

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Wirtschaftlichkeit bei der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen

Die Behandlung psychischer Erkrankung ist erst mit der Einführung der Psychopharmaka Mitte des 20. Jahrhunderts deutlich verbessert worden. Das Risiko, im Laufe eines Lebens an einer unipolaren Depression zu erkranken, liegt weltweit bei 16-20%<sup>1</sup>, die Lebenszeitprävalenz einer bipolaren Depression bei 3-5%.<sup>2</sup>

### Risikofaktoren

Für die Entstehung von Depressionen wird vor allem ein multifaktorielles Erklärungskonzept angenommen. Im Zusammenhang mit Auslösefaktoren wie Arbeitsverlust, schwerer Krankheit oder dem Verlust eines Menschen kann bei genetischer Vulnerabilität oder familiärer Disposition mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine unipolare depressive Symptomatik auftreten.<sup>3</sup> Auch bei bipolaren Depressionen wird eine multifaktorielle Genese mit einer starken genetischen Komponente, einer erhöhten Sensibilität, Umwelteinflüssen und Persönlichkeitscharakteristika angenommen.<sup>3</sup>

Die Therapie depressiver Erkrankungen gestaltet sich individuell je nach Patient<sup>4</sup> und Ausprägung.

### Medikamentöse Therapie

Nach der Behandlung in der Akutphase stellen die Rezidiv- und Phasenprophylaxe wichtige Maßnahmen der Therapie dar. Neben der Psychotherapie gibt es verschiedene medikamentöse Behandlungsoptionen. Bei unipolaren Depressionen ist es letztlich das Ziel, eine vollständige Remission zu erreichen.<sup>5</sup> Das übergeordnete Ziel der bipolaren Depression ist die Erhaltung eines hohen psychosozialen Funktionsniveaus, das die Lebensqualität und die Möglichkeit beeinflusst, am sozialen Leben teilzuhaben.<sup>3</sup> Bei depressiven Störungen kommen in erster Linie Antidepressiva wie Trizyklika (TZA), selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI), Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI) oder selektive Serotonin-/ Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI) zum Einsatz. Weitere Substanzen wie Lithium und Neuroleptika sind ebenfalls von Bedeutung. Zuletzt wurde Esketamin (Spravato®) zur intranasalen Anwendung zugelassen. Dieses Arzneimittel darf nur an die Arztpraxis oder Klinik der verordnenden Person abgegeben werden, hierzu muss ein Hinweis auf der Verschreibung aufgebracht werden. Derzeit ist eine Anwendung nur im klinischen Bereich vorgesehen. Bei depressiven Störungen ist auch der Wirkstoff Reboxetin zugelassen. Hier besteht laut Arzneimittel-Richtlinie ein Verordnungsausschluss.

Zur Behandlung der bipolaren Depression stehen neben Antidepressiva und Neuroleptika die Stimmungsstabilisatoren Lithium, Quetiapin und Lamotrigin zur Verfügung.

<sup>1</sup> Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. Lancet 2006; 367(9505):153-67.  
Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33(12):587-95.

<sup>2</sup> S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, Langfassung gültig bis 28.02.2024

<sup>3</sup> S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, Langfassung 3.1. 29.09.2022, gültig bis 29.09.2027

<sup>4</sup> Die Verwendung der männlichen Form soll den Lesefluss erleichtern. Die Angaben in diesem Schreiben beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

<sup>5</sup> abrufbar unter: <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php>, letzter Zugriff am 27.11.2023

## Welche Empfehlungen gibt der [KBV-Medikationskatalog](#)?<sup>5</sup>

Der KBV-Medikationskatalog unterscheidet Standard- und Reservewirkstoffe (hoher oder mittlerer Evidenzgrad) von nachrangig zu verordnenden Wirkstoffen (niedriger Evidenzgrad, s. Tabelle).

Während SSRI wie Citalopram, Escitalopram oder Sertralin und die Trizyklika Amitriptylin sowie Doxepin als vorrangig einzusetzende Wirkstoffe eingestuft werden, handelt es sich bei Duloxetin (SSNRI) nicht um ein Standardtherapeutikum. Insbesondere ist das Risiko, dass Patienten wegen eines ungünstigen Nebenwirkungsprofils die Behandlung abbrechen, erhöht.<sup>5</sup>

Auch Paroxetin und Agomelatin werden nicht als Standard- oder Reservewirkstoffe eingestuft. Agomelatin, das zur Therapie der Major Depression zugelassen ist, ist vor allem wegen seiner potentiellen Lebertoxizität als "Mittel der Reserve" anzusehen und kann bei individuell bedingter Unverträglichkeit von SSRI und TZA eingesetzt werden.<sup>5</sup>

Das Phytotherapeutikum Johanniskraut ist in verschiedenen Dosisstärken sowohl als apothekenpflichtiges, als auch als verschreibungspflichtiges Arzneimittel verfügbar. Bei der Verordnung ist zu prüfen, ob die Indikation für ein verschreibungspflichtiges Präparat vorliegt. Johanniskraut kann bei leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden als Pharmakotherapie in Betracht gezogen werden. Allerdings müssen die spezifischen Nebenwirkungen und möglicherweise schwerwiegenden Interaktionen berücksichtigt werden.<sup>5</sup>

Tabelle 1: Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskatalogs zur Indikation Unipolare Depression

Standardwirkstoffe			
Amitriptylin	Doxepin	Sertralin	
Citalopram	Escitalopram		
Reservewirkstoffe			
Amitriptylinoxid	Imipramin	Mirtazapin (auch für	Trimipramin
Clomipramin	Lithium (auch zur	Zweierkombination)	Venlafaxin
Fluoxetin	Augmentation + Phasenprophylaxe bei unipol. rez. Depress.)	Moclobemid Nortriptylin	
Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe			
Agomelatin	Johanniskraut	Mianserin (auch für	Tranlycypromin
Bupropion	Maprotilin	Zweierkombination)	Trazodon
Duloxetin	Milnacipran	Paroxetin	
Esketamin, nasal		Quetiapin retard (als	
Fluvoxamin		Zusatztherapie)	
		Tianeptin	

Tabelle 2: Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskatalogs zur Indikation Bipolare Depression

Standardwirkstoffe			
Prophylaxe: Lithium		Therapie: Quetiapin (zur Akutbehandlung)	
Reservewirkstoffe			
Prophylaxe: Lamotrigin, Quetiapin		Therapie: Lithium	
Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe			
Prophylaxe:		Therapie:	
Carbamazepin	Olanzapin	Mianserin	Tranlycypromin
Lamotrigin (Rapid cycling)	Quetiapin (in Kombi)	Tianeptin	Trazodon
Lithium (in Kombi)	Risperidon (Rapid cycling)		Valproinsäure (alle TZA)