

Depressionen > Behandlung

1. Das Wichtigste in Kürze

Depressionen sind ernst zu nehmende Erkrankungen. Depressive Menschen können ihre Niedergedrücktheit und die Unfähigkeit, aktiv zu sein, nicht willentlich beeinflussen. Menschen, bei denen eine depressive Erkrankung vorliegen könnte, sollten unbedingt einen Arzt aufsuchen, damit geklärt wird, ob eine Behandlung hilfreich wäre. Die meisten Depressionen können durch eine Behandlung mit Medikamenten und einer Psychotherapie geheilt werden. Bei schweren Depressionen kann auch ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt erforderlich sein.

Die nachfolgenden Informationen geben nur einen kurzen Einblick, der das Verständnis für die Erkrankung und Behandlung erhöhen soll. Sie können keinesfalls die ärztliche Beratung und Therapie ersetzen.

2. Behandlungsnotwendigkeit

Verschiedenen Schätzungen zufolge wird nur etwa die Hälfte der Depressionen richtig diagnostiziert und angemessen behandelt. Eine Ursache dafür ist, dass psychische Erkrankungen in weiten Teilen der Gesellschaft noch immer stigmatisiert sind und nicht als "richtige" Erkrankungen anerkannt werden. Das führt unter anderem dazu, dass Patienten bevorzugt körperliche Symptome schildern.

Wird die Erkrankung nicht behandelt, sondern bagatellisiert ("Das wird schon wieder"), fühlen sich Betroffene (zu Recht) unverstanden, was die fatale Folge haben kann, dass sie noch tiefer in die Depression sinken.

Ein weiteres Problem ist, dass die Verfügbarkeit von Fachärzten und Psychotherapeuten regional sehr unterschiedlich ist.

Die Krankheit wird mit verschiedenen Therapieansätzen behandelt. Grundsätzlich gilt, dass Depressionen zu den am besten behandelbaren psychischen Erkrankungen zählen.

3. Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Behandlung wird in der Regel bei mittelgradigen und schweren Depressionen empfohlen. Medikamente, die gegen Depressionen wirken, werden **Antidepressiva** genannt. Allen Antidepressiva ist gemeinsam, dass sie chemisch in den Hirnstoffwechsel eingreifen und vor allem die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin, die in engem Zusammenhang mit der Depression stehen, beeinflussen. Die Medikamente unterscheiden sich im Wesentlichen darin, an welcher Stelle sie im Hirnstoffwechsel ansetzen und welche Nebenwirkungen sie haben. Antidepressiva sind keine Beruhigungsmittel, sie machen **nicht** abhängig.

Eine vertrauensvolle und offene Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und behandelndem Arzt ermöglicht die Auswahl des richtigen Medikaments und aller weiteren Therapieschritte. Besonders am Anfang der Therapie wird der Arzt mehrmals nachfragen, wie das Medikament anschlägt, welche Nebenwirkungen auftreten und was sich in Bezug auf Schlaf, Antrieb etc. verändert.

Folgende Substanzklassen werden bei depressiven Erkrankungen eingesetzt:

- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)**
SSRI hemmen die Wiederaufnahme des Botenstoffs Serotonin in die Nervenendigungen (Präsynapse) und erhöhen dadurch die Konzentration von Serotonin im Spalt zwischen 2 Nervenzellen (Synaptischer Spalt). Beispiele sind Escitalopram, Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin.
- **Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)**
Die Wirkungsweise ist ähnlich wie bei den SSRI. Neben dem Botenstoff Serotonin wird hier auch die Konzentration von Noradrenalin erhöht. Beispiele sind Venlafaxin und Duloxetin.
- **Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)**
Auch TZA wirken ähnlich wie SSRI. Da TZA nicht gezielt (nicht selektiv) auf Serotonin und Noradrenalin wirken, sondern auch die „Andockstellen“ weiterer Botenstoffe blockieren, werden sie auch Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer genannt. Damit erzeugen sie auch mehr Nebenwirkungen. Beispiele sind Amitriptylin, Desipramin oder Doxepin.
- **Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer)**
Die Monoaminoxidase (MAO) ist ein Eiweißstoff (Enzym), der den Abbau von Serotonin und

Noradrenalin bewirkt. MAO-Hemmer verhindern, dass dieses Enzym wirksam werden kann. Diese Botenstoffe werden dann weniger stark abgebaut. Beispiele sind Moclobemid oder Tranylcypromin.

