

2.2 Auswirkungen der Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes

Es besteht kein Zweifel daran, dass eine psychische Erkrankung der Mutter Auswirkungen auf die psychische Situation des Kindes und möglicherweise auch auf dessen langfristige Entwicklung hat. Lang andauernde Krankheitsphasen und stationäre Aufenthalte sollten deshalb möglichst vermieden werden. Bei der Notwendigkeit einer Klinikaufnahme sollte eine gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind angestrebt werden, wenn die Erkrankung der Mutter dies zulässt und sich ein geeignetes Setting einer stationären Mutter-Kind-Behandlung realisieren lässt. Gerade in den frühen Lebensjahren des Kindes ist eine Unterbrechung bzw. eine Störung der Mutter-Kind-Bindung von erheblicher Bedeutung. Dies zeigen unter anderem Untersuchungen zu den Auswirkungen einer postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Bindung und dadurch indirekt auf die Entwicklung des Kindes [16]. Andererseits ist auch der negative Einfluss einer nicht ausreichend behandelten Depression der Mutter auf die Störung des Bindungsverhaltens zu berücksichtigen.

Die möglichen Auswirkungen einer Erkrankung der Mutter auf die Entwicklung des Kindes sollten deshalb bei der Nutzen-Risiko-Abwägung der medikamentösen Behandlung bzw. beim Absetzen der Medikation besonders bedacht werden.

2.3 Geplante Schwangerschaft – gute Beratung gibt Sicherheit

Ob für eine geplante Schwangerschaft vorübergehend das Absetzen der Psychopharmaka möglich und sinnvoll ist, muss aufgrund der Vorgeschichte entschieden werden. Bei einem relevanten Rezidivrisiko ist unter Nutzen-Risiko-Abwägung die Fortführung einer niedrig dosierten Monotherapie sinnvoller als das Absetzen der Medikation. Wenn generell die Indikation zur Prophylaxe besteht, d. h. wenn in der Vorgeschichte mehrere Krankheitsepisoden aufgetreten sind, sollte aus Sicht der Autoren auch bei langjähriger Stabilität die Medikation **keinesfalls vollständig abgesetzt** werden. Immer wieder stellen sich Frauen bei uns vor, die gerade das gemacht haben – oft auch auf Empfehlung ihres behandelnden Arztes – und dann erneut erkrankt sind. Wir folgen der Ein-

stellung „never change a winning team“ und weisen die Patientin darauf hin, dass trotz langjähriger krankheitsfreier Zeit nach Absetzen einer Medikation eine erneute Krankheitsepisode auftreten kann, mit allen Komplikationen, die dann möglich sind: Die vorher erfolgreiche Medikation führt nicht mehr zur Stabilität, es ist ein stationärer Aufenthalt erforderlich usw. Und selbst wenn alles „unkompliziert“ verläuft, verbessert diese neue Krankheitsepisode nicht die Prognose und führt zur subjektiven Verunsicherung.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die meisten Frauen, die sich mit dem Kinderwunsch beschäftigen und solche Entscheidungen treffen, nicht mehr sehr viel Zeit haben, da sie Mitte oder Ende dreißig sind. Sie können also nicht mehr eine erneute stabile Phase von mehreren Jahren abwarten, um unter möglichst optimalen Bedingungen schwanger zu werden, sondern gehen vielmehr aus einem Zustand relativer Verunsicherung in die Schwangerschaft – denn sie wissen ja, dass durch Schwangerschaft und Entbindung insgesamt die Gefahr der Destabilisierung besteht und gerade das haben sie vor kurzem erst erlebt.

Informationen über Arzneimittelrisiken in Schwangerschaft und Stillzeit erteilt das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin (S. 77). Sowohl Ärzte als auch Patientinnen können sich dort telefonisch oder schriftlich beraten lassen. Begrüßt wird von den Embryotox-Mitarbeitern die Variante, dass Arzt und Patientin gemeinsam anrufen, dass es also eine Art Telefonkonferenz gibt. Dieses Vorgehen reduziert die Gefahr von Informationsverlust und erhöht damit wieder die Sicherheit für alle Beteiligten. Diese Variante kommt damit auch dem verständlichen Bedürfnis nach weitestgehend rechtlicher Absicherung des empfohlenen therapeutischen Vorgehens im Kontext von Schwangerschaft und Stillzeit auf Seiten des behandelnden Arztes entgegen.

