrebt werden. Dabei geht es vor allem darum, beim Patienten Widerstände gegen die Behandlung auszuräumen: Angst vor Nebenwirkungen, keine Akzeptanz der Wirklatenz, mangelnde Akzeptanz der längerfristigen Therapie und **depressionsspezifische Schwierigkeiten** („keine Energie zur Therapie“, **Resignation**) sind wesentliche Risiken für eine geringe Compliance und Therapieabbrüche.

Vor Beginn der Pharmakotherapie (auch der Psychotherapie) sollte der **Patient** seitens des Arztes/Therapeuten über seine Krankheit, die geplante Behandlung, deren voraussichtliche Dauer und vor allem über mögliche Nebenwirkungen **aufgeklärt** werden - insbesondere zu Therapiebeginn. Aus diesen und vielen anderen Gründen nimmt die Notwendigkeit der **Patientenschulung** in der aktuellen S-3-Leitlinie „Unipolare Depression“ einen hohen Stellenwert ein.¹

Unabhängig von der Thematik Pharmazeutische Bedenken, die im Zentrum der vorliegenden Publikation steht, kann das Apothekenteam einen großen Beitrag leisten, die Compliance depressiver Patienten zu verbessern. Im Rahmen der Beratungsfunktion können und sollten diese in der Apotheke zusätzlich über Wirklatenz, Nebenwirkungen, Notwendigkeit der langen Therapiedauer usw. aufgeklärt werden.

[Zurück zur Übersicht](#)

Patienten- und Therapiebesonderheiten



Abbildung 2: Die Compliance von Patienten mit depressiven Störungen wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, was deutlich macht, wie störanfällig die (Pharmako-)Therapie ist.³

[Zurück zur Übersicht](#)



Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur



Fazit

Antidepressiva sind nicht ohne triftige Gründe als kritische Indikationsgruppe eingestuft worden.² Hierzu gehören schwerwiegende krankheits- und therapiebezogene Risiken, von denen folgende besonders nennenswert sind: Hohes Risiko für Suizid und erneute depressive Episoden, viele Nebenwirkungen sowie die antidepressive Therapie erschwerende Komorbiditäten. Und nicht zuletzt gehört der psychische Allgemeinzustand depressiver Patienten dazu, der sie zum Teil an der Bewältigung einfacher Alltagsaufgaben hindert. So kann der Austausch des Antidepressivums dazu beitragen, dass der Patient seiner Therapie nicht mehr vertraut und diese abbricht. Diese Gefahr besteht ganz besonders dann, wenn der Präparatewechsel zu einer schlechteren Verträglichkeit führt.

Nicht ohne Grund erfolgt die Einstellung auf ein Antidepressivum zumeist in kleinen Schritten, um unerwünschte Nebenwirkungen möglichst gering zu halten und die individuell optimale Dosis zu finden. So kann durch eine unkritische Arzneimittelsubstitution die ohnehin schon immense Compliance-Problematik bei der Therapie mit Antidepressiva zusätzlich verstärkt werden.

[Zurück zur Übersicht](#)



Übersicht

Kapitel 1: Allgemeines

Kapitel 2: Epidemiologie

Kapitel 3: Klassifikation nach Schweregrad

Kapitel 4: Grundlagen der Therapie

Kapitel 5: Antidepressive Pharmakotherapie

Kapitel 6: Patienten- und Therapiebesonderheiten

Kapitel 7: Fazit

Kapitel 8: Literatur



Literatur

¹*S-3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, 2015, Version 4. AWMF-Register-Nr.: nvl-005.*

Zitiert am 25.4.2017

<http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>

²*Blume H. et al. Gute Substitutionspraxis. Leitlinie der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft e. V. vom 24.2.2014. Zitiert am 25.4.2017*

[http://www.pharmazeutische-](http://www.pharmazeutische-bedenken.de/fileadmin/user_upload/dphg_leitlinie_gute_substitutionspraxis_20140331.pdf)

[bedenken.de/fileadmin/user_upload/dphg_leitlinie_gute_substitutionspraxis_20140331.pdf](http://www.pharmazeutische-bedenken.de/fileadmin/user_upload/dphg_leitlinie_gute_substitutionspraxis_20140331.pdf)

³*Schmauß M. Depression. TherapieTabellen. Nr. 63, September 2015, 2. Aufl. Neurologie/Psychiatrie. Westermayer Verlags GmbH 2015*

⁴*Lenhart S. Depressionen. Problemlösungen in der Pharmakotherapie. Pharmazeutische Zeitung. Online-Ausgabe 29/2016. Zitiert am 25.4.2017*

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=64364>

⁵*Mutschler E. Mutschler Arzneimittelwirkungen. Pharmakologie, klinische Pharmakologie, Toxikologie. 10. Aufl. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart 2013*

⁶*Reinbold H. Assion HJ. Antidepressiva. Phramakologische und klinische Aspekte. Sonderausgabe 2015. PsychoGen Verlag*

[Zurück zur Übersicht](#)