- **Alpha-2-Rezeptorantagonisten**

Alpha-2-Antagonisten verhindern, dass Stoffe, die die Bildung von Serotonin und Noradrenalin hemmen, wirksam werden können. Sie verstärken daher auf indirektem Weg die Wirkung der Botenstoffe. Beispiele sind Mianserin oder Mirtazapin.

- **Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (Bupropion)**

Der Wirkstoff Bupropion hemmt die Rückaufnahme der Botenstoffe Noradrenalin und Dopamin. Dadurch wird die Konzentration dieser Botenstoffe in bestimmten Hirnregionen erhöht.

- **Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonist (Agomelatin)**

Der Wirkstoff Agomelatin ahmt die Wirkung des Hormons Melatonin nach, welches für den Tag-Nacht-Rhythmus verantwortlich ist. Melatonin hat schlaffördernde Eigenschaften. Melatonin-Rezeptor-Agonisten binden Melatonin an Melatonin-Rezeptoren.

- **Lithium**

Lithium ist ein in der Natur vorkommendes Salz, das die Wirkung von Antidepressiva verstärkt. Es gehört nicht direkt zu den Antidepressiva, sondern zu jenen Medikamenten, die die Stimmung stabilisieren.

- **Johanniskraut**

Für Johanniskraut gibt es Studienhinweise zur Wirksamkeit bei leichter und mittelschwerer Depression. Johanniskrautpräparate sind in Apotheken frei erhältlich. Da Johanniskraut die Wirkung anderer Medikamente beeinträchtigen kann, sollte die Einnahme mit dem Arzt besprochen werden.

Allgemeine Hinweise zur Einnahme von Antidepressiva:

- Für die **Auswahl** des Antidepressivums gibt es keine einheitliche Regel, da es nicht möglich ist, verlässlich vorzusagen, ob und wann ein bestimmter Patient auf ein bestimmtes Antidepressivum ansprechen wird. Nicht selten sind mehrere Anläufe notwendig, bis das individuell passende Medikament gefunden wird.
- Bei der Einnahme von Antidepressiva sollte mit einer **niedrigen „Anfangsdosis“** begonnen und erst bei fehlender Besserung eine höhere Dosis genommen werden.
- Da die Nebenwirkungen oftmals vor der gewünschten Wirkung auftreten und sich auch die Symptome zunächst verstärken, muss die erste Zeit zunächst überwunden werden, bis eine Besserung eintritt. Die Wirkung der Antidepressiva setzt erst **nach ca. 1-3 Wochen** ein.
- Antidepressiva verschaffen meist eine Linderung der Symptome und können auch zu einer Heilung der Krankheit führen. Dazu müssen sie jedoch **regelmäßig und über einen längeren Zeitraum** eingenommen werden. Antidepressiva sollen **mindestens 4-9 Monate nach Besserung der Symptomatik** weiter eingenommen werden. Bei rezidivierenden Episoden wird eine Einnahme von mindestens 2 Jahren zur Langzeitprophylaxe empfohlen.
- Eine Therapie mit Antidepressiva sollte **nicht abrupt**, sondern schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen beendet werden. Auch die Dosis sollte nicht verändert werden, selbst wenn es zu einer Besserung kommt. Es besteht sonst die Gefahr eines Rückfalls.

3.1. Zuzahlung und Zuzahlungsbefreiung

Erwachsene Patienten müssen für viele Medikamente Zuzahlungen in Höhe von 10 % des Abgabepreises bezahlen, mindestens 5 € und höchstens 10 € - umgangssprachlich oft als "Rezeptgebühr" bezeichnet. Manche Arzneimittel sind von der Zuzahlung befreit. Näheres unter [Arznei- und Verbandmittel > Zuzahlung und Befreiung](#).

4. Psychotherapie

Die Psychotherapie orientiert sich an der jeweiligen Erkrankungsphase sowie den individuellen Möglichkeiten des Patienten und seiner Lebenssituation. Die therapeutische Beziehung kann helfen, sich zu reflektieren, zu spüren und sich über seine Gefühle Klarheit zu verschaffen. Langfristig kann sie helfen, Ursachen und/oder Auslöser für Depressionen auf die Spur zu kommen und die damit zusammenhängenden Konflikte zu entschärfen. Für den Erfolg einer Therapie ist es besonders wichtig, dass der Patient ernsthaft dazu bereit ist, sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen und an deren Bewältigung aktiv mitzuarbeiten.

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen im Sinne einer Krankenbehandlung. Für eine Psychotherapie ist eine Überweisung durch einen Arzt nicht erforderlich.

