

„Deprescribing“ in DGPPN-S3-Leitlinien – eine systematische Analyse

Selina Seitz¹ · Alkomiet Hasan^{1,2} · Wolfgang Strube¹ · Elias Wagner^{1,3} · Stefan Leucht^{2,4} · Theresa Halm¹

¹ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland

² Deutsches Zentrum für psychische Gesundheit (DZPG), Standort München/Augsburg, Deutschland

³ Evidenzbasierte Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland

⁴ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Die geplante Reduktion und das Absetzen von Medikamenten oder von Psychotherapien im Sinne eines „deprescribing“ stellen kritische Phasen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung dar. Diese Arbeit zielt darauf ab, bestehende Empfehlungen zum „deprescribing“ in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu evaluieren, um einen potenziellen Forschungsbedarf zu identifizieren.

Methodik: Durch eine systematische Analyse der DGPPN-S3-Leitlinien wurden Informationen zum „deprescribing“ von Medikation oder Psychotherapie untersucht und miteinander in Beziehung gesetzt.

Ergebnisse: Hinsichtlich des „deprescribing“ von Medikation zeigte sich anhand der durchgeführten Analyse, dass acht der 20 untersuchten S3-Leitlinien Informationen sowohl in Form von Empfehlungen als auch im Hintergrundtext beinhalten. Im Hinblick auf Psychotherapien wurden zwei Leitlinien gefunden, die Empfehlungen zum „deprescribing“ aussprechen.

Diskussion: Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, die Leitlinien um evidenzbasierte Empfehlungen zum „deprescribing“ zu erweitern. Zukünftige Forschung sollte sich auf die Entwicklung spezifischer, übergeordneter und evidenzbasierter Leitlinien konzentrieren, die sowohl medizinisches Personal als auch Patientinnen und Patienten in diesen kritischen Therapiephasen unterstützen.

Schlüsselwörter

Absetzen · Dosisreduktion · Psychopharmaka · Psychotherapie · Guidelines

Die Reduktion oder das Absetzen von Medikamenten sowie von Psychotherapie im Sinne eines „deprescribing“ stellen sowohl für Behandelnde als auch für Betroffene selbst eine herausfordernde Phase in der Therapie von psychischen Erkrankungen dar. Jene Herausforderung bedarf fundierter Entscheidungshilfen und Behandlungsstrategien, um sowohl positive als auch negative Aspekte des „deprescribing“ wahrnehmen, transparent kommunizieren und behan-

deln zu können. S3-Leitlinien beinhalten evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen und ermöglichen somit ein strukturiertes Vorgehen im klinischen Setting. Die Thematisierung des „deprescribing“ in den verfügbaren DGPPN-S3-Leitlinien wird in diesem Beitrag untersucht.

Hintergrund und Fragestellung

Das geplante und begleitete Reduzieren, Ausschleichen und Absetzen von Medikamenten („deprescribing“) sowie die Beendigung von Psychotherapie stellen sowohl für Behandelnde als auch für Betroffene selbst eine besondere Herausforderung in der Therapie psychischer Erkrankungen dar. Dieser Prozess kann ein entscheidender Faktor für den Therapieerfolg, die Lebensqualität sowie für den Gesundheitszustand von Patient:innen sein, jedoch ebenfalls zu einer erneuten Verschlechterung von Symptomen sowie zu einem Rückfall der Erkrankung führen. Der langfristige, gleichzeitige Gebrauch verschiedener Arzneimittel kann unter anderem das Auftreten sowie die Intensität von Nebenwirkungen erhöhen, eine Toleranzentwicklung bzw. den Wirkungsverlust von Wirkstoffen begünstigen sowie im Falle einer Polypharmazie zu einem erhöhten Risiko von Medikamenteninteraktionen führen. Zeitgleich erlaubt die langfristige Nutzung von z. B. Antidepressiva oder Antipsychotika eine langjährige Rezidivfreiheit [25, 29], sodass hier ein Spannungsfeld vorliegt. Die kürzlich publizierte RADAR-Studie konnte in diesem Zusammenhang in der Folge des „deprescribing“ von Antipsychotika die erwartete Zunahme der Erkrankungsrezidive, aber keinen Vorteil in Bezug auf das soziale Funktionsniveau durch die Medikamentenreduktion zeigen [27]. Aktuell wird eine kontroverse Debatte über das „deprescribing“ von Medikation geführt, in der die Risiken der Dosisreduktion und des Absetzens mit möglichen, aber nicht immer wissenschaftlich belegten Vorteilen abgewogen werden.