Nach ausführlicher Beratung über Nutzen und Risiko sollte die Entscheidung zum Umgang mit der Medikation von den zukünftigen Eltern getroffen werden. Die praktische Erfahrung zeigt, dass diese Entscheidungen sehr unterschiedlich sein können: Manche Eltern wollen auch das allergeringste Risiko für ihr Kind ausschließen und entscheiden sich zum Absetzen der Medikation vor der Konzeption, andere Frauen oder auch ihre Partner haben so viel Angst vor einem Krankheitsrezidiv, dass sie sich zur Weiterführung der Be-

handlung auch in der Schwangerschaft entschließen. Aber auch wenn letzten Endes die Eltern die Entscheidung treffen: Die Patientin und auch ihr Partner erwarten in der Regel vom beratenden Arzt eine einigermaßen klare Stellungnahme, wie er selbst die Situation einschätzt und wozu er raten würde.

2.4 Ungeplante Schwangerschaft – keine Panik

Eine ungeplante Schwangerschaft ist für eine psychisch kranke Frau immer eine besondere Herausforderung und erfordert noch mehr Anpassungsleistung, als dies bei einer psychisch gesunden Frau in einer solchen Situation der Fall ist. Neben der Tatsache, dass sie sich mit der Frage auseinandersetzen muss, ob sie das Kind behalten will und kann, kommt in der Regel noch das Problem der bis dahin erfolgten medikamentösen Behandlung hinzu. Nicht selten ist es eine Kombinationsbehandlung mit zwei oder mehr Medikamenten; oder die Patientin nimmt ein Medikament ein, das nicht das Mittel der ersten Wahl im Falle einer Schwangerschaft wäre, oder es gibt sogar klare Hinweise auf mögliche teratogene Auswirkungen des Medikaments (wie etwa bei Valproat). Viele Frauen recherchieren zunächst im Internet, nicht immer bei seriösen Quellen, versuchen ihren Arzt zu erreichen, was vielleicht nicht möglich ist, und treffen dann kurzfristig die Entscheidung, die Medikamente abzusetzen – weil sie ihrem Kind nicht schaden möchte.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass solche „Panikreaktionen“ auch bei Ärzten vorkommen und Patientinnen besonders verunsichert werden, wenn der behandelnde Psychiater oder Hausarzt die sofortige Beendigung der Medikation empfiehlt. Aus Sicht der Autoren muss man diesbezüglich leider sagen, dass die ärztlichen Ratschläge in solchen Fällen nicht immer dem Stand der aktuellen Wissenschaft folgen. Manchmal ist es noch „altes Wissen“, was zu solchen Empfehlungen führt, wie etwa das irgendwann im Studium gelernte „mit Lithium darf man nicht schwanger werden“. Es kann von keinem Arzt erwartet werden, immer auf dem aktuellen Wissensstand hinsichtlich der Behandlung Schwangerer zu sein, es darf aber von ihm erwartet werden, dass er sich bei seriösen Quellen informiert (wie etwa <http://www.embryotox.de>) oder dass er sich in den aktuellen Behandlungsleitlinien informiert (s. Kap. 3).

Zu Valproat hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im November 2014 auf Studien und aktuelle Empfehlungen der Expertengremien, wie sie sich auch in der Leitlinie zu den bipolaren Störungen finden, reagiert und eine Patientenbroschüre, ein Merkblatt und ein Formular zur Patientenaufklärung herausgegeben sowie eine offizielle Warnung in Form eines so genannten „Rote-Hand-Briefs“ in Abstimmung mit der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA). Darin wird über das Risiko für Anomalien des Neugeborenen, die im Mutterleib Valproat ausgesetzt waren, informiert und die klare Empfehlung abgeleitet, dass Valproat Mädchen, weiblichen Jugendlichen, Frauen im gebärfähigen Alter oder schwangeren Frauen nicht mehr verschrieben werden sollte.