Details zu Therapeutensuche, Kostenübernahme, Antrag und Dauer unter [Psychotherapie](#).

5. Weitere nicht-medikamentöse Therapieverfahren

5.1. Elektrokrampftherapie (EKT)

Die EKT, auch elektrokonvulsive Therapie genannt, ist ein Verfahren, bei dem durch kurze Stromimpulse auf das Gehirn ein epileptischer Anfall ausgelöst wird. Der Strom wird über Elektroden, die außen am Kopf angebracht werden, übertragen. Der Eingriff wird unter Kurznarkose durchgeführt. Während der Akutbehandlung wird der Eingriff etwa 2-3 Mal pro Woche vorgenommen (ca. 10 Einzelbehandlungen). In der Regel tritt nach 2-4 Wochen eine Besserung ein. Da die Rückfallrate hoch ist, sollte sich an die Behandlung eine Erhaltungstherapie anschließen. Die Behandlungen erfolgen dann viel seltener, ca. einmal pro Woche oder Monat.

EKT ist als wirksame Behandlung therapieresistenter und schwerer depressiver Störungen anerkannt, wird aber nur dann eingesetzt, wenn alle anderen Therapieverfahren keinen Erfolg bringen. EKT ist ein sicheres Verfahren. Neben den üblichen Risiken einer Narkose können vorübergehende Gedächtnisstörungen oder Verwirrheitszustände auftreten. Auch Kopfschmerzen (z.B. Muskelkater) und Schwindel sind möglich. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass EKT bleibende Schäden am Gehirn verursacht.

5.2. Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

Bei der TMS werden durch starke Magnetfelder einzelne Bereiche der vorderen Gehirnhälften angeregt. Das Magnetfeld wird am Schädel mit Hilfe einer stromführenden Spule erzeugt. Die Behandlung ist für den Patienten nicht spürbar und erfolgt ohne Narkose. In der Regel erfolgt die Behandlung 3-6 Wochen, eine Sitzung dauert ca. 10-30 Minuten. TMS wird nur eingesetzt, wenn eine medikamentöse Behandlung keine Wirkung zeigt. In Deutschland wird diese Therapie noch wenig angeboten, da noch nicht genug Studienergebnisse über deren Wirksamkeit vorliegen.

5.3. Lichttherapie

Da Lichtmangel als Ursache der Winterdepression (SAD) vermutet wird, kann zur Unterstützung der medikamentösen und psychotherapeutischen Therapie eine Behandlung mit künstlichem Licht eingesetzt werden. Bei der Lichttherapie sitzt der Patient ca. 80 cm entfernt vor einer hellen, weißen Lichtquelle eines speziellen Lichttherapiegeräts, bei dem alle UV-Strahlen herausgefiltert werden. Die Lichttherapie erfolgt möglichst sofort nach dem Aufstehen für 30-40 Minuten. Dies bewirkt über die Reizung der Netzhaut und des Sehnervs eine vermehrte Ausschüttung von Serotonin. Die Behandlung dauert mehrere Tage bis Wochen, erste Effekte sind in der Regel nach 4 Tagen spürbar. Wenn der Patient die Lichttherapie gut verträgt, kann sie auch den ganzen Winter über durchgeführt werden. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht.

5.4. Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)

Bei der Wachtherapie darf der Patient eine ganze Nacht (vollständiger Schlafentzug) bzw. nur die zweite Nachthälfte (teilweiser Schlafentzug) sowie den darauf folgenden Tag nicht schlafen. Der Schlafmangel kann dazu führen, dass die Müdigkeit am Folgeabend so groß ist, dass die Patienten eine ganze Nacht durchschlafen. Das kann den Effekt haben, dass sie morgens ausgeruht und frisch erwachen und die Depression durchbrochen wird. Der Schlafmangel bewirkt eine schnelle, jedoch nur kurzfristige Besserung (ca. 1-2 Tage) der depressiven Symptome. Bei einer langen depressiven Phase kann dies jedoch einen Lichtblick bedeuten.

Wachtherapie sollte nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt und nur ergänzend zur medikamentösen und/oder [Psychotherapie](#) eingesetzt werden. In der Regel wird die Wachtherapie stationär durchgeführt.

Näheres Verhaltensweisen, die einen gesunden Schlaf fördern können, unter [Schlafhygiene](#).

6. Sonstige Unterstützungsangebote

6.1. Ergotherapie

Ergotherapie kann Patienten mit schweren Depressionen bei alltäglichen Erledigungen unterstützen. Ergotherapie wird immer begleitend zu anderen Therapien eingesetzt, oft während einer stationären Behandlung.