Das Thema des „deprescribing“ verordneter Medikation ist seit einiger Zeit insbesondere in der Altersmedizin im Fokus, gewinnt aber zunehmend auch an Bedeutung für die gesamte Psychiatrie und Psychotherapie. In diesem Kontext zeigte ein Umbrella-Review aus 26 systematischen Übersichtsarbeiten zu den Auswirkungen von Polypharmazie bei älteren Patient:innen im Alter von ≥ 65 Jahren einen positiven Zusammenhang zwischen Polymedikation und Gebrechlichkeit, Mangelernährung sowie unterschiedlichen Symptomen chronischer Erkrankungen [3]. Des Weiteren wies eine systema-

tische Übersichtsarbeit und Metaanalyse, die mittels 74 eingeschlossener Studien den Zusammenhang zwischen Polypharmazie und Sterblichkeitsrate untersuchte, einen moderaten Zusammenhang zwischen der gleichzeitigen Einnahme von sechs bis neun Medikamenten und der Sterblichkeitsrate nach [26]. In der klinischen Praxis ist die Polypharmazie eher die Regel als die Ausnahme.

Neben dem „deprescribing“ von Medikamenten stellt ebenso das „deprescribing“ von Psychotherapie eine potenziell kritische Phase in der Behandlung dar. Hier sind andere Aspekte zu beachten als beim klassischen „deprescribing“ einer Medikation – auch der Begriff des „deprescribing“ mag nicht ganz passend sein, aber im Sinne einer konzeptionellen Harmonisierung verwenden wir den Begriff auch für diesen Prozess. Gründe für die Reduktion der Sitzungsfrequenz („Dosisreduktion“) und die Beendigung der Psychotherapie („Absetzen“) sind neben dem Erreichen des Therapieziels oft das Auslaufen der Kostenübernahme und die Überführung der therapeutischen Maßnahmen in eine eigenständige Integration in den Lebensalltag. Sowohl für psychologische und ärztliche Psychotherapeut:innen als auch für die Betroffenen kann die Entscheidung zur Beendigung psychotherapeutischer Maßnahmen sowie insbesondere die Wahl eines angemessenen Zeitpunkts eine immense Herausforderung bedeuten. Die Beendigung einer Psychotherapie kann sich vor allem dann als zunehmend komplex erweisen, wenn die Ansichten des Behandelnden und der Patient:in nicht übereinstimmen.

Vor diesem Hintergrund wird die Relevanz evidenzbasierter Verfahren zum „deprescribing“ von Pharmako- oder Psychotherapie deutlich, um medizinisches Personal, Patient:innen sowie Angehörige und andere Vertrauenspersonen bei Entscheidungen zur Optimierung der Patientenversorgung bestmöglich zu unterstützen und die Nachvollziehbarkeit dieser zu gewährleisten. Die DGPPN-S3-Leitlinien, die den höchsten Standard für klinische Empfehlungen in der Behandlung psychischer Erkrankungen setzen, bieten umfassende Empfehlungen für Diagnose, Behandlungsplanung und Durchführung von Therapien an. Jedoch bleibt die systematische