2.4.1 Der Zeitpunkt ist wichtig

Zu wenig berücksichtigt wird bei den Überlegungen, die Medikation ganz abzusetzen oder abrupt umzustellen, dass zu dem Zeitpunkt, zu dem üblicherweise eine ungeplante Schwangerschaft festgestellt wird (in der 7., 8., 9. oder noch späteren Schwangerschaftswoche), die wesentlichen Schritte in der embryonalen Entwicklung bereits abgeschlossen sind (s. Kap. 8.2). Durch das Absetzen wird also der unterstellte Einfluss der Medikation auf die Organentwicklung nicht mehr verhindert, durch das plötzliche Absetzen die Gefahr der Destabilisierung des psychischen Zustands der Schwangeren aber deutlich erhöht. Weiterhin werden in der Regel die bisher vorhandenen Erkenntnisse zu Schwangerschaften unter Psychopharmakotherapie nicht einbezogen, nämlich dass für die meisten Medikamente (praktisch alle Antipsychotika und Antidepressiva) keinerlei Hinweise auf spezifische teratogene Auswirkungen vorliegen.

2.4.2 Absetzen, Umstellen, Monotherapie als Ziel?

Ist eine Schwangerschaft ungeplant unter Medikation eingetreten, sollte zwar die Sinnhaftigkeit der aktuell gewählten Substanzen und auch die Dosierung überprüft werden. Allerdings gibt es nur in seltensten Fällen gute Argumente für ein abruptes Absetzen oder Umstellen; es ist ja auch zu berücksichtigen, dass schon die ungewollte Schwangerschaft für die Frau eine psychische Belastung bedeutet. Erstrebenswert für die Schwangerschaft ist

bei Notwendigkeit einer Arzneibehandlung immer eine *Monotherapie*.

Allerdings zeigt die praktische Erfahrung der Autoren auch, wie wenig sich die Lebensrealität an solche Zielvorgaben hält. Sehr oft muss man – gerade bei schwerer erkrankten Frauen mit chronischen Psychosen oder bipolaren Störungen – mit einer Kombination von Medikamenten arbeiten. Und auch dann gilt das Prinzip: Zunächst einmal Ruhe bewahren, unter Berücksichtigung der Vorgeschichte über eine Umstellung nachdenken, und wenn das Konzept angemessen scheint, langsam und schrittweise umstellen und keine Destabilisierung riskieren. Diese Empfehlung findet sich auch in den aktuellen Leitlinien z. B. zur Therapie der unipolaren Depression oder der bipolaren Störung. Sowohl aus der klinischen Praxis als auch aus wissenschaftlichen Studienergebnissen (z. B. [49]) ist bekannt: Instabilität und depressive Symptome in der Schwangerschaft sind wichtige Prädiktoren für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko nach der Entbindung.

M!

Merke

Eine ungeplant unter Medikation eingetretene Schwangerschaft stellt per se *keine* Indikation zum sofortigen Absetzen oder Umstellen von Psychopharmaka dar. Es muss immer eine individuelle Nutzen-Risiko-Bewertung erfolgen, basierend auf aktuellen und seriösen Informationsquellen.

Bei der Abwägung „Umstellung oder Fortführen der Medikation in der Schwangerschaft“ sind unbedingt eventuelle Auswirkungen einer erneuten Erkrankung zu bedenken (wie etwa Mangelernährung, verstärkter Nikotin- und Alkoholkonsum, Schlafmangel, Folgen produktiv-psychotischer Symptome, Suizidalität). Solche Verhaltensweisen schädigen möglicherweise das Kind mehr als die niedrigstmögliche Dosis der Erhaltungstherapie. Sicher sind solche vermeidbaren Probleme aber für die betroffene Frau weitaus belastender.

2.4.3 Indikation zum Schwangerschaftsabbruch?

Das potenziell bestehende Risiko der Teratogenität einer Medikation ist *keine* Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, solange sich keine konkreten

Hinweise auf Fehlbildungen ergeben. Unberührt davon bleibt eine eventuell bestehende Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregel (früher als „soziale Indikation“ bezeichnet) oder eine eventuelle „medizinische Indikation“ wegen einer zu erwartenden schweren psychischen Dekompensation oder einer Verschlechterung des Verlaufs der psychischen Störung.

Auch nach der 12. Schwangerschaftswoche besteht nach § 218a Abs. II StGB die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch, wenn für die Mutter aufgrund der zu erwartenden Behinderung bzw. Erkrankung des Kindes oder durch die Schwangerschaft als solche Gesundheitsschäden zu befürchten sind, wie etwa eine schwere psychische Dekompensation (medizinische Indikation (S. 89)).

M!

Merke

Die Einnahme von Psychopharmaka in der Frühschwangerschaft ist *kein* Grund zum Schwangerschaftsabbruch, wenn sich nicht durch pränataldiagnostische Untersuchungen konkrete Hinweise auf eine schwere fetale Schädigung ergeben.