Ergotherapie gilt als [Heilmittel](#) und muss verordnet werden. Erwachsene Patienten zahlen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zu, eine [Zuzahlungsbefreiung](#) ist möglich.

6.2. Soziotherapie

Bei einer [Soziotherapie](#) handelt es sich um eine ambulante Betreuungsleistung für schwer psychisch kranke Menschen. Durch besondere Trainingsmaßnahmen und begleitende Unterstützung lernen schwer depressive Menschen wieder mehr Selbstständigkeit, wie z.B. die therapiegerechte Einnahme von Medikamenten, die eigenständige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie soziale Kompetenz. Adressen von

Soziotherapeuten können bei den Krankenkassen erfragt werden.

Versicherte müssen eine [Zuzahlung](#) von 10 % der kalendertäglichen Kosten der Soziotherapie leisten, jedoch mindestens 5 €, maximal 10 € pro Tag.

6.3. Häusliche psychiatrische Krankenpflege

Die [häusliche psychiatrische Krankenpflege](#) soll Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen dabei unterstützen, zu Hause ein eigenständiges Leben in der gewohnten Umgebung zu führen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und Behandlungsabbrüchen vorzubeugen. Durch die Pflege von Fachkräften vor Ort soll das Umfeld in die Behandlung miteinbezogen werden.

Patienten mit Depressionen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Näheres unter [Zuzahlungen Krankenversicherung](#).

6.4. Angebote zur Selbsthilfe

Depressive Patienten ziehen sich oft aus ihrem sozialen Umfeld zurück. **Selbsthilfegruppen** können dabei helfen wieder aktiv am Leben teilzunehmen. Selbsthilfegruppen werden auch für Angehörige angeboten. Essentiell bei Selbsthilfegruppen ist der Austausch mit anderen Betroffenen, die sich gegenseitig Halt, Mut, Motivation, Unterstützung und Informationen über die Krankheit geben. Die Gruppen sind in der Regel anonym und offen, sodass auch neue und ängstliche Mitglieder einen leichten Zugang finden. Ein Verzeichnis für die Suche nach Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe bietet die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter www.nakos.de > [Informationen](#) > [Basiswissen](#) > [Selbsthilfegruppe finden](#).

Neben der gemeinschaftlichen Selbsthilfe können auch **Selbsthilfebücher** bei leichten Depressionen hilfreich sein. Sie enthalten meist Ansätze aus der Verhaltenstherapie, die selbstständig von den Betroffenen umgesetzt werden können.

Es gibt zudem unterschiedliche Möglichkeiten der **Online-Therapie**, die bei leichten bis mittelschweren Depressionen eine effektive Hilfestellung leisten können. Einen Überblick über die verschiedenen Angebote finden Sie unter www.therapie.de > [Diagnosen \[&\] Therapien](#) > [Therapieformen](#) > [Online-Therapie](#) > [Liste Online-Therapie-Angebote](#).

6.5. Disease-Management-Programm (DMP)

DMP's sind strukturierte Behandlungsprogramme, bei denen der Hausarzt eine Lotsenfunktion übernimmt und alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer koordiniert. Das DMP soll dazu beitragen, dass die einzelnen Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden, die verschiedenen Leistungserbringer eng miteinander kooperieren und durch regelmäßige Verlaufskontrollen eine gute Behandlungsqualität sichergestellt wird.

Das DMP für Depressionen wurde 2019 beschlossen und richtet sich an Patienten mit chronischen Depressionen oder wiederholt auftretenden depressiven Episoden mittel- bis schwergradiger Ausprägung. Das gleichzeitige Vorliegen von psychischen oder körperlichen Erkrankungen stellt kein Ausschlusskriterium für eine Teilnahme am DMP dar. Tritt die Depression hingegen als Folge einer körperlichen Grunderkrankung auf, ist ein Einschreiben in das DMP nicht möglich, da hier die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund steht.

Die Einschreibung in ein DMP ist freiwillig und kann mit einer Frist von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen bei der Krankenkasse widerrufen werden. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine gesicherte Diagnosestellung durch einen Hausarzt oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Das DMP bei Depressionen hat folgende Ziele:

- Verminderung der depressiven Symptomatik mit dem Ziel eines vollständigen Rückgangs der Symptome
- Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung
- Verringerung der Sterblichkeitsrate, insbesondere durch Suizidalität und zusätzliche Erkrankungen
- Verbesserung der psychosozialen Fähigkeiten zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung
- Adäquate Behandlung von zusätzlich vorhandenen Erkrankungen (Komorbiditäten)
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Koordination der Behandlung und Langzeitbetreuung findet in der Regel durch den Hausarzt statt. In Ausnahmefällen können auch spezialisierte Leistungserbringer wie beispielsweise Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie diese Funktion übernehmen. Psychotherapeuten hingegen dürfen kein DMP anbieten.

