

IQWiG-Berichte – Nr. 34

Leitliniensynopse zum Thema "Depression"

Arbeitspapier

Auftrag: GA09-01
Version: 1.0
Stand: 23.06.2009

IQWiG-Berichte – Jahr: 2009 Nr. 34

Leitliniensynopse zum Thema "Depression"

Arbeitspapier

Version: 1.0
Stand: 23.06.2009

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Leitliniensynopse zum Thema „Depression“

Auftraggeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Anschrift des Herausgebers:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Tel.: 0221/35685-0

Fax: 0221/35685-1

Berichte@iqwig.de

www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Schlagwörter: Depression, evidenzbasierte Leitlinien, Versorgungsstandard, Versorgungskette

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	vi
Abkürzungsverzeichnis	vii
1 Hintergrund	1
1.1 Beschreibung des Krankheitsbildes	1
1.2 Epidemiologie	3
1.3 Sozialmedizinische Bedeutung und Public-Health-Perspektive	3
2 Ziele der Synopse	5
3 Methoden	6
3.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Synopse	6
3.1.1 Population.....	6
3.1.2 Versorgungsaspekte	6
3.1.3 Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien.....	6
3.1.4 Methodische Ein- und Ausschlusskriterien.....	7
3.2 Informationsbeschaffung	10
3.2.1 Leitlinienrecherche.....	10
3.2.2 Identifizierung relevanter Leitlinien.....	10
3.3 Informationssynthese	11
3.3.1 Definition des Begriffes „Kernempfehlung“.....	12
3.3.2 Definition des Begriffes „Kernaussage“	12
4 Ergebnisse	12
4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung	12
4.2 Anfragen an Autoren oder Fachgesellschaften	13
4.2.1 Beschreibung der eingeschlossenen Leitlinien	16
4.2.2 Klassifizierung der Depression in den eingeschlossenen Leitlinien	20
4.2.3 Kategorisierung der Evidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen.....	21
4.3 Ergebnisse der Informationssynthese	31
4.3.1 Übersicht über Versorgungsaspekte, zu denen Empfehlungen abgegeben werden	31
4.3.2 Informationssynthese in Form von Kernaussagen	32

4.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	48
4.4	Diskussion	50
4.5	Fazit	53
5	Literatur	55
Anhang A: Verwendete Suchbegriffe bei der Recherche in Leitliniendatenbanken		64
Anhang B: Liste aller durchsuchten Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken.....		65
Anhang C: In den Bericht eingeschlossene Leitlinien.....		69
Anhang D: Im Volltextscreening ausgeschlossene Leitlinien mit Ausschlussgrund		70
Anhang E: Evidenzgraduierung in den eingeschlossenen Leitlinien.....		77
Anhang F: Empfehlungsgraduierung in den eingeschlossenen Leitlinien.....		82
Anhang G: Übersicht über die Kernempfehlungen		85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien	7
Tabelle 2: Ausschlusskriterien	7
Tabelle 3: Quellen für die Leitlinienrecherche	10
Tabelle 4: Zusammenfassende Evidenz- und Empfehlungskategorien.....	12
Tabelle 5: Eingeschlossene Leitlinien.....	15
Tabelle 6: Evidenzkategorisierung.....	22
Tabelle 7: Empfehlungskategorisierung.....	28
Tabelle 8: Übersicht über die Versorgungsaspekte, die in den Leitlinien behandelt werden ..	31
Tabelle 9: Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten.....	33
Tabelle 10: Kernempfehlungen zu Prävention und Diagnostik	85
Tabelle 11: Kernempfehlungen zu Patienteninformation und -kommunikation.....	92
Tabelle 12: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein	98
Tabelle 13: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Selektive Serotonin-Rückaufnahme- Inhibitoren (SSRI)	108
Tabelle 14: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren	111
Tabelle 15: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Nichtselektive Monoamin- Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) / Trizyklika (TZA)	112
Tabelle 16: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, weitere Antidepressiva, Kombinations- und Augmentationstherapien.....	114
Tabelle 17: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Phytotherapeutika.....	121
Tabelle 18: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe.....	124
Tabelle 19: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Suizidprävention in der Akut- und Erhaltungstherapie.....	130
Tabelle 20: Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie	133
Tabelle 21: Kernempfehlungen zur Rehabilitation	142
Tabelle 22: Kernempfehlungen zu Aspekten der integrierten Versorgung.....	143
Tabelle 23: Kernempfehlungen zur Implementierung und Qualitätssicherung	148
Tabelle 24: Forschungsempfehlungen der NICE-Leitlinie	150

