

Der Begriff der Therapieresistenz bei unipolaren depressiven Störungen aus medizinischer und aus rechtlicher Sicht – eine Standortbestimmung im Nachgang zu BGE 9C_13/2016*

Roman Schleifer**/Ueli Kieser***/Alexander Gamma**/Volker Dittmann****/Gerhard Ebner*****/Fulvia Rota+/
Josef Hättenschwiler**/Ralph Mager***/Marc Walter****/Erich Seifritz*****/Michael Liebrecht**

Der Beitrag befasst sich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur allfälligen invalidisierenden Wirkung bestimmter depressiver Störungen. Dabei steht für das Bundesgericht im Zentrum, ob die betreffende Einschränkung therapieresistent ist. Das Bundesgericht legt dar, dass es sich um seltene Konstellationen handle, in denen bei Depressionen leichter oder mittelgradiger Natur eine Therapieresistenz bestehe.

Im Beitrag wird aus medizinischer Sicht eine Definition der chronischen depressiven Störung und der therapieresistenten Depression gegeben. Dabei wird genau untersucht, wann eine Therapieresistenz angenommen werden muss. Bei chronischen Verläufen mit einer z.T. mehrjährigen Krankheitsdauer kann aus medizinischer Sicht nicht mehr mehrheitlich von einer günstigen Prognose ausgegangen werden. Mindestens in 40% dieser chronifizierten Fälle besteht eine echte Therapieresistenz.

La contribution traite de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux éventuelles incidences invalidantes de certaines affections dépressives. Selon le Tribunal fédéral, la question de la résistance au traitement de l'atteinte en cause est centrale. Le Tribunal fédéral expose que rares sont les cas dans lesquels les dépressions légères ou d'intensité moyenne sont réfractaires au traitement. La contribution fait état d'une définition médicale des atteintes dépressives chroniques et de la dépression réfractaire. Elle examine de manière précise quand il y a lieu d'admettre une résistance à la thérapie. Dans la majorité des cas d'atteintes chroniques qui s'étalent quelques fois sur plusieurs années, il n'est plus possible d'un point de vue médical de retenir un pronostic favorable. Dans 40% de ces cas au moins existe une véritable résistance au traitement.

I. Einleitung

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung handelt es sich bei leichten bis mittelgradigen unipolaren depressiven Störungen, episodisch oder auch rezidivierend verlaufend, um in der versicherten Gemeinschaft ubiquitär verbreitete psychische Erkrankungen, welche erst bei erwiesener Therapieresistenz als invalidisierende Krankheiten i.S. des Art. 7, Art. 8 ATSG betrachtet werden können (Urteile des BGer 9C_13/2016 vom 14. April 2016 und 9C_551/2016 vom 5. Dezember 2016).

Depressive Störungen werden dabei im Allgemeinen als, so das Bundesgericht, «nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung therapeutisch gut angehrbar» eingeschätzt. Eine erwiesene Therapieresistenz wird als seltenes Phänomen angesehen und darf «nicht lediglich nicht auszuschliessen sein». Die durchgeführte Therapie muss dabei konsequent sein und die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten müssen in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sein (Urteil des BGer 9C_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.2).

* Diese Stellungnahme spiegelt die Haltung der folgenden Fachgesellschaften wider: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD), Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SSBP), Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (SGVP). Die Autoren danken Dr. med. J. Jeger, Luzern, Dr. H. G. Kopp, Bellikon, und M. Schrupf, Bern, für die kritische Durchsicht des Manuskripts!

** Universität Bern, Institut für Rechtsmedizin, Forensisch Psychiatrischer Dienst, Falkenplatz 18, 3012 Bern.

*** Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Bodanstrasse 4, CH-9000 St. Gallen.

**** Universität Basel, Spitalstrasse 21, 4031 Basel.

***** Psychiatrische Praxis, Seefeldstrasse 25, 8008 Zürich.

+ Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Praxis, Gämsenstrasse 11, 8006 Zürich.

** ZADZ | Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich, Riesbachstrasse 61, 8008 Zürich.

**** Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Forensisch-Psychiatrische Klinik, Abteilung Versicherungsmedizin, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel.

**** Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Erwachsenen-Psychiatrische Klinik, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel.

**** Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Lenggstrasse 31, 8032 Zürich.

Die Erwartung des Rechtsanwenders an den medizinischen Experten ist somit eine Stellungnahme zu bisher durchgeführten Therapien und Rehabilitationsmassnahmen sowie zur Chronizität und Therapieresistenz der depressiven Störung. Der Experte soll unter anderem mit Bezug auf die geltenden Behandlungsempfehlungen oder Leitlinien die konkret vorliegenden Fallgegebenheiten beurteilen und darlegen, ob die indizierten Therapien durchgeführt worden sind.

Vor diesem Hintergrund soll der vorliegende Artikel aus wissenschaftlich-psychiatrischer Sicht die Begriffe der Chronizität und der Therapieresistenz hinsichtlich der unipolaren depressiven Störungen (Depressionen) erklären und so dem Rechtsanwender einen Einblick in den aktuellen Stand der medizinischen Nomenklatur und Therapiemöglichkeiten geben. Vervollständigt wird dieser Überblick durch Schlussfolgerungen rechtlicher Natur.

II. Unipolare depressive Störungen, Epidemiologie und Prognose

Depressive Störungen gehören zu den affektiven Erkrankungen. Klinische Symptome sind dabei Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit und Antriebsmangel. Häufig ist die Störung begleitet von Ängstlichkeit, Schlafstörungen und einer erhöhten Ermüdbarkeit, wobei die typischen Beschwerden eine erhebliche individuelle Variation aufweisen können. Die Symptomatik tritt episodisch auf. Gemäss den aktuellen Klassifikationssystemen kann eine depressive Episode (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10) oder eine sog. «Major Depression» (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5) dann diagnostiziert werden, wenn über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen mindestens vier (ICD-10) respektive fünf (DSM-5) zentrale depressive Symptome (darunter zwingend entweder «depressive Stimmung» oder «Interessenverlust») gleichzeitig vorhanden sind und damit eine Verschlechterung der psychosozialen Leistungsfähigkeit verbunden ist. Neben anderen Aspekten kann eine Einschätzung des Schweregrades (leicht, mittelgradig, schwer [mit/ohne psychotische Symptome]) vorgenommen werden, je nachdem, wie viele Symptome vorhanden sind. Daneben wird der Verlauf (z.B. erstmalig, rezidivierend oder anhaltend, chronisch) beschrieben. Anders als bei der bipolaren Störung findet sich bei der unipolaren Depression kein Wechsel zwischen gehobener (manischer) und gedrückter (deprimierter) Stimmungslage.^{1,2}