Auseinandersetzung mit dem Thema des „deprescribing“ oft unzureichend. Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine systematische Evaluation der in den S3-Leitlinien vorhandenen Angaben zum „deprescribing“ von Pharmako- oder Psychotherapie, um potenzielle Lücken in medizinischen Praxisleitlinien zu identifizieren. Unabhängig von den kontroversen Debatten zum Thema und wesentlichen konzeptionellen Unterschieden zwischen „deprescribing“ im klassischen Sinne bei Medikation und im übertragenen Sinne bei Psychotherapie sind Leitlinienempfehlungen zum Vorgehen bei „deprescribing“ wichtig.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Die vorliegende Analyse basiert auf einer systematischen Evaluation der S3-Leitlinien der DGPPN. Die für diese Arbeit analysierten Leitlinien wurden federführend oder unter maßgeblicher Beteiligung durch die Fachgesellschaft der DGPPN erstellt und gemäß der Aufstellung auf der DGPPN-Homepage ausgewählt. Eingeschlossen wurden Leitlinien der Qualitätsstufe S3, welche zum Zeitpunkt der Analyse (Stand Februar 2024) frei zugänglich aus dem Register der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eingesehen werden konnten (siehe Tab. 1). Für jede Leitlinie wurden jeweils die federführende(n) Gesellschaft(en), der Titel der Leitlinie, das Jahr der letzten Aktualisierung sowie das Vorkommen von Angaben zum „deprescribing“ in Form von Empfehlungen (mit Empfehlungsgraden) erfasst und in eine Tabelle übertragen, um eine quantitative Aussage über das Vorkommen (Prävalenz der Angaben) treffen zu können. Es wurde zwischen Hintergrundtext und Empfehlung differenziert. Bei der Analyse der Leitlinien wurden die Volltexte nach Angaben „deprescribing“ von Medikamenten und von Psychotherapie gescreent. Dabei wurden vorab von den Autorinnen SS und TH folgende Kriterien festgelegt: 1. Thematisierung der Implikationen zum „deprescribing“ von Medikamenten und/oder von Psychotherapie für den weiteren Krankheitsverlauf, 2. Schilderungen geeigneter bzw. ungeeigneter Zeitpunkte zur Termination und 3. kon-

Tab. 1 Charakteristika der eingeschlossenen S3-Leitlinien							
Federführung	Titel	Letzte Aktualisierung	„Deprescribing“ Medikation		„Deprescribing“ Psychotherapie		Empfehlungen ¹
			Empfehlung(en)	Hintergrundtext	Empfehlung(en)	Hintergrundtext	
DGPPN, DGKJP, DGSPJ	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [15]	2018	+	+	+	-	1.4.6.7 (KKP) 1.4.6.14 (KKP) 1.4.6.2 (KKP)
DGPPN	Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen [7]	2018	-	+	-	-	-
DGPPN, DG-Sucht	Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [20]	2021	-	-	-	-	-
DGPM	Behandlung von Angststörungen [6]	2021	-	+	-	+	-
DGPPN, DGKJP	Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik [13]	2016	-	-	-	-	-
DGPPN, DGKJP	Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 2: Therapie [14]	2021	-	-	-	-	-
DGPPN, DGBS	Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen [12]	2019	-	+	-	-	-
DGPPN	Borderline-Persönlichkeitsstörung [10]	2022	+	+	-	-	20 (KKP) 25 (KKP)
DGPPN, DGN	Demenzen [16]	2023	+	+	-	-	84 (B) 97 (B)
BÄK, KBV, AWMF	Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression [1]	2022	+	+	+	+	4-15 (A) 4-16 (B) 4-17 (A) 4-18 (A) 4-19 (A) 4-20 (O) 4-21 (A) 4-22 (A) 4-23 (A) 7-13 (B)
Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.	Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms [4]	2017	+	+	-	-	5 57 (KKP)
DGKiM	Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik [5]	2019	-	-	-	-	-
DGPPN, DG-Sucht	Medikamentenbezogene Störungen [18]	2020	+	+	-	-	3.1-6 (A) 3.2-1 (A) 3.2-6 (A) 3.2-16 (O) 3.2-2 (B) 3.2-3 (B) 3.2-4 (Statement) ^a 3.2-5 (B)
DGPPN, DG-Sucht	Methamphetamin-bezogene Störungen [17]	2016	-	+	-	-	-
DeGPT	Posttraumatische Belastungsstörung [2]	2019	-	+	-	-	-
DKG	Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten [21]	2014	-	+	-	-	-
DGPPN	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [9]	2019	-	-	-	-	-
DGPPN	Schizophrenie [8]	2019	+	+	-	-	26 (KKP) 27 (KKP) 31 (KKP) 54 (KKP)
DGPPN, DG-Sucht	Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung [19]	2020	-	+	-	-	-

Tab. 1 (Fortsetzung)							
Federführung	Titel	Letzte Aktualisierung	„Deprescribing“ Medikation		„Deprescribing“ Psychotherapie		Empfehlungen ¹
			Empfehlung(en)	Hintergrundtext	Empfehlung(en)	Hintergrundtext	
DGPPN	Zwangsstörungen [11]	2022	+	+	–	–	6-27 (KKP) 10-6 (KKP) 6-4 (KKP) 6-10 (KKP)

AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, *BÄK* Bundesärztekammer, *DGBS* Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, *DGKJP* Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, *DGKiM* Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, *DGPM* Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, *DGPPN* Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, *DG-Sucht* Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, *DGSPJ* Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, *DGN* Deutsche Gesellschaft für Neurologie, *DeGPT* Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie, *DKG* Deutsche Krebsgesellschaft, *KBV* Kassenärztliche Bundesvereinigung

¹Empfehlungsgrade nach AWMF-Regelwerk

^aDas Statement wird von der Autorengruppe unter den Empfehlungen gelistet und wird daher hier in der Tabelle aufgeführt: Klinischer Konsenspunkt; Abstimmungsergebnis: 93 %

krete Strategien zum „deprescribing“ von Medikamenten bzw. von Psychotherapien (z.B. Ausschleichen, abruptes Absetzen etc.). Nach erfolgter unabhängiger Analyse beider Autorinnen (SS und TH) wurden die Tabellen zunächst bilateral diskutiert und daraus resultierend eine konsensbasierte Tabelle erstellt, um eine valide Ergebnispräsentation zu gewährleisten. Bei offenen Fragen wurden diese mit einem weiteren Autor (AH) besprochen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 20 S3-Leitlinien in die vorliegende Analyse eingeschlossen (siehe Tab. 1). Hinsichtlich des „deprescribing“ von Medikation zeigte sich, dass sieben der eingeschlossenen Leitlinien als den letzten Deprescribing-Schritt das Absetzen von Medikation ausschließlich im Hintergrundtext thematisierten [2, 7, 8, 13, 18, 20, 22]. Fünf S3-Leitlinien beinhalteten keinerlei Informationen hierzu [6, 10, 14, 15, 21]. Weitere acht der eingeschlossenen S3-Leitlinien beinhalteten Informationen sowohl in Form von Empfehlungen als auch im Hintergrundtext ([1, 5, 9, 11, 12, 16, 17, 19]; siehe Tab. 1 und Abb. 1). In den Leitlinien konnte eine Gesamtanzahl von 34 Empfehlungen identifiziert werden, die Informationen zum „deprescribing“ von Medikamenten im Sinne eines Absetzens von Medikation enthielten. Die höchste Anzahl an Empfehlungen wies hierbei die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression auf [1], die sieben Empfehlun-

gen mit Empfehlungsgrad A, zwei Empfehlungen mit Empfehlungsgrad B sowie eine offene Empfehlung enthielt. Des Weiteren wurden in der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen [19] insgesamt drei Empfehlungen zum Absetzen von Medikation mit Empfehlungsgrad A, drei Empfehlungen mit Empfehlungsgrad B, ein Statement sowie eine offene Empfehlung ermittelt. Hier muss einschränkend diskutiert werden, dass diese Leitlinie nicht das klassische „deprescribing“ meint, sondern es um eine Entzugsbehandlung geht. Die S3-Leitlinie Schizophrenie [9] thematisierte das „deprescribing“ von Antipsychotika in vier Empfehlungen mit Empfehlungsstärke KKP. Ebenfalls vier Empfehlungen mit der Empfehlungsstärke KKP wurden in der S3-Leitlinie Zwangsstörungen [12] identifiziert, von denen jedoch zwei ausschließlich auf die Beachtung von Absetzschwierigkeiten hinwiesen. Darüber hinaus umfasste die S3-Leitlinie ADHS drei Empfehlungen der Empfehlungsstärke KKP [16], die das „deprescribing“ von Medikation thematisierten. Die Leitlinien Borderline-Persönlichkeitsstörungen [11] sowie Demenzen [17] inkludierten jeweils zwei Empfehlungen, die in der Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörungen eine Empfehlungsstärke KKP und in der Leitlinie Demenzen den Empfehlungsgrad B aufwiesen. Hierbei wies jeweils eine der beiden Empfehlungen in beiden Leitlinien jedoch lediglich auf die Vermeidung von Polypharmazie hin. Zudem konnte in der S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom eine Empfehlung mit

Empfehlungsstärke KKP identifiziert werden.