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schritte zur Prüfung der Evidenzbasierung einer Leitlinie.....	9
Abbildung 2: Leitlinienrecherche und Screening, Leitlinienpool Depression	14

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ACP	American College of Physicians
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AUDIT	Alcohol Disorder Use Identification Test
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CAGE – AID	Cut-Annoyed-Guilty-Eye – Adapted to Include Drugs
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment
CBT	Cognitive Behavioral Therapy / kognitive Verhaltenstherapie
CCBT	Computerised Cognitive Behavioral Therapy / computerbasierte kognitive Verhaltenstherapie
CHAT	Case-finding and Help Assessment Tool
CMA	Canadian Medical Association
CPA	Canadian Psychiatric Association
CTF	Canadian Task Force
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
CSM	Committee on Safety of Medicines
DELBI	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung
DeStatis	Statistisches Bundesamt Deutschland
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ^{4th} Edition, Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen 4. Ausgabe
ECG / EKG	Electrocardiogram / Elektrokardiogramm
ECT / EKT	Electroconvulsive Therapy / Elektrokrampftherapie
EVK	Evidenzkategorie
EKG	Elektrokardiogramm
EKT	Elektrokrampftherapie
EMK	Empfehlungskategorie

Abkürzung	Bedeutung
ACP	American College of Physicians
GAD – 7	Generalised Anxiety Disorder Scale
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDG	Guideline Development Group
GPP	Good Practice Point
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases / Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IPT	Interpersonal Psychotherapy / interpersonelle Psychotherapie
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
K 10	Kessler 10
KE	Kernempfehlung
LoE	Level of Evidence / Evidenzstufe
MAO	Monoaminoxidase
MDE	Major Depressive Episode / Episode einer Majoren Depression
MHRA	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency
n. a.	nicht angegeben
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NSMRI	nicht selektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinie
NZGG	New Zealand Guideline Group
PHQ – 9	Patients Health Questionnaire for Depression (9 Fragen)
RCT	Randomized Controlled Trial / randomisierte kontrollierte Studie
RR	Riva-Rocci / Blutdruckmessung
RKI	Robert-Koch-Institut

Abkürzung	Bedeutung
ACP	American College of Physicians
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNRI	Selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSNRI	Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSRI	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SVR	Sachverständigenrat
TK	Techniker Krankenkasse
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

1 Hintergrund

Das Versorgungsspektrum einer Krankheit ist vielfältig. Es reicht von der Primärprävention über verschiedenste Diagnose-, Therapie- und Betreuungsverfahren bis hin zu Rehabilitation und Nachsorge. Leitlinien sind wissenschaftlich basierte Instrumente, die den Umgang mit Krankheiten oftmals über die gesamte Versorgungskette hinweg abbilden.

Basierend auf einer systematischen Recherche der Literatur stellen evidenzbasierte Leitlinien die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zusammen und formulieren auf Basis dieser Evidenz und im Konsens mit entsprechenden Fachexperten Empfehlungen zu einzelnen Versorgungsaspekten einer Erkrankung. Diese Empfehlungen sollen den aktuellen und auf der besten verfügbaren Evidenz basierenden Präventions-, Diagnose-, Behandlungs- und / oder Rehabilitations- / Nachsorgestandard innerhalb eines Gesundheitssystems beschreiben. Eine systematische Recherche und Auswertung internationaler evidenzbasierter Leitlinien zu einzelnen Krankheitsentitäten kann daher einen umfassenden Überblick über bestehende Versorgungsstandards einer Erkrankung im internationalen Vergleich geben.

1.1 Beschreibung des Krankheitsbildes

Depressionen sind affektive Befindlichkeitsstörungen und zählen zu den psychischen Erkrankungen. Sie verursachen bei den Betroffenen eine erhebliche Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Typische Symptome sind Freud-, Interessen- und Antriebslosigkeit, aber auch körperliche Beschwerden wie Schmerzen oder Müdigkeit können auftreten. Bei einem Arztbesuch stehen letztere nicht selten im Vordergrund. Weitere Symptome der Erkrankung sind ein vermindertes Selbstwertgefühl, Appetit- und Schlafstörungen sowie unbegründete Selbstvorwürfe bzw. unangemessene Schuldgefühle und wiederkehrende Gedanken an den Tod. Depressionen sind die häufigste Ursache für Selbstmorde. Es wird angenommen, dass ca. 50 % der Suizide auf depressive Erkrankungen zurückzuführen sind [1].