Typischerweise wird ein episodischer Verlauf mit zeitlich begrenzten Erkrankungsphasen beschrieben. Unbehandelt wird die mittlere Dauer der Episoden dabei mit sechs bis acht Monaten angegeben. Die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer Depressionen wird hingegen mit 16 Wochen angegeben, wobei bei ungefähr 90% der Betroffenen die Episode mittel- bis schwergradig (d.h. im Sinne einer «Major Depression») verläuft.^{3,4}

Die unipolaren Depressionen führen in Abhängigkeit von Schweregrad und Verlauf zu Einschränkungen der psychischen und kognitiven Funktionen wie Einschränkungen der Motivation, der Affektkontrolle, der Spannweite der Emotionen, der Aufmerksamkeit und des Antriebes (vgl. auch Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bzw. ICF Core Sets für Depression).^{5, 6, 7} Die Betroffenen weisen häufig eine schlechtere Lebensqualität als die Allgemeinbevölkerung auf. Charakteristisch sind weiterhin Probleme mit interpersonellen formellen und informellen Kontakten, den Emotionen, der Aufmerksamkeit und dem Antrieb (vgl. auch ICF Core Sets), Beziehungen, bei der Freizeitgestaltung und wesentlich auch im beruflichen Kontext, insbesondere mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit und Produktivität.⁸ Depressive Störungen gelten als eine der wichtigsten Ursachen für Invalidität weltweit.⁹ Rund 4–15% der Betroffenen mit unipolaren depressiven Störungen sterben durch Suizid.¹⁰

Um Masszahlen für die Häufigkeit einer auftretenden Erkrankung innerhalb einer Bevölkerung zu haben, nutzt die medizinische Statistik unterschiedliche

¹ HORST DILLING (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Bern 2013.

² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®, Hogrefe Verlag 2014.

³ FRANK SCHNEIDER/MARTIN HÄRTER/SUSANNE SCHORR, S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie, Unipolare Depression, Springer Verlag 2017.

⁴ RONALD C. KESSLER/PATRICIA BERGLUND/OLGA DEMLER/ROBERT JIN/DORREEN KORETZ/KATHLEEN R. MERIKANGAS/A. JOHN RUSH/ELLEN. E. WALTERS/PHILIP S. WANG, The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), JAMA Psychiatry 2003, 289(23), 3095–3105.

⁵ World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization.

⁶ JUDITH JAEGER/STEFANIE BERNS/SARAH UZELAC/SARA DAVIS-CONWAY, Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder, Psychiatry research 2006, 145(1), 39–48.

⁷ ALARCOS CIEZA/SOMNAD CHATTERJI/CHRISTINA ANDERSEN/PEDRO CANTISTA/MALVINA HERCEG/JOHN MELVIN/GEROLD STUCKI/ROB DE BIE, ICF Core Sets for depression, Journal of Rehabilitation Medicine 2004, 36(0), 128–134.

⁸ DAVID V. SHEEHAN/KAZUYUKI NAKAGOME/YUKO ASAMI/ELIZABETH A. PAPPADOPULOS/MATTHIEU BOUCHER, Restoring function in major depressive disorder: A systematic review, Journal of Affective Disorders 2015, 299–313.

⁹ KERRI SMITH, Mental Health: A World of Depression, Nature 2014 (515).

¹⁰ STEFFAN DAVIES/PRAKASH C. NAIK/ALAN S. LEE, Depression, suicide, and the national service framework: Suicide is rare and the only worthwhile strategy is to target people at high risk, British Medical Journal 2001, 322(7301), 1500.

Kennzahlen. Eine davon ist die sogenannte Lebenszeitprävalenz, welche die Häufigkeit einer Erkrankung in der bisher verstrichenen Lebenszeit erfasst und häufig darauf beruht, Studienteilnehmende einmalig nach ihren bisherigen Erkrankungen zu befragen. Diese Herangehensweise steht dabei in der Kritik, weil sie die Häufigkeit von psychischen Störungen tendenziell eher unterschätzt, da psychische Erkrankungen über längere Zeiträume hinweg oft nicht mehr erinnert und/oder angegeben werden.¹¹

In einer Untersuchung von VANDELEUR et al.¹² im Raum Lausanne ergab sich eine Lebenszeitprävalenz für mittelgradige bis schwere depressive Episoden («Major Depression») von 28,2%, während die Lebenszeitprävalenz für chronische «Major Depressionen» gemäss DSM-5 bei 15,2% lag.

Im Rahmen der renommierten *Zürcher Kohortenstudie* («Zurich Study») von JULES ANGST wurden seit 1979 in bislang acht Befragungswellen (1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999 und 2008) 591 für die Zürcher Bevölkerung repräsentative Studienteilnehmende im Längsverlauf über knapp 30 Jahre weiterverfolgt. Dieses Vorgehen erlaubt die Berechnung der sogenannten *kumulativen Inzidenz*, die definiert ist als der Anteil der Menschen, die im Untersuchungszeitraum an einer bestimmten Störung erkranken.

Die kumulative Inzidenz gemäss «Zurich Study» für eine «Major Depression» im oben erwähnten Zeitraum betrug 32,5%.¹³ Die kumulative Inzidenz der sogenannten «Minor Depression» war ebenfalls relativ hoch und wurde mit 9,9% beziffert.¹⁴

Diese Daten zeigen, dass depressive Störungen sehr häufig vorkommen. Verschiedene prospektive und auch epidemiologische Studien legen zudem relativ einheitlich dar, dass nach zwei Jahren ca. 20% der be-

handelten Patienten weiterhin die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen.^{15, 16}

Die NEMESIS-Studie («The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study») zeigte, dass sich das Risiko für Chronifizierung bei behandelten und unbehandelten Patienten nicht signifikant unterscheidet.¹⁷ Als bedeutende Risikofaktoren für die Chronifizierung wurden insbesondere der Schweregrad der depressiven Episode und das Vorliegen einer komorbiden Dysthymie identifiziert. Bei Letzterer handelt es sich gemäss ICD-10 um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die hinsichtlich Symptomschwere und Episodendauer die Kriterien einer leichten rezidivierenden depressiven Störung nicht erfüllt.

