

Suizidale Krisen bei unipolarer Depression: Bisher nur Verhaltenstherapie untersucht

KVT kann bei Bewältigung helfen / Keine Studien zu anderen nichtmedikamentösen Maßnahmen / IQWiG bittet um Stellungnahmen zum vorläufigen Basisbericht beim ThemenCheck Medizin

In Deutschland nehmen sich jährlich rund 10.000 Menschen das Leben, viele davon sind an einer Depression erkrankt. Bei dieser Gruppe ist die Suizidrate etwa 20-mal höher als im Durchschnitt der Bevölkerung. Im Auftrag des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat nun eine Arbeitsgruppe der Technischen Universität (TU) Berlin untersucht, ob es nichtmedikamentöse Maßnahmen in der ambulanten Versorgung gibt, die Menschen mit einer unipolaren Depression helfen können, suizidale Krisen zu bewältigen. Darunter versteht man eine Lebenssituation, in der unmittelbar eine Selbsttötung droht.

Wie die Berliner Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler feststellen, ist allein die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) in aussagekräftigen Studien untersucht. Bestimmte Formen der KVT können demnach u. a. depressive Symptome und Hoffnungslosigkeit vermindern.

Zu diesem vorläufigen „Basisbericht“ bittet das Institut nun bis zum 3. Mai 2019 um Stellungnahmen. Es handelt sich dabei um ein sogenanntes Health Technology Assessment (kurz: HTA) in dem durch Gesetzesauftrag 2016 gestarteten IQWiG-Verfahren „ThemenCheck Medizin“.

Stigma Depression

Menschen mit Depressionen sind noch immer stigmatisiert, obwohl in Deutschland immerhin rund ein Zehntel der Bevölkerung daran erkrankt ist, es sich also keineswegs um ein seltenes Phänomen handelt. Häufig scheuen sich Betroffene auch deshalb, Hilfsangebote wie etwa Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

Depressive Störungen werden bei Männern seltener diagnostiziert als bei Frauen. Männliche Patienten mit einer Depression versuchen sich aber häufiger das Leben zu nehmen als weibliche. Das Suizidrisiko ist zudem erhöht, wenn es sich um eine schwere Depression handelt, wenn die Patientinnen oder Patienten bereits Suizidversuche unternommen haben und wenn sie noch weitere Erkrankungen haben.

Krisenintervention soll Betroffene stabilisieren

Fachleute unterscheiden verschiedene Formen depressiver Störungen: Bei unipolaren gibt es keine Phasen gehobener, euphorischer oder gereizter Stimmungen, wie sie für die bipolaren Störungen typisch sind.

Bei einem drohenden oder versuchten Suizid werden die Betroffenen meist zunächst in einer Klinik psychiatrisch behandelt, in der Regel auch mit Medikamenten. Da das Risiko erneuter Suizidversuche kurz nach der Entlassung am höchsten ist, sollte sich eine ambulante Betreuung unmittelbar anschließen. Allerdings ist das in der Versorgungsrealität häufig nicht der Fall. Studien stellen vielmehr eine erhebliche Diskontinuität zwischen stationärer und ambulanter Betreuung fest.

KVT am besten untersucht

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler suchten nach Studien, die ambulante Angebote der Krisenintervention, auch psychosoziale, unter anderem im Vergleich zu einer Standardbehandlung untersuchen. Letztere kann beispielsweise Arzneimittel oder Klinikaufenthalte umfassen.

Wie sie bei ihrer Recherche feststellen mussten, gibt es für die Nutzenbewertung geeignete Studien ausschließlich zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Dieses in den 1980er Jahren aus der Verhaltenstherapie entstandene Konzept wurde seither weiterentwickelt und modifiziert. Daraus ergeben sich Unterschiede zwischen den Verhaltenstherapieformen, die auch die Behandlungsergebnisse beeinflussen können. Die Berliner Arbeitsgruppe entschied sich deshalb für eine getrennte Bewertung dieser Formen. Wie in der Fachwelt üblich, differenzieren sie begrifflich zwischen drei - zeitlich aufeinander folgenden - „Wellen“ der Verhaltenstherapie: 1. Welle seit etwa den 1940er Jahren, 2. Welle seit etwa den 1970er Jahren, 3. Welle seit den 1990er-Jahren.

Weiterhin bewertet die Arbeitsgruppe Vor- und Nachteile zu bestimmten Zeitpunkten. Auf diese Weise sollen kurz- und langfristige Effekte sowie diejenigen Phasen betrachtet werden können, in der die Betroffenen als besonders gefährdet (vulnerabel) gelten. Abgesehen von der Zeit unmittelbar nach der Entlassung aus der Klinik betrifft das vor allem die darauffolgenden drei bis sechs Monate.

Zu wichtigen Zielkriterien wie Lebensqualität keine Daten

Die Recherche ergab insgesamt vier randomisierte kontrollierte Studien (RCT), in denen zwischen 2005 und 2017 insgesamt 369 Probandinnen und Probanden in den USA, Australien und Großbritannien behandelt und beobachtet worden waren. In drei Studien wurde ein Therapiekonzept der 2. Welle angewendet. Lediglich in der britischen Studie, an der auch nur 28 Betroffene teilgenommen hatten, war es eine der 3. Welle zurechenbare Therapie.