In diesem Bericht wird ausschließlich die unipolare Depression, auch als „Major Depression“ (F32-F33 der ICD-10 [Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision]) [2] bezeichnet, berücksichtigt. Die Diagnose „Major Depression“ bezeichnet das Vorhandensein einer einzelnen Episode einer Depression (Major Depressive Episode [MDE]) oder zweier bzw. mehrerer depressiver Episoden (Major Depression, rezidivierend). Wenn Symptome einer Depression mindestens 2 Wochen bestehen ist eine Therapie indiziert.

Die „Major Depression“ wird nach dem Klassifikationssystem DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen – 4. Ausgabe) folgendermaßen definiert [3]:

A. Mindestens 5 der folgenden Symptome bestehen während derselben Zweiwochenperiode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar;

mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.

1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z. B. erscheint den Tränen nahe.)
 2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
 3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichtes in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen.
 4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.
 5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung).
 6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
 7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins).
 8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
 9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
- B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten Episode.
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hypothyreose) zurück.

- E. Die Symptome können nicht besser durch einfache Trauer erklärt werden, d. h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als 2 Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

Je nach der Anzahl der erfüllten Symptomkriterien, dem Schweregrad der einzelnen Symptome, dem Ausmaß funktionaler Beeinträchtigungen und dem subjektiven Leidensgefühl wird, sowohl im DSM-IV als auch in den Abstufungen des ICD-10 der Schweregrad als leicht, mittelgradig oder schwer charakterisiert [3]. Der ICD-10 verwendet hierbei eine Liste mit 10 Symptomen der Depression (Depressive Stimmung, Interessen- / Freudeverlust, Antriebslosigkeit / Erhöhte Ermüdbarkeit, Vermindertes Selbstwertgefühl / -selbstvertrauen, Selbstvorwürfe / Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Konzentrations- / Aufmerksamkeitsprobleme, psychomotorische Agitiertheit / Hemmung, Schlafstörungen, Appetitverlust). Mit Hilfe dieser Symptome wird die Depression folgendermaßen in 4 Gruppen eingeteilt:

- Keine Depression: Nachweis von weniger als 4 Symptomen
- Milde Depression: Nachweis von 4 Symptomen
- Mittelgradige Depression: Nachweis von 5 bis 6 Symptomen
- Schwere Depression: Nachweis von 7 oder mehr Symptomen mit / ohne psychotische Symptome

1.2 Epidemiologie

Depressionen sind in der Bevölkerung relativ häufig, wie der Weltgesundheitsbericht der WHO 2001 [4], aber auch der Bundesgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts 1998 [5] zeigen. Die 12-Monats-Prävalenz der unipolaren Depression wird bei Frauen auf 15 % und bei Männern auf 8,1 % geschätzt [5]. Es wird befürchtet, dass die Prävalenz depressiver Erkrankungen in den nächsten Jahren weiter ansteigt. Derzeit steht die Depression weltweit an dritter Stelle der Erkrankungen, die schwere und schwerste Einschränkungen des täglichen Lebens verursachen, und wird nach Schätzung der WHO im Jahr 2020 an zweiter Stelle stehen [6-8].

1.3 Sozialmedizinische Bedeutung und Public-Health-Perspektive

Der Sachverständigenrat Gesundheit gab bereits in seinem Gutachten 2000/2001 an, dass sowohl Patienten als auch einschlägige Fachgesellschaften Defizite in der Versorgung von depressiven Patienten sahen: Diagnosen wurden oft zu spät gestellt, in vielen Fällen war die medikamentöse Therapie nicht ausreichend, und im Bereich der Psychotherapie wurde von Unter-, Über- und Fehlversorgung berichtet [9].

2006 wurde im Rahmen der nationalen Gesundheitsziele [10] erneut auf die Bedeutung der Versorgung depressiver Patienten hingewiesen, insbesondere auf die Gefahr der Chronifizierung und des Suizids, aber auch auf die Belastung der Solidargemeinschaft durch direkte und indirekte Kosten.