Die oben erwähnte *Zürcher Kohortenstudie* zeigt auch, dass Personen mit einer chronischen depressiven Störung – im Vergleich zu den Personen mit einem episodischen, nicht chronischen Verlauf – stärker von psychischen und somatischen Komorbiditäten betroffen waren. Ausserdem waren sie seltener verheiratet, häufiger erwerbslos und mussten öfter Sozialleistungen beanspruchen.^{18, 19} Eine chronische depressive Störung stellt zudem einen Risikofaktor für somatische Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus dar und beeinflusst zudem ungünstig den Verlauf der komorbiden somatischen Störungen.²⁰

Mit zunehmender Dauer der depressiven Episode sinkt die Wahrscheinlichkeit, eine Remission zu erreichen, erheblich.²¹ Unter der Remission versteht man dabei

¹¹ Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen möglicherweise unterschätzt. 10. Januar 2014. <www.aerzteblatt.de/nachrichten/57170/Lebenszeitpraevaleanz-psychischer-Erkrankungen-moeglicherweise-unterschaetzt>, besucht am 12.7.2017.

¹² CAROLINE L. VANDELEUR/SYLFA FASSASSI/ENRIQUE CASTELAO/JENNIFER GLAUS/MARIE-PIERRE F. STRIPPOLI/AURÉLIE M. LASSERRE/DOMINIQUE RUDAZ/SIRAK GEBREAB/GIORGIO PISTIS/JEAN-MICHEL AUBRY/JULES ANGST/MARTIN PREISIG, Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community, *Psychiatry Research* 2017, 250, 50–58.

¹³ JULES ANGST/D. PAKSARIAN/L. CUI/KATHLEEN R. MERIKANGAS K./M.P. HENGARTNER/V. AJDACIC-GROSS/W. RÖSSLER, The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich Cohort Study, *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2016, 25(01), 24–32.

¹⁴ JULES ANGST/KATHLEEN R. MERIKANGAS, The depressive spectrum: Diagnostic classification and course, *Journal of Affective Disorders* 1997, 45(1), 31–40.

¹⁵ MARTIN B. KELLER/GERALD KLERMAN/PHILIP W. LAVORI/WILLIAM CORYELL/JEAN ENDICOTT/JOHN TAYLOR, Long-Term Outcome of Episodes of Major Depression: Clinical and Public Health Significance, *JAMA* 1984, 252(6), 788–792.

¹⁶ JULES ANGST, Course of Mood Disorders: A Challenge to Psychopharmacology, *Clinical Neuropharmacology* 1992, 15(Part A), 444A–445A.

¹⁷ JAN SPIJKER/ROB DE GRAAF/ROB V. BIJL/AARTJAN T. F. BEEKMAN/JOHAN ORMEL/WILLEM A. NOLEN, Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), *The British Journal of Psychiatry* 2002, 181(3), 208–13.

¹⁸ ANTONIO CAMPAYO/PETER DE JONGE/JUAN F. ROY/PEDRO SAZ/CONCEPCIÓN DE LA CÁMARA/MIGUEL A. QUINTANILLA/GUILLERMO MARCOS/JAVIER SANTABÁRBARA/ANTONIO LOBO, Depressive disorder and incident diabetes mellitus: the effect of characteristics of depression, *American Journal of Psychiatry* 2010, 167(5), 580–588.

¹⁹ JULES ANGST/ALEX GAMMA/WULF RÖSSLER/VLADETA AJDACIC/DANIEL N. KLEIN, Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample, *Journal of Affective Disorders* 2009, 115(1), 112–121.

²⁰ SONYA S. DESCHÊNES/RACHEL J. BURNS/NORBERT SCHMITZ, Associations between depression, chronic physical health conditions, and disability in a community sample: A focus on the persistence of depression, *Journal of Affective Disorders* 2015, 179(0), 6–13.

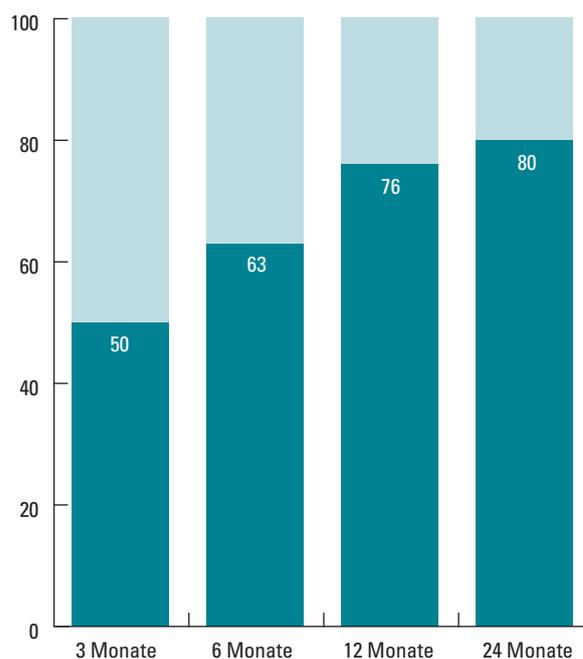
²¹ MARTIN B. KELLER/PHILIP W. LAVORI/TIMOTHY I. MUELLER/JEAN ENDICOTT/WILLIAM CORYELL/ROBERT M. A. HIRSCHFELD/TRACIE SHEA, Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects, *Archives of General Psychiatry* 1992, 49(10), 809–816.

gemäss ICD-10 einen Zustand, bei welchem Restsymptome durchaus bestehen können, die Kriterien für eine depressive Episode oder eine andere affektive Störung aber nicht mehr erfüllt sind.²²

Es gibt Hinweise darauf, dass die sogenannten chronischen depressiven Störungen eine besondere Krankheitsgruppe (Entität) darstellen, die trotz konsequent durchgeführter Pharmako- und Psychotherapie einen lang dauernden Verlauf nimmt.^{23, 24} So weisen die chronisch depressiven Verläufe häufiger einen frühen Beginn der Erkrankung (vor dem 21. Lebensjahr) auf und die Betroffenen berichten häufiger über traumatisierende Kindheitserfahrungen, insbesondere über emotionale Vernachlässigung und emotionalen Missbrauch.²⁵

In den DSM-5-Klassifikationen wurde deshalb eine eigene Kategorie, nämlich die «persistierende/chronische depressive Störung», eingeführt. Diese mindestens zwei Jahre lang dauernde Form der Depression, welche auch die Dysthymien einschliesst, kommt sehr häufig vor, wobei Betroffene im Vergleich zu anderen Verlaufsformen stärkere Einschränkungen des Funktionsniveaus aufweisen.^{26, 27}