2.5 Betreuung in der Schwangerschaft und Pränataldiagnostik

Psychisch kranke Patientinnen sollten sowohl psychiatrisch als auch gynäkologisch in der Schwangerschaft besonders gut und engmaschig betreut werden. Es gibt Hinweise darauf, dass psychotische Patientinnen eine höhere Rate von Fehl-, Tot-, Frühgeburten und fetalen Wachstumsretardierungen aufweisen [62], wofür möglicherweise die schlechtere Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen sowie Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mitverantwortlich sind.

Patientinnen, die unter Pharmakotherapie schwanger geworden sind oder im 1. Trimenon eine Medikation benötigen, kann bereits in der 13. oder 14. Schwangerschaftswoche (post menstruationem) eine qualifizierte, auch weiterführende genannte *Ultraschalluntersuchung* in einem pränataldiagnostischen Zentrum oder einer Schwerpunktpraxis angeboten werden. Bereits in diesem frühen

Stadium der Schwangerschaft können gravierende Organfehlbildungen festgestellt werden. Auch Hinweise auf genetische Störungen (wie etwa Trisomie 21) zeigen sich bereits zu dieser Zeit im hoch auflösenden Ultraschall.

Eine weitere Ultraschalluntersuchung („Organ-schall“, „Fehlbildungultraschall“) folgt dann etwa in der 18.–20. Schwangerschaftswoche. Ein solcher „Organultraschall“ sollte bei Patientinnen, die Psychopharmaka einnehmen, zur Regel gehören, um eine größtmögliche Sicherheit hinsichtlich der Kindesentwicklung zu haben.

Merke



Frauen mit psychischer Erkrankung in der Vorgeschichte und insbesondere bei Behandlung mit Psychopharmaka gehören zu den *Risiko-schwangeren*. Sie benötigen eine intensive frauenärztliche Betreuung einschließlich qualifizierter Ultraschallfeindiagnostik und Überwachung hinsichtlich auftretender Schwangerschaftskomplikationen.

Die pränataldiagnostische Anbindung der Patientin ist auch für die weitere Überwachung der Schwangerschaft sinnvoll, beispielsweise um eine eventuell auftretende Wachstumsretardierung beim Kind frühzeitig festzustellen, die Funktion der Plazenta zu überwachen (z. B. durch einen Gefäßultraschall) und auch bei der werdenden Mutter auftretende Komplikationen (wie etwa vorzeitige Wehen, Gestationsdiabetes, Bluthochdruck oder beginnende Gestose) so früh wie möglich zu erfassen.

Mit den in den in Pränataldiagnostik-Zentren zur Verfügung stehenden hoch auflösenden Ultraschallgeräten können eventuell aufgetretene Organfehlbildungen und damit auch teratogene Auswirkungen der Medikation frühestmöglich festgestellt werden.

Die Einnahme von Psychopharmaka in der Schwangerschaft gehört übrigens zu den Risiken, die zur *Kostenübernahme* dieser Untersuchungen durch die *gesetzlichen Krankenkassen* auch vor dem Alter von 35 Jahren führen. Eine entsprechende Überweisung stellt der behandelnde Gynäkologe aus.

2.6 Entbindung besonders gut vorplanen

Wann immer möglich, sollte bei Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft – besonders wenn dies bis zur Geburt der Fall ist – die Entbindung in einer Geburtsklinik mit angeschlossener *Intensiv-Neonatologie* stattfinden. Beim Auftreten von Symptomen beim Kind (z. B. Entzugssymptome, Nebenwirkungen der Medikation) ist somit jederzeit eine intensive Überwachung möglich, ohne erst eine aufwendige Verlegung des Neugeborenen in eine Kinderklinik und damit auch eine Trennung von Mutter und Kind veranlassen zu müssen. Gerade in Zentren, die an eine Frauenklinik angeschlossen sind, ist es in der Regel auch möglich, dass ein Kind beispielsweise per Monitor besonders überwacht wird und gleichzeitig das Kind bei der Mutter ist.