In der britischen Studie der 3. Welle wurden Daten zu den Endpunkten depressive Symptome sowie Suizidgedanken erhoben. Aus den drei anderen Studien liegen darüber hinaus verwertbare Daten vor zu (wiederholten) Suizidversuchen, Angst, Hoffnungslosigkeit und posttraumatischem Stress.

Damit fehlen Ergebnisse zu einer ganzen Reihe - auch von Betroffenen - für maßgeblich erachteten Zielkriterien, u. a. zu Lebensqualität, zur beruflichen und sozialen Teilhabe sowie zu Aktivitäten des täglichen Lebens („Funktionsniveau“), zu Klinikeinweisungen oder zur Sterblichkeit aufgrund von Suizid.

Weniger depressive Symptome und Hoffnungslosigkeit

Für die Therapien der 2. Welle liefern diese Studien Hinweise auf Vorteile (höheren Nutzen) in Hinblick auf das Vermindern von depressiven Symptomen und Hoffnungslosigkeit sowie von Suizidgedanken und Suizidversuchen. Am besten ist die Beleglage für den Zeitpunkt 6. Monat nach dem Therapiebeginn. Einen positiven Langzeiteffekt, nämlich für die zusammengefassten Erhebungszeitpunkte 18 und 24 Monate, zeigen die Daten für die (erneuten) Suizidversuche.

Einzig die sehr kleine Studie zu einer Therapie der 3. Welle zeigt einen Vorteil bei depressiven Symptomen zum 1. Monat. Aufgrund der geringeren Aussagesicherheit lässt sich daraus jedoch nicht mehr als ein Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen ableiten. Für die Therapie der 3. Welle schätzt die TU-Arbeitsgruppe die Studienlage generell als unzureichend ein.

Kosten schwierig zu vergleichen

Gesundheitsökonomische Studien, die den (höheren) Nutzen der Therapie ins Verhältnis setzen zu

den Kosten (Kosteneffektivität), gibt es derzeit nicht. Allein die Kosten zu bestimmen ist schwierig. Das liegt auch daran, dass in den meisten Fällen mehrere Maßnahmen parallel stattfinden. Zudem können Dauer und Frequenz der therapeutischen Sitzungen variieren.

Stadt-Land-Gefälle bei der Versorgung

Ambulante Kriseninterventionen werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. An Depression Erkrankte mit niedrigem Einkommen sind insofern nicht benachteiligt. Allerdings können auch Fahrtkosten zu einer Barriere werden, wenn die entsprechenden Einrichtungen nicht nah am Wohnort liegen. Genau das ist bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Fall: Die Autorinnen und Autoren des HTA-Berichts konstatieren hier ein erhebliches Stadt-Land-Gefälle. Dies gelte es zu beheben. Vor allem aber müssten depressive Störungen ebenso wie ihre Behandlung entstigmatisiert werden. Die Scham sei immer noch ein häufiger Grund, keine therapeutische Hilfe zu suchen und anzunehmen. Auch Probleme mit der deutschen Sprache stellten in vielen Fällen eine Barriere dar.

Thema von Bürgern und Patienten vorgeschlagen und mit ausgewählt

Zu den Besonderheiten von „ThemenCheck Medizin“ gehört, dass die Fragestellungen der Berichte immer auf Vorschläge aus der Bevölkerung zurückgehen. Das IQWiG sammelt diese und ermittelt in einem zweistufigen Auswahlverfahren pro Jahr bis zu fünf Themen, zu denen HTA-Berichte erstellt werden. Dabei wird die Bürger- und Patientensicht mit einbezogen. Diese HTA-Berichte werden nicht vom IQWiG verfasst. Das Institut beauftragt externe Sachverständige mit der Berichterstellung, fungiert als Herausgeber und prüft, ob die Ergebnisse gemäß den Methoden der evidenzbasierten Medizin erarbeitet wurden.

IQWiG bittet um Stellungnahmen und Themen-Vorschläge

Interessierte Personen und Institutionen können nun beim IQWiG bis zum 3. Mai 2019 schriftliche Stellungnahmen einreichen zum vorläufigen Basisbericht „Suizidale Krisen bei unipolarer Depression: Welchen Einfluss haben nicht medikamentöse Maßnahmen auf deren Bewältigung?“. Diese werden ausgewertet und gegebenenfalls in einer mündlichen Anhörung mit den Stellungnehmenden diskutiert. Danach wird der Basisbericht finalisiert. Außerdem schreiben die Autorinnen und Autoren eine allgemein verständliche Version, und das IQWiG ergänzt das Paket um einen Herausgeberkommentar. Alle Dokumente werden auf der Website „ThemenCheck-Medizin.iqwig.de“ veröffentlicht sowie an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesgesundheitsministerium (BMG) übermittelt.

Unabhängig von diesem HTA-Bericht ist es jederzeit möglich, Vorschläge für neue Themen einzureichen. Sie werden in der nächsten Auswahlrunde begutachtet, die im August 2019 beginnt.

Weitere Informationen auf „ThemenCheck Medizin“

- [zum vorläufigen Basisbericht](#)