Remissionsraten der depressiven Symptomatik (%) im Zeitverlauf (NEMESIS-Studie)



Das Ansprechen auf eine Therapie ist bei chronischen Depressionen schlechter als bei anderen Depressionsformen, wobei in ca. 40% der Fälle die Kriterien für eine Therapieresistenz erfüllt sind.²⁸

III. Definition chronische depressive Störung und therapieresistente Depression

In der Vergangenheit gab es verschiedene Versuche, den Begriff der «Chronischen Depression» klarer abzugrenzen.²⁹ Mittlerweile hat sich die DSM-5-Definition durchgesetzt. Unterschieden werden können dabei die Dysthymie, die «Major Depression» mit chronischem Verlauf, die sogenannte «Double Depression» (Dysthymie mit zusätzlichen depressiven Episoden) sowie depressive Episoden mit unvollständiger Remission.

In der psychiatrischen Fachliteratur wird in der Regel folgendes Kriterium für die Chronizität einer unipolaren depressiven Störung verwendet:

Das depressive Syndrom dauert länger als zwei Jahre.

²² MARK ZIMMERMANN/JOSEPH B. MCGLINCHAY/MICHAEL A. POSTERNAK/MICHAEL FRIEDMAN/NAUREEN ATTIULLAH/DANIELA BOERESCU, How Should Remission From Depression Be Defined? The Depressed Patient's Perspective, *American Journal of Psychiatry* 2006, 163(1), 148–150.

²³ CARSTEN KONRAD/ HANS ONNO RÖTTGERS, *Praxis des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Therapie der Depression, Springer Berlin/Heidelberg 2017, 117–140.

²⁴ DANIEL N. KLEIN, Chronic Depression. Diagnosis and Classification, *Current Directions in Psychological Science* 2010, 19(2), 96–100.

²⁵ STEPHAN KÖHLER/PHILIPP STERZER/CLAUS NORMANN/MATHIAS BERGER/EVA-LOTTA BRAKEMEIER, Overcoming treatment resistance in chronic depression: The role of inpatient psychotherapy, *Der Nervenarzt* 2016, 87(7), 701–707.

²⁶ JENNIFER A. MURPHY/GERARD J. BYRNE, Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder, *Journal of Affective Disorders* 2012, 139(2), 172–180

²⁷ CARLOS BLANCO/MAYUMI OKUDA/JOHN C. MARKOWITZ/SHANG-MIN LIU/BRIDGET F. GRANT/DEBORAH S. HASIN, The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *The Journal of Clinical Psychiatry* 2010, 71(12), 1645–1656.

²⁸ WILLIAM S. GILMER/JACKIE K. GOLLAN/STEPHEN R. WISNIEWSKI/ROBERT H. HOWLAND/MADHUKAR H. TRIVELDI/SACHIKO MIYAHARA/JENELLE FLECK/MICHAEL E. THASE/JONATHAN E. ALPERT/ANDREW A. NIERENBERG/DIANE WARDEN/MAURIZIO FAVA/A. JOHN RUSH, Does the Duration of Index Episode Affect the Treatment Outcome of Major Depressive Disorder? A STAR*D Report, *The Journal of Clinical Psychiatry* 2008, 69(8), 1246–1256.

²⁹ CORNELIUS SCHÜLE, Chronische Depression – Epidemiologische Daten und therapeutische Möglichkeiten, *Fortschritte der Neurologie/Psychiatrie* 2014, 82(03), 155–173.

Die chronische depressive Störung i.S. der obigen Definition ist dabei nicht identisch mit der Entität der therapieresistenten Depression. So besteht eine Chronizität ungeachtet der Tatsache, ob im fraglichen Zeitraum Behandlungsversuche *lege artis* und entsprechend den geltenden Behandlungsempfehlungen stattgefunden haben.

Unter einer Therapieresistenz versteht man in der wissenschaftlichen Literatur gemäss einer breit akzeptierten Definition nicht eine «theoretisch unbehandelbare depressive Störung», sondern eine «auf Standardtherapieverfahren nicht ansprechende Depression».³⁰,³¹,³² Zu den Standardverfahren werden dabei in der Regel nur die Pharmako- und Psychotherapie gezählt, jedoch nicht die Elektrokrampftherapie, Transkranielle Magnet-Stimulation (TMS) oder Vagus-Nerv-Stimulation (VNS) etc.³³ Die am häufigsten verwendete Definition der Therapieresistenz bezieht sich auf das *Nichtansprechen auf eine Pharmakotherapie mit zwei unterschiedlichen Antidepressiva von adäquater Dosis und Dauer*.³⁴

Auch in den Schweizer Behandlungsleitlinien wird die obige Definition verwendet und bei Therapieresistenz eine Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie empfohlen.³⁵

Komplexere Definitionen für die Therapieresistenz, zum Beispiel nach der Anzahl der bereits gescheiterten verschiedenen Therapieversuche, sind in der wissenschaftlichen Literatur, die für diesen Artikel herangezogen wurde, nicht allgemein gebräuchlich.³⁶

In der psychiatrischen Fachliteratur wird in der Regel folgendes Kriterium für die Therapieresistenz im Rahmen einer unipolaren depressiven Störung verwendet:

*In der psychiatrischen Literatur allgemein anerkanntes Kriterium für Therapieresistenz*³⁷:

Pharmakotherapie: Zwei erfolglose pharmakologische, antidepressive Behandlungsversuche von adäquater Dosis und Dauer, einschliesslich Drug Monitoring

IV. Behandlung unipolarer depressiver Störungen

Die STAR*D-Studie («Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression»), eine US-amerikanische, vom National Institute of Health (NIH) durchgeführte prospektive, multizentrische (Beteiligung von 23 verschiedenen psychiatrischen und 18 allgemeinmedizinischen Zentren), kontrollierte Studie zur Wirksamkeit und Verträglichkeit verschiedener, nacheinander angewandter Behandlungsformen bei über 4000 ambulanten Patienten und Patientinnen mit unipolarer Depression stellt eine gegenwärtig einzigartige naturalistische Untersuchung zur Wirksamkeit und Verträglichkeit verschiedener Behandlungsoptionen (unterschiedliche medikamentöse Strategien und z.B. kognitive Verhaltenstherapie) dar, deren Ergebnisse seit 2008 publiziert werden.³⁸

Ziel der Studie war es, neue Erkenntnisse zur Behandlung unipolarer depressiver Störungen mit möglichst grosser Übertragbarkeit auf die klinische Praxis zu gewinnen. Der Endpunkt der Studie war dabei ein vorübergehendes oder dauerhaftes Abklingen der depressiven Symptomatik (Remission).