Hinsichtlich des „deprescribing“ von Psychotherapie wurde ausschließlich in den Leitlinien Unipolare Depression [1] sowie ADHS [16] jeweils eine Empfehlung identifiziert (siehe Tab. 1). Während die Empfehlung der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression den Empfehlungsgrad A aufwies, basierte die Empfehlung der S3-Leitlinie ADHS auf KKP und betraf zudem die Betroffenengruppe der Kinder im Vorschulalter, wodurch diese separiert von den in dieser Analyse dargestellten Empfehlungen zu betrachten ist. Tab. 1 zeigt auch die Verweise auf die jeweiligen Empfehlungen in den Quellleitlinien und die online verfügbare supplementäre eTabelle 1S stellt die jeweiligen Texte der Empfehlungen zusammen. Die Abb. 1 illustriert die Verteilung von Empfehlungen und Hintergrundtexten zum Thema „deprescribing“ der Medikation.

Diskussion

Unsere Analyse offenbarte, dass das „deprescribing“ von Medikation innerhalb der DGPPN-S3-Leitlinien mehrheitlich nur erwähnt und selten detailliert ausgeführt wird. Insbesondere die differenzierte Betrachtung der Empfehlungsgrade und die Prävalenz der Thematisierung in den Leitlinien weisen auf Lücken in der systematischen Auseinandersetzung mit dem „deprescribing“ von Medikamenten hin.

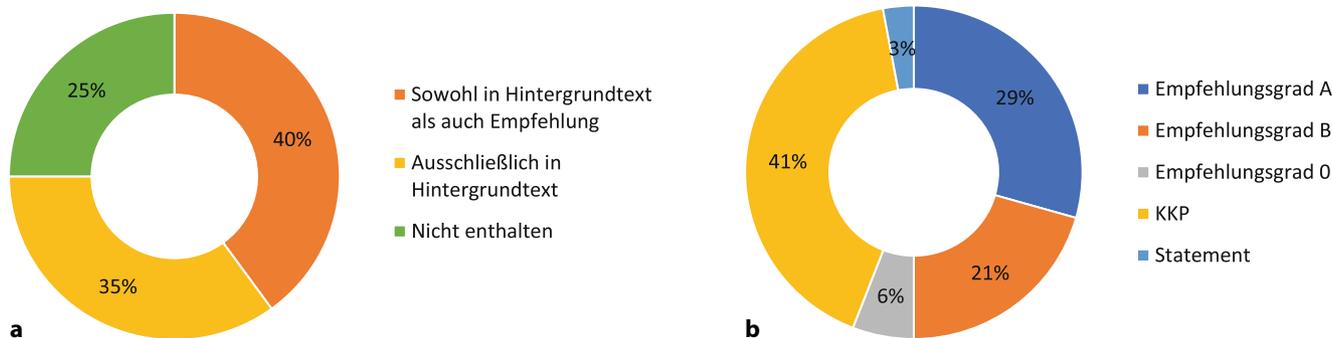


Abb. 1 ▲ Darstellung der Verteilung von Empfehlungen und Hintergrundtexten zum Thema „deprescribing“ der Medikation. **a** Prävalenz der Angaben zum Absetzen von Medikation in den eingeschlossenen S3-Leitlinien (N = 20) in Prozent, **b** Anteile der Empfehlungsgrade der identifizierten Empfehlungen zum Absetzen von Medikation (N = 34) in Prozent

Der identifizierte Mangel an evidenzbasierten Empfehlungen und Strategien zum „deprescribing“ von Medikation konnte darüber hinaus bereits in anderen Fachbereichen nachgewiesen werden. So fand eine entsprechende Übersichtsarbeit nur sieben allgemein gefasste Deprescribing-Leitlinien, die in ihrer Effektivität bislang kaum untersucht und überwiegend für den geriatrischen Bereich entwickelt worden sind [30]. Ein kürzlich publizierter Umbrella-Review aus zwölf systematischen Reviews und einer Gesamtstichprobengröße von 44.193 Patient:innen zur Fragestellung der Effektivität von „deprescribing“ im Hinblick auf unterschiedliche gesundheitliche Auswirkungen zeigte, dass „deprescribing“ die Gesamtanzahl an Medikamenten (Polypharmazie) sowie die Anzahl potenziell inadäquater Medikamente (PIM) bei älteren Personen signifikant reduzierte und die Sterblichkeitsrate in palliativen Settings um ca. 41 % senkte [31]. Unberücksichtigt blieben allerdings im Rahmen des Umbrella-Reviews psychiatrische Settings sowie psychiatrische Polypharmazie, wodurch eine Übertragbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse auf die hier beleuchtete Fragestellung kaum möglich ist. Daher ist festzustellen, dass die meiste Literatur zum Thema „deprescribing“ derzeit für den Bereich der Altersmedizin verfügbar ist – umso überraschender ist das nahezu vollständige Fehlen dieses Themas in der kürzlich unter der Mitwirkung der DGPPN publizierten S3-Leitlinie Demenzen.