Da die Zeit nach der Entbindung das höchste *Rezidivrisiko* in sich birgt, sollten die Patientin, ihre Angehörigen und die Geburtshelfer gut darauf vorbereitet sein. Eine besonders intensive psychiatrische Betreuung und gegebenenfalls eine sofortige Anpassung der Medikation mit Dosiserhöhung und Zugabe vorher bewährter Medikamente sollten gewährleistet sein (S.57). Zur guten Vorbereitung gehört auch die gemeinsame Besprechung mit Patientin und Angehörigen bezüglich eventueller „Warnsignale“, die Entwicklung eines „Notfallplans“ mit genauen Absprachen des Vorgehens beim Auftreten erster Symptome, dessen schriftliche Fixierung und Weitergabe an die Patientin, den Geburtshelfer sowie die Hebamme. Auch Absprachen über Unterstützungsmöglichkeiten nach der Geburt sind Teil der Planung (Geburtsplan, s. Kap. 6.2).

Wegen des erhöhten Rezidivrisikos in der Zeit nach der Entbindung ist das peripartale Management besonders wichtig (z. B. Planung der Medikation, Stressreduktion, Unterstützungsmaßnahmen). In Kapitel 6 werden die einzelnen Punkte näher ausgeführt.

2.7 Medikation und Stillen

Ob eine Patientin stillen kann, kann bereits vor der Entbindung besprochen werden, muss dann aber aufgrund der Akutsituation nach der Entbindung und unter Berücksichtigung der kindlichen Situation entschieden werden. Frauen mit einer psychischen Vorerkrankung wollen in der Mehrzahl

stillen, weil sie ihren Kindern die Schutzeffekte des Stillens und sich selbst diese Erfahrung nicht vorenthalten möchten; ihre Überlegungen unterscheiden sich dahingehend nur wenig von denen gesunder Frauen. Es gibt aber auch Frauen, die sich bereits zu Beginn der Schwangerschaft gegen das Stillen entscheiden, weil sie ihr Kind den weiteren Auswirkungen der Medikation nicht aussetzen möchten oder weil sich für sie selbst die Vorstellung zu stillen fremd anfühlt. Auch die Sorge vor Schlafentzug ist nicht unberechtigt und für manche Erkrankungen wie etwa bipolare Störungen aufgrund der damit verbundenen Desynchronisation des Schlaf-Wach-Rhythmus als relevanten Auslösefaktor für eine Erkrankungsphase nicht zu unterschätzen.

Es ist immer sinnvoll, dem Thema Stillen Raum zu geben, die Motivation für die verschiedenen Überlegungen abzuklopfen, unrealistische Ängste zu thematisieren, aber auch Sorgen der Patientin ernst zu nehmen.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass für die Stillzeit für alle Medikamente weniger Informationen vorliegen als für die Schwangerschaft, dass unter einer guten Nutzen-Risiko-Abwägung das Stillen aber grundsätzlich mit einer antidepressiven und einer neuroleptischen Medikation vereinbar ist (Kap. 11).

Merke

Nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung ist Stillen in der Regel mit einer antidepressiven oder antipsychotischen Medikation vereinbar.



Wichtig ist immer die Einbeziehung des Kinderarztes, der beurteilen kann, ob das Kind gesund ist oder ob sich aus der speziellen Situation des Kindes Aspekte ergeben, die gegen das Stillen sprechen. Dieser kann in Zweifelsfällen mit dem Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie Kontakt aufnehmen.

2.8 Rezidivprophylaxe nach der Geburt

Die Geburt eines Kindes ist auch für gesunde Frauen eine Zeit mit erhöhtem Risiko, psychisch krank zu werden [74]; in besonderem Maße betrifft dies aber vorerkrankte Frauen, wobei die Rezidivgefahr in den ersten Tagen und Wochen besonders hoch ist ([38], [40], [111], [152]).

Die Geburt ist nicht nur als Lebensereignis von Bedeutung; als weiterer Risikofaktor kommen die ausgeprägten hormonellen Umstellungen hinzu. Auch die Elternschaft als solche mit ihren zu vollbringenden Anpassungsleistungen und Herausforderungen ist zu bedenken. In den Wochen und Monaten nach der Geburt benötigen psychisch kranke Mütter noch mehr als andere Frauen soziale und familiäre Unterstützung, unabhängig von einer medikamentösen Rezidivprophylaxe (S.89). Hilfreich sind in dieser Zeit ganz praktische Unterstützung in Form einer verlängerten Hausbetreuung durch eine Hebamme oder auch die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe. Beide Maßnahmen werden nach entsprechender Verordnung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Auch der Vater des Kindes oder andere Familienangehörige sollten besonders in die Versorgung des Kindes mit einbezogen werden, um der Mutter beispielsweise einen regelmäßigen Nachtschlaf zu ermöglichen.