Näheres unter [Disease-Management-Programm](#) .

7. Behandlung in psychiatrischen Kliniken/Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Im Krisenfall, insbesondere bei akuter Suizidgefährdung oder wenn bei schweren Depressionen lange Zeit keine Besserung eintritt, kann eine Behandlung in **psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrischen Abteilungen von Kliniken** notwendig werden. Bei fehlender Behandlungsbereitschaft und akuter Suizidalität muss die Krankenhauseinweisung mit Zustimmung des [Betreuungsgerichts](#) auch gegen den Willen des Patienten erwogen werden. Die stationäre Behandlung soll den Patienten schützen und ihn stabilisieren.

In der Regel ist an eine psychiatrische Klinik eine PIA angebunden, in der Patienten ambulant behandelt werden. Die Übergänge in der PIA sind fließend: sowohl zum ambulanten Bereich (z.B. Betreuung in einer Arzt- oder Psychotherapiepraxis) als auch zum stationären Bereich (Wiederaufnahme in die Klinik).

Die [Krankenhausbehandlung](#) wird von der Krankenkasse und in manchen Fällen auch vom Sozialhilfeträger getragen. Erwachsene Patienten müssen für die vollstationäre Krankenhausbehandlung 10 € pro Tag zuzahlen.

Unter bestimmten Umständen kann eine [Haushaltshilfe](#) beantragt werden.

8. Rehabilitation psychisch kranker Menschen

Die "Rehabilitation psychisch kranker Menschen", kurz RPK, ist ein spezieller Reha-Bereich, bei dem medizinische, berufliche und psychosoziale Hilfen aus der Hand eines multiprofessionellen Reha-Teams angeboten und Elemente der stationären und ambulanten Reha kombiniert werden.

RPK ist besonders für Menschen geeignet, die an einer schweren Depression leiden und hierdurch in ihrem sozialen und beruflichen Leben beeinträchtigt sind. Für den Reha-Teilnehmer wird, orientiert an seinem persönlichen Bedarf, ein Hilfeplan erstellt. Durch die enge Verzahnung aller dieser Leistungen kann auf die besonderen Bedürfnisse und die schwankende Leistungsfähigkeit sehr individuell eingegangen werden.

Angebote und Einrichtungen der RPK sind regional unterschiedlich. Weitere Informationen bietet die Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK. Eine wohnortnahe Reha-Einrichtung kann dort unter www.bagrpk.de > [Standorte](#) gesucht werden.

8.1. Weitere Reha-Informationen

Weitere Reha-Leistungen, die für Patienten mit Depressionen relevant sein können, finden Sie unter folgenden Stichpunkten:

- Allgemeines zu Leistungen der [Medizinischen Rehabilitation](#) inklusive ambulante und stationäre Medizinische Reha
- [Stufenweise Wiedereingliederung](#)
- [Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter](#)

8.2. Praxistipps

- Damit auch im Krisenfall die behandelnden Ärzte über die aktuelle Medikation, Behandlungsvereinbarungen, weitere Erkrankungen sowie über spezielle Behandlungswünsche des Patienten informiert sind, bietet der Psychiatrie Verlag einen sog. **Krisenpass** an. Der Link zum Herunterladen unter: www.psychiatrie-verlag.de/service/nuetzliche-materialien-zum-download.html .
- Für die Behandlung von Depressionen gibt es anerkannte Nationale Versorgungsleitlinien (NVL):
 - Die **Patienten** leitlinie „Depression“ ist unter www.awmf.org > [Suchbegriff „Unipolare Depression“ > Patientenleitlinie](#) zu finden.
 - Die Leitlinie für **Fachleute** findet sich unter www.awmf.org > [Suchbegriff „Unipolare Depression“ > Langfassung](#) .

9. Verwandte Links

[Ratgeber Depressionen](#)

[Depressionen](#)

[Depressionen > Allgemeines](#)

[Depressionen > Angehörige und Betroffene](#)

[Depressionen > Ernährung](#)

[Depressionen > Sport](#)

[Depressionen > Behinderung](#)

[Depressionen > Urlaub](#)

[Depressionen > Adressen](#)