Insgesamt konnten vier Behandlungsstufen von jeweils 12–14 Wochen Dauer durchlaufen werden, wobei die Teilnehmenden ausschieden, sobald sie Symptomfreiheit (eine Remission) erreicht hatten. Eine Besonderheit der Studie lag darin, dass wie in der klinischen Realität die Patientenpräferenz berücksichtigt wurde und sowohl Behandelnde als auch Patienten über die Art der antidepressiven Therapie orientiert waren.

Nach der ersten zwölfwöchigen Behandlungsstufe hatten 37% der Studienteilnehmer eine vollständige Remission erreicht. Nach vier durchlaufenen Behand-

³⁰ TOM BSCHOR, Therapy-resistant depression, Expert Review of Neurotherapeutics 2010, 10(1), 77–86.

³¹ DAVID A. MRAZEK/JOHN C. HORNBERGER/C. ANTHONY ALTAR/IRINA DEGTIAR, A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996–2013, Psychiatric Services 2014, 65(8), 977–987.

³² SUSAN G. KORNSTEIN/ROBERT K. SCHNEIDER, Clinical features of treatment-resistant depression, Journal of Clinical Psychiatry 2001, 62(16), 18–25.

³³ EDITH HOLSBOER-TRACHSLER/JOSEF HÄTTENSCHWILER/JOHANNES BECK/SERGE BRAND/ULRICH MICHAEL HEMMETER/MARTIN EKKEHARD KECK/STEFAN RENNHARD/MARTIN HATZINGER/MARCO MERLO/GUIDO BONDOLFI/MARTIN PREISIG/ANOUC GEHRET/DANIEL BIELINSKI/ERICH SEIFRITZ, Die Akutbehandlung depressiver Episoden, Schweizerisches Medizinisches Forum 2016, 16(35), 716–724.

³⁴ MARLENE BUSCHE/TOM BSCHOR, Leitliniengerechte Pharmakotherapie der therapieresistenten Depression, DNP – Der Neurologe & Psychiater 2017, 18(5), 36–43.

³⁵ HOLSBOER-TRACHSLER/HÄTTENSCHWILER/BECK et al. (Fn. 33), 716–724.

³⁶ ROGER S. MCINTYRE/MARIE-JOSÉE FILTEAU/LAWRENCE MARTIN/SIMON PATRY/ANDRE CARVALHO/DANIELLE S. CHA/MAXIME BARAKAT/MAIA MIGUELEZ, Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach, Journal of Affective Disorders 2014, 156,1–7.

³⁷ MICHAEL BAUER/ANDREA PFENNIG/EMANUEL SEVERUS/PETER C. WHYBROW/JULES ANGST/HANS-JÜRGEN MÖLLER, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders, The World Journal of Biological Psychiatry 2013, 14(5), 334–385.

³⁸ A. JOHN RUSH, STAR*D: What Have We Learned?, American Journal of Psychiatry 2007, 164(2), 201–204.

lungsstufen betrug die Remissionsrate insgesamt 67%, wobei die Therapieeffekte nach drei Behandlungsversuchen erheblich abnahmen.^{39, 40}

Die Evidenzlage für die Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen bei *chronischen depressiven Verläufen* ist sehr heterogen und spricht nur für eine bescheidene Wirksamkeit der verfügbaren Therapieverfahren, wobei die Therapieverfahren «Lithium Augmentation» und «Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy» (CBASP) eine nachgewiesene, aber nicht eindeutig quantifizierbare Wirksamkeit besitzen.⁴¹

Unter einer alleinigen Behandlung mit Antidepressiva zeigen bis zu 40% der Fälle eine Therapieresistenz, d.h., sie sprechen nicht auf zwei konsekutiv und leitungsartig durchgeführte Standardverfahren an.⁴² Die psychotherapeutischen Interventionen zeigen bei chronischen depressiven Störungen nur einen kleinen Effekt im Vergleich zu Kontrollgruppen.⁴³ Es existieren vereinzelte Studien, welche den Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie, interpersoneller Psychotherapie und auch psychodynamische Verfahren bei der chronischen Depression rechtfertigen, wobei die Studienlage nicht eindeutig ist.⁴⁴

Auch auf chronische Verläufe von Depressionen angepasste, spezifischere Psychotherapieverfahren wie «Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy» (CBASP) zeigen in den bisherigen Studien hohe Non-Response-Raten von knapp über 50%.⁴⁵

Insbesondere bei *Suizidalität*, komorbiden Störungen und weiteren Komplikationen kann eine spezifische Therapie im multidisziplinären stationären Setting vorteilhaft sein, z.B. im Rahmen eines stationären

CBASP-Programms.⁴⁶ In den deutschen Leitlinien (Nationale Versorgungsleitlinien Unipolare Depression) wird die Indikation zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht nur bei Suizidgefahr, sondern auch bei Gefahr der krankheitsbedingten Isolation, bei massiv behindernden psychosozialen Umständen, bei Therapieresistenz oder ungenügender Wirksamkeit gegenüber ambulanten Therapien diskutiert.⁴⁷

Allerdings kann aus Sicht der Autoren festgehalten werden, dass es gegenwärtig nur wenig wissenschaftliche Evidenz dafür gibt, dass die stationäre Behandlung anderen Therapieformen (insbesondere auch der tagesklinischen Behandlung) in Bezug auf das sozio-medizinische Outcome überlegen ist.⁴⁸

V. Pseudochronizität und Reservekapazität

Der höchstrichterliche Anspruch auf Ausschöpfung aller verfügbaren Behandlungs- und Rehabilitationsoptionen vor der Rentenprüfung findet am ehesten im Konzept der «Reservekapazität» nach MICHAEL LINDEN⁴⁹ eine Entsprechung.

Unter der *Reservekapazität* versteht man das Fähigkeitsniveau, welches eine betroffene Person erreichen kann, nachdem sie trainiert oder therapiert wurde (vgl. Abbildung).