Nach einer Untersuchung der Techniker Krankenkasse (TK), die 2,5 Millionen Versicherte betreut, waren im Jahr 2005 1,7 Millionen Fehltage auf psychische Leiden zurückzuführen. Durchschnittlich dauerte die Arbeitsunfähigkeit wegen Depression 56 Tage, bei rezidivierender Erkrankung auch länger (90 Tage) [11].

Das Statistische Bundesamt geht für das Jahr 2004 von 2,97 Milliarden Euro direkter Kosten für eine Behandlung von Depressionen bei Frauen und 1,22 Milliarden Euro bei Männern aus [12].

Die Deutsche Rentenversicherung gibt für das Jahr 2006 an, dass 89 186 Männer und 70 529 Frauen wegen Erwerbsminderung frühberentet wurden. Bei 27,9 % der Männer und bei 38,3 % der Frauen waren psychische Erkrankungen ursächlich [13].

Die Versorgung depressiver Patienten erfolgt einer Studie mit 412 Hausarztpraxen zufolge zu 75 % ambulant bei den Hausärzten, die die Erkrankung diagnostizieren [14]. Das o. g. Sachverständigengutachten von 2000/2001 geht davon aus, dass etwa 10 % der bei Hausärzten versorgten Patienten depressiv sind und ca. 4 % unter einer schweren depressiven Störung leiden.

2 Ziele der Synopse

Ziel des Vorhabens ist die Darstellung der vorhandenen evidenzbasierten Empfehlungen für die Versorgung von Patienten mit unipolarer Depression (einschließlich Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation), um hierdurch einen Überblick über bestehende Versorgungsstandards im internationalen Vergleich zu geben. Mithilfe der systematischen Zusammenstellung und des Vergleichs der Empfehlungen hochwertiger internationaler Leitlinien zur Krankheitsentität „Depression“ sollen Evidenz- bzw. Informationslücken oder -divergenzen zu Versorgungsaspekten identifiziert und Hinweise auf Bereiche mit weitergehendem Recherchebedarf gegeben werden.

Unter Berücksichtigung der Versorgungskette für Patienten mit unipolarer Depression wurden die folgenden Schritte bearbeitet:

- Systematische Recherche und Auswahl evidenzbasierter Leitlinien
- Darstellung der Kernempfehlungen aus den eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien, gruppiert nach Versorgungsaspekten
- Formulierung von zusammenfassenden „Kernaussagen“ auf Basis der Kernempfehlungen zu den einzelnen Versorgungsaspekten
- Identifizierung von möglichen Lücken / Divergenzen in der Darstellung von Versorgungsstandards in den Leitlinien

3 Methoden

3.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Synopse

3.1.1 Population

Die Zielpopulation der eingeschlossenen Leitlinien sind Männer und Frauen im Alter von 18 bis 65 Jahren mit unipolarer majorer Depression („Major Depression“, ICD-10: F32, F33, F34). Leitlinien, die primär spezifische Subpopulationen (z. B. Kinder und Jugendliche, Personen > 65 Jahren, Schwangere) behandeln, wurden nicht berücksichtigt. Gleichsam wurden Leitlinien, die sich primär mit der bipolaren Depression (ICD-10: F 31) oder mit weiteren anderen Erkrankungen, in deren Rahmen depressive Symptome auftreten können (z. B. schizoaffektive Störung, ICD-10: F 25; Schizophrenie, F 20; Demenz, F 00), nicht in die Leitliniensynopse eingeschlossen.

3.1.2 Versorgungsaspekte

Es wurden Leitlinien ausgewählt, die Empfehlungen zu einem oder mehreren der folgenden Versorgungsaspekte der unipolaren Depression beinhalten:

- Primärprävention / Gesundheitsförderung
- Sekundärprävention / Screening / Diagnostik
- Patienteninformation / -kommunikation
- Therapie (Pharmakotherapie / Psychotherapie / sonstige nichtmedikamentöse Therapien)
- Rehabilitation / soziale und berufliche Wiedereingliederung
- Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Versorger
- Implementierung von Empfehlungen / Qualitätssicherung

3.1.3 Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien

Die in den Bericht einbezogenen Leitlinien mussten alle nachfolgenden Ein- und keines der Ausschlusskriterien erfüllen:

Tabelle 1: Einschlusskriterien

Einschlusskriterien	
E1	Leitlinie beinhaltet Empfehlungen für die in 3.1.1 definierte Population zu den in 3.1.2 definierten Versorgungsaspekten
E2	Publikationszeitraum ab 2005
E3	Publikationssprachen: Deutsch, Englisch