Wegen der zentralen Bedeutung der Geburtsplanung bzw. des peripartalen Managements als Teil der Rezidivprophylaxe ist diesem Thema ein eigenes Kapitel gewidmet (s. Kap. 6).

Nach der Entbindung besteht übrigens nicht nur das Risiko eines Rezidivs der Grunderkrankung; zusätzlich kann natürlich auch eine vorerkrankte Frau eine „ganz normale“ postpartale Depression bekommen – von einer erhöhten Vulnerabilität ist sogar auszugehen ([12], [16]).

3 Empfehlungen in den Leitlinien der Fachgesellschaften

3.1 Neue Entwicklungen

Auch wenn Leitlinien von Fachgesellschaften keine Rechtsverbindlichkeit haben, sondern lediglich Empfehlungscharakter, können sie in der Praxis eine wichtige Orientierung für Entscheidungen in Therapieprozessen sein. Gerade im Hinblick auf die Behandlung schwangerer und stillender Frauen sind bei den Aktualisierungen verschiedener Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) im Vergleich zu den Vorgängerversionen quasi „Quantensprünge“ zu verzeichnen. Nachdem über viele Jahrzehnte die Empfehlungen – sofern sie überhaupt vorhanden waren – sehr konservativ waren und der Verzicht auf eine Medikation bzw. der Einsatz typischer Neuroleptika im Vordergrund stand, sind die aktuellen Empfehlungen nun sehr deutlich an die psychiatrische Lebensrealität herangerückt. Die Leitlinien bieten konkrete Hilfestellungen, die die naturgemäß vorhandenen Unsicherheiten auch bei Ärzten deutlich reduzieren können, indem nicht nur konkrete Empfehlungen hinsichtlich der Fortführung einer Medikation und zur Auswahl von Medikamenten gegeben werden, sondern auch Hinweise für den Umgang mit der Patientin und ihrem Partner, Dokumentation etc.

Nachfolgend wird ein Überblick über die aktuell geltenden allgemeinen und spezifischen Empfehlungen zur Therapie in Schwangerschaft und Stillzeit gegeben, wie sie in den zur Zeit vorliegenden Leitlinien zu den großen psychiatrischen Krankheitsbildern formuliert werden. Der Vergleich der Leitlinien zeigt, dass dem Thema der Betreuung psychisch kranker Frauen in Schwangerschaft und Stillzeit umso detaillierter Aufmerksamkeit gewidmet wird, je aktueller die Leitlinie ist. Dabei werden in den Leitlinien sowohl krankheitsübergreifende allgemeine Prinzipien (wie Nutzen-Risiko-Abwägung, Monotherapie, partizipative Entscheidungsfindung) als auch sehr spezifische Empfehlungen bis hin zu einzelnen Psychopharmaka, Psychotherapien und alternativen Strategien formuliert.



Merke

Die in diesem Kapitel wiedergegebenen Empfehlungen stammen aus den jeweils zitierten Leitlinien der Fachgesellschaften. Möglicherweise ergeben sich Abweichungen zu Empfehlungen, die die Autoren dieses Buches aufgrund ihrer eigenen Expertise und Erfahrung an anderer Stelle geben.

3.2 Leitlinien – Orientierungshilfe oder Einschränkung?

Bislang sind Leitlinien freiwillige Leistungen der ärztlichen Fachgesellschaften bzw. von ärztlichen Körperschaften und Verbänden wie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Eine Leitlinie wird definiert als „systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfe für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“ [3]. Die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie wird seit 1995 durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF e.V.) koordiniert, in der derzeit 168 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen sind. Die Resultate dieser Arbeit sind elektronisch im Volltext publiziert (<http://www.awmf-leitlinien.de>) und können in der Regel auch über die an der Erstellung beteiligten Fachgesellschaften bezogen werden, z. B. für die Psychiatrie bei der DGPPN (<http://www.dgppn.de>). Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF werden in drei, auf die Entwicklungsmethodik bezogene Klassen eingeteilt:

- S1: Wurde von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet, Ergebnis: Empfehlungen.
- S2: Eine formale Konsensfindung und/oder eine formale „Evidenz“-Recherche haben stattgefunden.
- S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung und festgelegten Konsensprozessen.