LINDEN spricht von sogenannter Pseudochronizität von Störungsverläufen, wenn keine oder keine ausreichende Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation stattgefunden hat. Ähnliche Definitionen werden auch von anderen Autoren speziell für chronische Depressionsverläufe verwendet.^{50, 51} Von einer echten Chronizität kann man dagegen erst nach Ausschöpfung der rehabilitativen Möglichkeiten (Reservekapazität) sprechen.^{52, 53}

³⁹ A. JOHN RUSH/MADHUKAR H. TRIVEDI/STEPHEN R. WISNIEWSKI/ANDREW A. NIERENBERG/ JONATHAN W. STEWART/DIANE WARDEN/ GEORGE NIEDEREHE/ MICHAEL E. THASE/ PHILIP W. LAVORI et al. & MAURIZIO FAVA, Acute and Longer-term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report, American Journal of Psychiatry 2006, 163(11), 1905–1917.

⁴⁰ SCHÜLE (Fn. 29), 155–173.

⁴¹ TOM BSCHÖR/MICHAEL BAUER/MAZDA ADLI, Chronic and Treatment Resistant Depression: Diagnosis and Stepwise Therapy, Deutsches Ärzteblatt International 2014, 111(45), 766–776.

⁴² GILMER/GOLLAN/WISNIEWSKI et al. (Fn. 28), 1246–1256.

⁴³ PIM CUJIPERS/ANNEMIEKE VAN STRATEN/JOSIEN SCHUURMANS/PATRICIA VAN OPPEN/STEVEN D. HOLLONC/GERHARD ANDERSSON, Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis, Clinical Psychology Review 2010, 30(1), 51–62.

⁴⁴ STEPHAN KÖHLER/PHILIPP STERZER/CLAUS NORMANN/MATHIAS BERGER/EVA-LOTTA BRAKEMEIER, Überwindung der Therapieresistenz bei chronischer Depression, Der Nervenarzt 2016, 87(7), 701–707.

⁴⁵ MARTIN B. KELLER/JAMES P. MCCULLOUGH/DANIEL N. KLEIN/ BRUCE ARNOW/DAVID L. DUNNER/ALAN J. GELENBERG et al. & JOHN ZAJECKA, A Comparison of Nefazodone, The Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression, New England Journal of Medicine 2000, 342(20), 1462–1470.

⁴⁶ KÖHLER/STERZER/NORMANN/BERGER/MATHIS/BRAKEMEIER (Fn. 44), 701–707.

⁴⁷ SCHNEIDER/HÄRTER/SCHORR (Fn. 3).

⁴⁸ ALMUT ZEECK/JÖRN VON WIETERSHEIM/HEINZ WEISS/EDUARD SCHEIDT/ALEXANDER VÖLKER/ASTRID HELESIC et al. & PETER ROCHLITZ, Prognostic and prescriptive predictors of improvement in a naturalistic study on inpatient and day hospital treatment of depression, Journal of Affective Disorders 2016, 197, 205–214.

⁴⁹ MICHAEL LINDEN, Handwerkliche Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen Störungen, Die Rehabilitation 2013, 52(06), 412–422.

⁵⁰ TOM BSCHÖR/MICHAEL BAUER/MAZDA ADLI, Chronische und therapieresistente Depression – Diagnostik und Stufentherapie, Deutsches Ärzteblatt 2014, 111(45), 766–776.

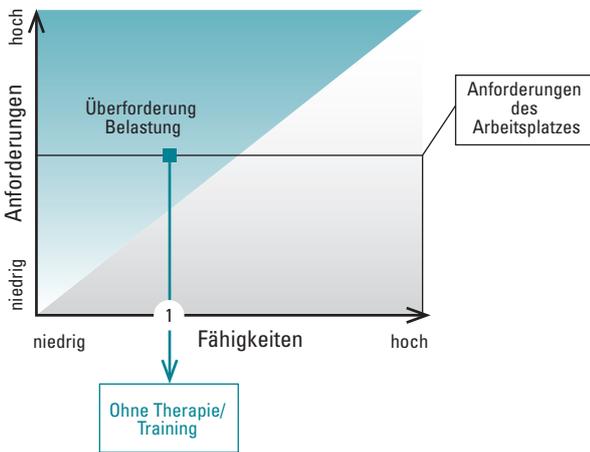
⁵¹ CHARLES R. CONWAY/MARK S. GEORGE/HAROLD A. SACKHEIM, Toward an Evidence-Based, Operational Definition of Treatment-Resistant Depression: When Enough Is Enough, JAMA Psychiatry 2017, 74(1), 9–10.

⁵² LINDEN (Fn. 49), 412–422.

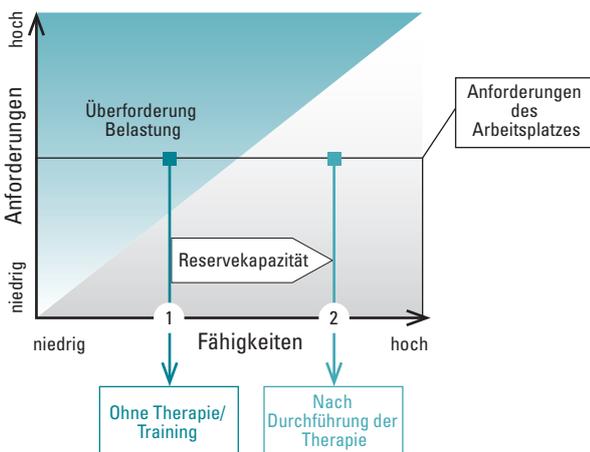
⁵³ MICHAEL LINDEN, Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabe einschränkungen, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2016, 59(9), 1147–1153.

LINDEN⁵⁴ schlägt im Gegensatz zu BSCHOR et al.⁵⁵ vor, erst nach mindestens *drei adäquaten Behandlungsversuchen* von einer Erfolglosigkeit der Therapie/Rehabilitation und der Ausschöpfung der Reservekapazität auszugehen.

Zusammenhang zwischen Anforderungen und Fähigkeiten



Zusammenhang zwischen Anforderungen und Fähigkeiten



VI. Schlussfolgerungen

Episodisch und rezidivierend verlaufende depressive Störungen sind sehr häufige psychische Erkrankungen in der Schweiz. Depressive Patienten sind dabei häufiger in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt als Gesunde. In der Mehrheit der Fälle verlaufen depressive Episoden, adäquat behandelt, günstig, d.h., es kommt zu einer vollständigen Remission oder mindestens einer Teilremission innerhalb von wenigen Monaten.