Tabelle 2: Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien	
A1	Anderer Publikationstyp (z. B. systematische Übersicht, HTA-Bericht)
A2	Mehrfachpublikation ohne relevante Zusatzinformation
A3	Es existiert eine aktualisierte Version dieser Leitlinie.
A4	Es handelt sich um die Entwurfsfassung einer Leitlinie.
A5	Die Leitlinie ist nicht mehr aktuell (Überarbeitungsdatum überschritten bzw. von den Autoren als nicht mehr aktuell eingestuft).
A6	Keine Volltextpublikation verfügbar

Leitlinien, die vor dem Jahr 2002 erstellt wurden, wurden bereits im 1. Screeningschritt ausgeschlossen (siehe Abschnitt 3.2.1). Bei Leitlinien, die zwischen 2002 und 2004 erstellt wurden, wurde geprüft, ob die Leitlinie nach 2004 erneut als aktualisierte Version veröffentlicht wurde. War dies nicht der Fall, wurde die Leitlinie im zweiten Screeningschritt ausgeschlossen.

3.1.4 Methodische Ein- und Ausschlusskriterien

Bei den in die Bewertung eingeschlossenen Leitlinien musste erkennbar sein, dass bei der Generierung und Formulierung der Leitlinie eine methodische Systematik zur Anwendung kam, die die Evidenzbasierung der Leitlinie dokumentiert. Ausgeschlossen wurden Leitlinien, in denen keine systematische Literaturrecherche erfolgt war oder keine Evidenz im Sinne von Literaturzitataten in Kombination mit Evidenzeinstufungen (Levels of Evidence [LoE]) und / oder Empfehlungsgraden (Grades of Recommendation [GoR]) angegeben wurde.

Die Ersteller von evidenzbasierten Leitlinien verwenden unterschiedliche Systeme zur Evidenz- und Empfehlungseinstufung ihrer Empfehlungen [15-19]. Evidenzeinstufungen (LoE) sollen den Leser / Anwender einer Leitlinie in Kurzform über die Stärke (Qualität und Quantität) der der Empfehlung zu Grunde liegenden Evidenz informieren. Unter Evidenz wird hierbei die von den Leitlinienerstellern systematisch recherchierte und ausgewertete Primär- und Sekundärliteratur verstanden. Evidenzeinstufungen im Hinblick auf die (Nutzen-)

Bewertung medizinischer Interventionen basieren grundsätzlich auf folgender Hierarchie der Evidenz-Studientypen [20]: Zu den höchsten Evidenzstufen zählen systematische Übersichten und Metaanalysen von hochwertigen randomisierten klinischen Studien (RCTs) und hochwertige RCTs mit geringem Verzerrungspotenzial. Mittlere Evidenzstufen umfassen meist nicht-randomisierte Interventionsstudien, RCTs mit hohem Verzerrungspotenzial sowie prospektive und retrospektive Beobachtungsstudien. Andere nicht-experimentelle Studien (d. h. Fallserien, Fallberichte) sowie Expertenmeinung fallen in die untersten Stufen. Generell lässt sich festhalten, dass der höchste Evidenzgrad Studien mit dem geringsten Verzerrungspotenzial vorbehalten bleibt.

Empfehlungseinstufungen (GoR) geben dem Leser bzw. Anwender einer Leitlinie Informationen über die Stärke einer Leitlinienempfehlung. Sie gehen über die Evidenz-einstufungen hinaus, da sie nicht nur die Stärke der zugrunde gelegten Evidenz berücksichtigen, sondern in der Regel auch eine Abwägung der medizinischen, sozialen, patientenspezifischen und / oder ökonomischen Nutzen und Risiken einer Empfehlung beinhalten. Ebenso können sie Bezug auf die konkrete Versorgungssituation in einem Gesundheitssystem nehmen [15,17,19].

Für jede der gesichteten Leitlinien wurde dokumentiert, aufgrund welcher der Kriterien ein Ein- bzw. Ausschluss stattfand. Die folgende Abbildung (Abbildung 1) fasst die Schritte zusammen, mithilfe derer die Evidenzbasierung der Leitlinie geprüft wurde.