Eine Übersichtsarbeit zum „deprescribing“ von Antidepressiva zeigte, dass es keine klare Evidenz gibt, die Ärzt:innen bei diesem Prozess unterstützen kann [28]. Dennoch ist die Nationale Versorgungs-

Leitlinie Depression diejenige deutschsprachige psychiatrische S3-Leitlinie, die sich dem Thema des „deprescribing“ im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting am meisten widmet. Hierbei werden neben Empfehlungen zum Monitoring hinsichtlich klinischer Symptomatik, Nachbeobachtungszeitraum und Wiedervorstellungsfrequenz klare Handlungsempfehlungen zum durchschnittlich einzuplanenden Zeitraum für „deprescribing“ und zur Risikoaufklärung gegeben. Ferner wird das Vorgehen bei Einnahme von Kombinationstherapien und bei Auftreten von Absetzphänomenen adressiert und im Kontext klinischer Szenarien beschrieben, wann ein schrittweises Vorgehen oder ein abruptes Auslassen erfolgen sollte. An dieser Stelle weisen wir auf die im September 2023 angemeldete Entwicklung einer Leitlinie der DEGAM und der DGPPN zum „deprescribing“ bei der Langzeittherapie mit Antidepressiva und Hypnotika in der Hausarztpraxis (AWMF-Registernummer 053-064) hin. Weiterhin sind in England die „Maudsley Deprescribing Guidelines. Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentins and Z-drugs“ verfügbar. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass die Maudsley-Leitlinien keine evidenz- und konsensusbasierte Leitlinien mit pluralistischer Zusammensetzung der Leitliniengruppe gemäß dem S3-Standard darstellen.

Im Hinblick auf das „deprescribing“ von Psychotherapie existieren verschiedene theoretisch-praktische Ansätze und Modelle, aber das Thema findet sich nicht in den untersuchten Leitlinien. Die Auswirkungen der in jenen Modellen beschriebenen Strategien zur Therapiebeendigung

wurden jedoch bislang empirisch kaum untersucht. Betont wird, dass die Abschlussphase einer Therapie als krisenhaft erlebt werden kann und daher individuelle Aspekte der Beziehungsgestaltung zwischen Patient:innen und Therapeut:innen mitberücksichtigt werden sollten. Vorhandene Studien und Übersichtsarbeiten beleuchteten überwiegend durch Patient:innen initiierte Therapieabbrüche im Sinne von fehlender Adhärenz oder Dropouts [23]. Falls die fehlende Adhärenz nicht die Beendigung der Psychotherapie definiert, ist zudem ein Auslaufen der Kostenübernahme für die Fortführung der Therapie als mögliche Ursache für eine Therapiebeendigung zu nennen. Ein strukturiertes Vorgehen im Sinne eines „deprescribing“ spielte in den untersuchten Leitlinien kaum eine Rolle. Aufgrund des augenscheinlichen Mangels wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Prozess des „deprescribing“ von Psychotherapie zeigt sich hier ein großer Forschungsbedarf. Generell zeigen die Daten über verschiedene psychische Erkrankungen, dass die Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie in Bezug auf die symptomatische Verbesserung am wirksamsten ist [24]. Vor diesen Hintergründen sollten Maßnahmen ergriffen werden, die die Reduktion oder Beendigung einer pharmakologischen oder psychotherapeutischen Behandlung nicht individuellen Faktoren (z.B. Non-Adhärenz), Systemfaktoren (z.B. Kostengründe, sozioökonomischer Status) oder dem Zufall überlassen. Unbenommen ist jedoch die Tatsache, dass die Non-Adhärenz gegenüber allen Therapien, jedoch v.a. Pharmakotherapie, in der klinischen Praxis eher die Regel als die Ausnah-

me ist. Hier können gut kommunizierte Deprescribing-Konzepte im Kontext der partizipativen Entscheidungsfindung eine Möglichkeit sein, das Vertrauen in psychiatrisch-psychotherapeutische Therapien zu erhöhen.