Ein relevanter Teil der depressiven Störungen von ca. 20% nimmt nicht nur unbehandelt, sondern auch unter einer lege artis durchgeführten Behandlung einen chronischen Verlauf. Diese depressiven Episoden dauern also länger als zwei Jahre und haben damit eine schlechtere Prognose mit erheblichen psychosozialen Auswirkungen. Aus medizinischer Sicht gelten die Annahmen des Bundesgerichtes nur für kurze depressive Episoden, welche nach einigen Monaten remittieren, sowie für rezidivierende depressive Episoden mit hinreichend langen symptomfreien Phasen.

In vielen Fällen, in welchen eine Leistungsprüfung erfolgt, handelt es sich allerdings um chronische Verläufe mit einer zum Teil mehrjährigen Krankheitsdauer, und es kann aus medizinischer Sicht somit nicht mehr mehrheitlich von einer günstigen Prognose ausgegangen werden. Mindestens in 40% dieser chronifizierten Fälle besteht eine echte Therapieresistenz. In Anlehnung an den Begriff der Reservekapazität und unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Daten der STAR*D-Studie muss zusätzlich bei *drei bis vier adäquaten, allerdings nicht erfolgreichen Behandlungsversuchen* von einem besonders ungünstigen Krankheitsverlauf mit verschiedentlich ausgeprägten psychosozialen Einschränkungen und geringem Verbesserungspotenzial ausgegangen werden.

Dabei muss das Ausmass der Einschränkungen beispielsweise im Rahmen der gutachterlichen Abklärung unter Berücksichtigung des gesamten Verlaufs, der Querschnittsbefunde sowie der defizitären und erhaltenen Aktivitäten sowie der Teilhabe eingeschätzt werden.^{56, 57, 58}

Zu ergänzen bleibt, dass der individuelle Therapieverlauf bei den erwähnten Krankheitsbildern, selbst bei leitlinienkonformen Behandlungen, einerseits eine erhebliche Variabilität aufweisen kann und andererseits durch die klinischen Erfahrungen und den psychotherapeutischen Hintergrund des Therapeuten sowie die subjektiven Präferenzen des Patienten beeinflusst wird. Es ist ferner davon auszugehen, dass bei vorhandenen Komorbiditäten (insbesondere komorbiden Persön-

⁵⁴ LINDEN (Fn. 53), 1147–1153.

⁵⁵ BSCHOR/BAUER/MAZDA (Fn. 50), 766–776.

⁵⁶ MICHAEL LIEBRENZ/ROMAN SCHLEIFER/CLAUDINE AESCHBACH et al. & UELI KIESER, Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen – Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281 (= 9C_492/2014), SZS 2016, 12–44.

⁵⁷ MICHAEL LIEBRENZ/URSULA UTTINGER/GERHARD EBNER, Sind Abhängigkeitserkrankungen aus höchstrichterlicher Sicht (weiterhin) nicht mit anderen psychischen Störungen (z.B. somatoformen Störungen) vergleichbar? – Eine Urteilsbesprechung von BGE 8C_582/2015 im Lichte der theoretischen Anwendbarkeit des ergebnisoffenen, strukturierten Beweisverfahrens, SZS 2016, 96–101.

⁵⁸ GERHARD EBNER/ETIENNE COLOMB/RALPH MAGER/RENATO MARELLI/FULVIA ROTA, Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten – SGPP, 3., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, SZS 2016, 435–493.

lichkeitsstörungen) in vielen Fällen eine mehrjährige Therapie (d.h. deutlich länger als die oben erwähnten 24 Monate) erforderlich sein kann.⁵⁹

VII. Vorschlag zur Prüfung der Therapieresistenz im Rahmen der IV-Begutachtung aus medizinischer Sicht

Eine Ausschöpfung aller potenziell verfügbaren Therapieoptionen bei einem Patienten vor Leistungszusprache ist kaum praktikabel und würde unter Umständen mehrere Jahre bzw. Jahrzehnte in Anspruch nehmen. Zu erwähnen sind hier konsekutive (mehrjährige) Psychotherapien mit unterschiedlichen Ansätzen, Versuche mit diversen Psychopharmaka und Psychopharmaka-Kombinationen, altbewährte wie auch neuere biologische Ansätze (z.B. Elektrokrampftherapie, Hirnstimulationen, Ketamintherapie, Neurofeedback etc.)^{60, 61, 62, 63}. Nur am Rande sei erwähnt, dass es sich insbesondere bei den neueren Therapieansätzen um Leistungen handelt, welche von der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz nicht übernommen werden.

In Bezug auf den Begutachtungsprozess würde dies bedeuten, dass ein medizinischer Gutachter in der Mehrzahl der Fälle noch einen weiteren Ansatz empfehlen und somit verneinen könnte, dass ein «austherapierter» Zustand vorliegt.

Die zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfügbare, recht breite wissenschaftliche Evidenz zeigt dagegen, dass mehrjährig andauernde chronische depressive Verläufe mit drei bis vier durchlaufenen adäquaten und dennoch nicht erfolgreichen Behandlungsversuchen eine schlechte Prognose haben und therapeutisch kaum noch angebar sind.

Die höchstrichterlich vorgenommene Feststellung im Bereich von psychosomatischen Leiden, wonach «das definitive Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie auf eine negative Prognose» hinweist

(vgl. Urteil des BGer 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015), gilt aus medizinischer Sicht ebenfalls für unipolare depressive Störungen und deren Prognose.

Aus Sicht der Autoren darf die Beurteilung der Therapieresistenz und Chronizität dem Mediziner überlassen werden, wenn diese möglichst nach objektiven (und evidenzbasierten) Kriterien und unter Berücksichtigung der Schweizer Behandlungsempfehlungen erfolgt und so auch für die Rechtsanwendung dokumentiert wird. In Bezug auf die Einschätzung der sozio-medizinischen Prognose sollten die subjektiven Einschätzungen und die individuellen psychotherapeutischen Erfahrungen des jeweiligen Experten (i.S. einer Individualprognose) miteinbezogen werden.

Abstellend auf die oben dargestellten epidemiologischen und klinischen Studien schlagen wir deshalb vor, dass im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung der Chronizität und der Therapieresistenz folgende Fragen nachvollziehbar für den Rechtsanwender erläutert werden sollen:

Tabelle 1: Stellungnahme zur Therapieresistenz im Rahmen der Begutachtung

A. Dauert die aktuelle depressive Symptomatik > 24 Monate ohne Remission?⁶⁴

Dauer von > 24 Monaten entspricht einem chronischen Verlauf der unipolaren depressiven Störung.