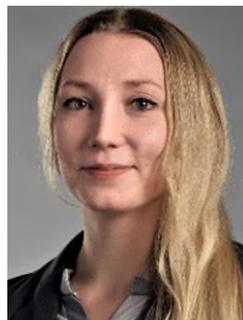
Limitationen

Die durchgeführte Analyse weist folgende Limitationen auf: Zum einen wurden ausschließlich S3-Leitlinien der DGPPN eingeschlossen, wodurch die Vielfalt und Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt werden könnte. Zudem wurden ausschließlich deutsche Leitlinien berücksichtigt, was die internationale Anwendbarkeit der Ergebnisse begrenzt. Ferner wurde die klinische Relevanz der identifizierten Empfehlungen für das „deprescribing“ nicht anhand vorab definierter Kriterien bewertet. Schließlich haben wir zu Beginn des Artikels auf konzeptionelle Unterschiede im „deprescribing“ von Medikation und Psychotherapie hingewiesen, die aus methodischen Gründen der Analysen der Leitlinie hier nicht in den Vordergrund gestellt worden sind. Die Empfehlungsgrade (A, B, O sowie ↑↑, ↑, ⇔, ↓, ↓↓) in den analysierten AWMF-Leitlinien basieren auf einem mehrstufigen Abstimmungsprozess im Rahmen eines formalen Konsensverfahrens (nominaler Gruppenprozess). Dabei wird nicht nur die wissenschaftliche Evidenz aus Studien oder Metaanalysen gewürdigt. Der Empfehlungsgrad A basiert im Kontext des „deprescribing“ (v. a. NVL Unipolare Depression) somit nicht ausschließlich auf der Datenlage durch hochwertige RCT oder Metaanalysen mit einem geringen Verzerrungsrisiko. Am Beispiel der NVL Unipolare Depression ist ersichtlich, dass die Leitliniengruppe andere Kriterien (z. B. pharmakokinetische oder ethische Überlegungen sowie klinische Erfahrung) für die Festlegung eines hohen Empfehlungsgrads gewählt hat. Bei der Auseinandersetzung mit Empfehlungen zum „deprescribing“ sind daher immer die zugrunde liegende Datenbasis und Evidenzbasis zu prüfen [4].

Fazit für die Praxis

- Unsere Analyse verdeutlicht, dass eine systematische Auseinandersetzung mit Verfahren zum „deprescribing“ in S3-Leitlinien erforderlich ist.
- Es bedarf einer stärkeren Fokussierung auf die Entwicklung und Implementierung von evidenzbasierten Empfehlungen, die medizinisches Personal, Patient:innen sowie deren Angehörige und andere Vertrauenspersonen unterstützen.
- Hierzu müssen mehr klinischen Studien oder clusterrandomisierte Implementierungsstudien zum Thema durchgeführt werden.
- Die Entwicklung spezifischer und generischer Leitlinien, die klare Kriterien und Prozesse für das „deprescribing“ in der Psychiatrie und Psychotherapie definieren, ist im Sinne des Prinzips der Sicherheit und Zielgruppenorientierung der evidenzbasierten Medizin von wesentlicher Bedeutung.

Korrespondenzadresse



Selina Seitz, M. A.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg
Augsburg, Deutschland
selina.seitz@med.uni-augsburg.de

Förderung. Gefördert durch das DZPG (Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit) (FKZ: 01EE2303C)

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Hasan erhielt Vortragshonorare von AbbVie, Advanz, Janssen, Otsuka, Rovi, Recordati und Lundbeck. Er war Mitglied in Advisory Boards für Boehringer Ingelheim, Janssen, Otsuka, Rovi, Recordati und Lundbeck. Einladungen zu Kongressen oder anderen Aktivitäten wurden nicht angenommen. Er ist Herausgeber der AWMF-S3-Leitlinie Schizophrenie. W. Strube erhielt Vortragshonorare von MAG & More (neurocare), Recordati und Rovi. Er war Mitglied in Advisory Boards von Recordati, Janssen und Boehringer