B. Erfolgte die bisherige Therapie evidenzbasiert, z.B. in Anlehnung an die Schweizer Behandlungsempfehlungen?

Die Beurteilung sollte begründet sein und beispielsweise Verweise auf die geltenden Behandlungsempfehlungen^{65, 66}/Leitlinien enthalten.

C. Können weitere evidenzbasierte Therapiestrategien empfohlen werden?

Die Empfehlung sollte begründet sein und beispielsweise Verweise auf die geltenden Behandlungsempfehlungen/Leitlinien enthalten. In begründeten Fällen muss die Therapie individualisiert werden und es kann von den Leitlinien abgewichen werden.

D. Ist bei adäquater und leitliniengemässer Therapie eine vollständige Remission kurz- bis mittelfristig zu erwarten?

In der Regel muss davon ausgegangen werden, dass bei einer Dauer von > 24 Monaten und mehreren durchgeführten, jedoch erfolglosen adäquaten Behandlungsversuchen die sozio-medizinische Prognose ungünstig ist.

⁵⁹ MARC WALTER/EUPHROSINE GOUZOUZIS-MAYFRANK (Hrsg.), Psychische Störungen und Suchterkrankungen: Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen, Kohlhammer Verlag 2013, 135 ff.

⁶⁰ MICHAEL LIEBREZ/RUDOLF STOHLER/ALAIN BERGEAT, Repeated intravenous ketamine therapy in a patient with treatment-resistant major depression, The World Journal of Biological Psychiatry 2009, 10(4-2), 640–643.

⁶¹ MARIJE AAN HET ROT/CARLOS A. ZARATE JR./DENNIS S. CHARNEY/SANJAY J. MATTHEW, Ketamine for Depression: Where Do We Go from Here?, Biological Psychiatry 2012, 72(7), 537–547.

⁶² HOLLSBOER-TRACHSLER/HÄTTENSCHWILER/BECK et al. (Fn. 33), 716–724.

⁶³ EDITH HOLLSBOER-TRACHSLER/JOSEF HÄTTENSCHWILER/JOHANNES BECK/SERGE BRAND/ULRICH MICHAEL HEMMETER/MARTIN EKKEHARD KECK/STEFAN RENNARD/MARTIN HATZINGER/MARCO MERLO/GUIDO BONDOLFI/MARTIN PREISIG/ANOUE GEHRET/DANIEL BIELINSKI/ERICH SEIFRITZ, Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe unipolarer depressiver Störungen, Schweizerisches Medizinisches Forum 2016, 16(36), 739–743.

⁶⁴ Unter der Remission versteht man dabei gemäss ICD-10 einen Zustand, bei welchem Restsymptome durchaus bestehen können, die Kriterien für eine depressive Episode oder eine andere affektive Störung aber nicht mehr erfüllt sind.

⁶⁵ HOLLSBOER-TRACHSLER/HÄTTENSCHWILER/BECK et al. (Fn. 33), 716–724.

⁶⁶ HOLLSBOER-TRACHSLER/HÄTTENSCHWILER/BECK et al. (Fn. 34), 739–743.

Durch eine solche Vorgehensweise werden die aktuellen medizinischen Erkenntnisse aufgenommen und im IV-rechtlichen Abklärungsverfahren berücksichtigt. Dabei geht es darum, dass die versicherte Person das Zumutbare beiträgt, die bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung zu beheben bzw. zu vermindern.

Bei der Prüfung der Zumutbarkeitsfrage ist ergänzend zu berücksichtigen, dass die versicherte Person tatsächlich in der Lage war, bei den vorgenannten therapeutischen Angeboten zu kooperieren. Bei einer solchen Zumutbarkeitsprüfung fallen objektive und subjektive Momente ins Gewicht. Es muss also geklärt werden, ob die Behandlungsoptionen im konkreten Fall medizinisch indiziert waren und effektiv zur Verfügung standen, beispielsweise eine genügende Kapazität für störungsspezifische ambulante (z.B. CBASP), stationäre bzw. teilstationäre Behandlungen gegeben war.

Wichtig ist also, dass erstens in Abstützung auf die medizinischen Feststellungen entschieden wird, ob eine depressive Störung zu einer Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit führt, und dass zweitens massgebend einbezogen wird, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen eine Therapieresistenz angenommen werden kann.⁶⁷

Nicht leicht in das IV-Leistungssystem einzuordnen ist die vorgenannte, aus medizinischer Sicht erforderliche Dauer ohne vollständige Remission von mehr als 24 Monaten. Die IV-Rente ist ja zu gewähren, wenn eine massgebende Arbeitsunfähigkeit von 12 Monaten bestand und in der Folge eine Invalidität von mindestens 40% besteht.⁶⁸ Hier muss davon ausgegangen werden, dass zunächst die IV-Rente zu gewähren ist. Zugleich ist die versicherte Person verpflichtet, die zumutbaren Schadenminderungsmassnahmen weiterzuführen, und es ist in der Folge zu überprüfen, ob die Rente wegen einer zwischenzeitlich eingetretenen Verbesserung des gesundheitlichen Zustands angepasst (d.h. herabgesetzt oder aufgehoben) wird.⁶⁹ Die Durchführung von schadenmindernden Massnahmen kann nicht zum Wegfall des Rentenanspruchs führen, wenn die Grundvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 IVG erfüllt sind.

⁶⁷ Dazu etwa Urteil des BGer 9C_781/2016 vom 7. Februar 2017 E. 2.3, wonach es sich um eine seltene Konstellation handle, dass bei Depressionen leichter oder mittelgradiger Natur eine Therapieresistenz bestehe. Vgl. dazu die differierenden Feststellungen in den vorangehenden Abschnitten dieses Beitrags.

⁶⁸ Dazu Art. 28 Abs. 1 IVG.

⁶⁹ Zum Verhältnis der unterschiedlichen Leistungsansprüche vgl. BGE 121 V 190. Illustrativ auch Urteil des BGer 9C_337/2007 vom 12. Juni 2008: Zusprache einer IV-Rente bei einer depressiven Episode, welche nach 12 Monaten noch nicht abgeklungen ist (und zudem die Eingliederung ausschliesst): «(...) nonostante il considerevole trattamento psicoterapeutico in corso, l'assicurato continuava a presentare una rilevata patologia psichiatrica che lo rendeva totalmente inabile al lavoro, con una prognosi incerta e piuttosto sfavorevole (...)» (E. 6.2.3).