Ingelheim. Einladungen zu Kongressen oder anderen Aktivitäten wurden nicht angenommen. E. Wagner war Mitglied in Advisory Boards von Recordati und Boehringer Ingelheim. S. Leucht erhielt Honorare für Beratung und/oder Vorträge und/oder Lehrmaterial von Angelini, Boehringer Ingelheim, Eisai, Ekademia, Gedeon Richter, Janssen, Karuna, KyneXis, Lundbeck, Medichem, Medscape, Mitsubishi, Neurotorium, Otsuka, Novo Nordisk, Recordati, Rovi, Teva. S. Seitz und T. Halms geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. BÄK, KBV, AWMF (2022) Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>
2. DeGPT (2019) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
3. Delara M, Murray L, Jafari B et al (2022) Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and Meta-analysis. BMC Geriatr 22(1):601
4. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. <https://dev.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>
5. Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (2017) S3-Leitlinie Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-004>
6. DGKIM (2019) S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069>
7. DGPM (2021) S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028>
8. DGPPN (2018) S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022>
9. DGPPN (2019) S3 Leitlinie Schizophrenie. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>
10. DGPPN (2019) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020>
11. DGPPN (2022) S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015>
12. DGPPN (2022) S3-Leitlinie Zwangsstörungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017>
13. DGPPN DGBS S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019>
14. DGPPN, DGKJP (2016) S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-018>
15. DGPPN, DGKJP (2021) S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 2: Therapie. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047>

16. DGPPN, DGKJP, DGSPJ (2018) S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045>
17. DGPPN, DGN (2023) S3-Leitlinie Demenzen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>
18. DGPPN, DG-Sucht (2016) S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eeae591a/S3-LL-Methamp hetamin_lang.pdf
19. DGPPN, DG-Sucht (2020) S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-025>
20. DGPPN, DG-Sucht (2021) S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006>
21. DGPPN, DG-Sucht (2021) S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001>
22. DKG (2023) S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-0510L>
23. Gersh E, Hallford DJ, Rice SM et al (2017) Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 52:25–33
24. Huhn M, Tardy M, Spinelli LM et al (2014) Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 71(6):706–715
25. Kishi T, Ikuta T, Sakuma K et al (2023) Antidepressants for the treatment of adults with major depressive disorder in the maintenance phase: a systematic review and network meta-analysis. *Mol Psychiatry* 28(1):402–409
26. Leelakanok N, Holcombe AL, Lund BC et al (2017) Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc* 57(6):729–738.e10
27. Moncrieff J, Crellin N, Stansfeld J et al (2023) Antipsychotic dose reduction and discontinuation versus maintenance treatment in people with schizophrenia and other recurrent psychotic disorders in England (the RADAR trial): an open, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*:848–859
28. Romagnoli A, Zovi A, Santoleri F et al (2024) Antidepressant deprescribing: State of the art and recommendations—A literature overview. *Eur J Clin Pharmacol* 80(3):417–433
29. Schneider-Thoma J, Chalkou K, Dörries C et al (2022) Comparative efficacy and tolerability of 32 oral and long-acting injectable antipsychotics for the maintenance treatment of adults with schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 399(10327):824–836
30. Scott I, Anderson K, Freeman C (2017) Review of structured guides for deprescribing. *Eur J Hosp Pharm* 24(1):51–57
31. Veronese N, Gallo U, Boccardi V et al (2024) Efficacy of deprescribing on health outcomes: An umbrella review of systematic reviews with meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing Res Rev* 95:102237

Deprescribing in DGPPN S3 guidelines—a systematic analysis

Background: Deprescribing of medication or psychotherapy represents a critical phase in treatment. The aim of the work is to systematically analyze recommendations for deprescribing medication and discontinuation of psychotherapy in the evidence- and consensus-based S3 guidelines of the German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (DGPPN) to identify potential research gaps.

Methods: A systematic analysis of the DGPPN S3 guidelines to investigate and compare information and recommendations on deprescribing.

Results: Regarding deprescribing of medication, our analysis showed that eight of the 20 included S3 guidelines contain information both in the form of recommendations and background information. Regarding psychotherapy, only two guidelines provided information on deprescribing.

Conclusion: Our results highlight the need to expand guidelines to include evidence-based recommendations for deprescribing medication or discontinuation of psychotherapy. Future research should focus on the development of specific, generic, and evidence-based guidelines that support both medical staff and patients during these critical phases of therapy.

Keywords

Discontinuation · Dosis reduction · Psychotropic medication · Psychotherapy · Guidelines