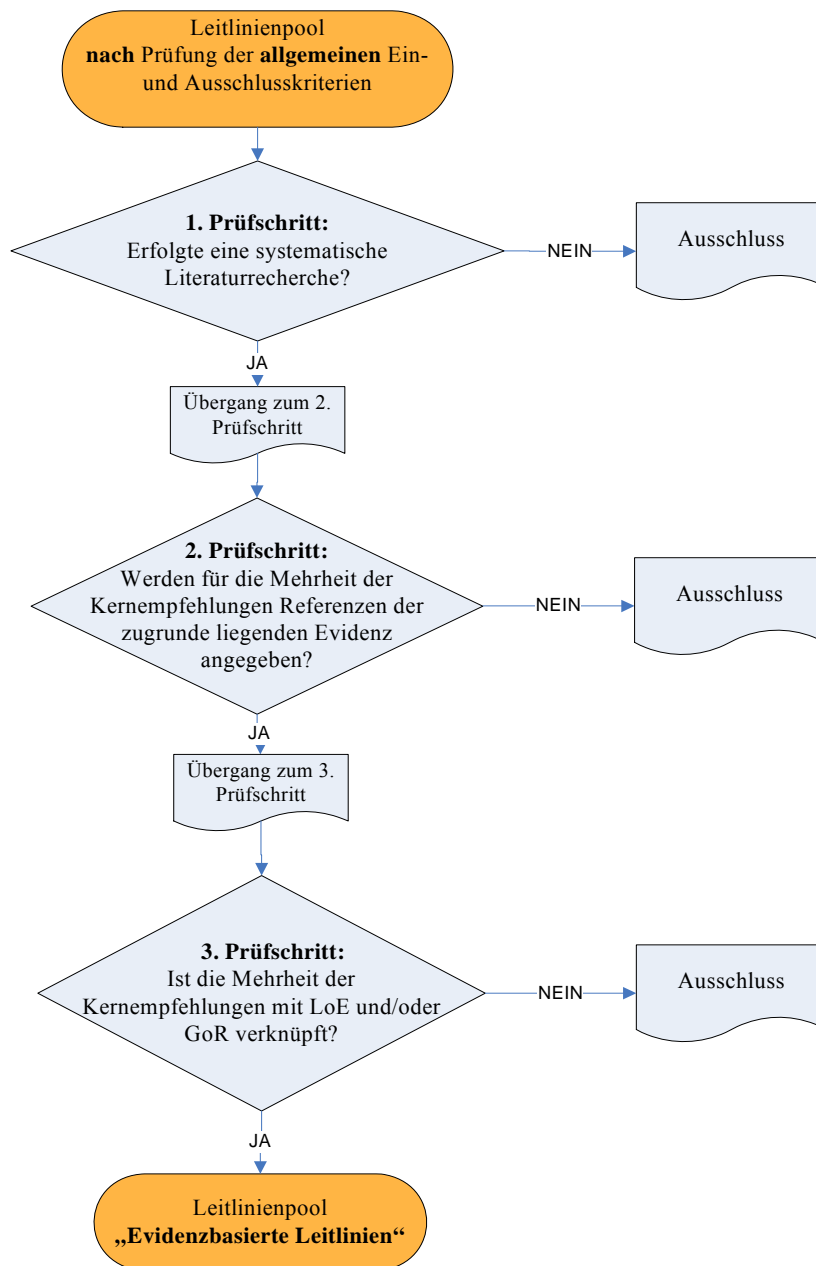


Abbildung 1: Schritte zur Prüfung der Evidenzbasierung einer Leitlinie

3.2 Informationsbeschaffung

3.2.1 Leitlinienrecherche

Die Suche nach relevanten Leitlinien wurde in folgenden Quellen durchgeführt:

Tabelle 3: Quellen für die Leitlinienrecherche

Leitliniendatenbanken	<ul style="list-style-type: none">▪ Leitlinien.de▪ Guidelines International Network (G-I-N)
------------------------------	--

Die Recherche erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden Leitlinien sowohl über die thematische Suche als auch über die Linksammlung von Leitlinien.de identifiziert. Hierbei wurden systematisch die Internetseiten der auf Leitlinien.de gelisteten Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken sowohl deutscher und ausländischer als auch fachübergreifender und fachspezifischer Organisationen durchsucht (einschließlich z. B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] und des National Guideline Clearinghouse [NGC]). Eingeschlossene Fachbereiche waren bei der Recherche innerhalb der fachspezifischen Leitlinienersteller die Allgemeinmedizin, Prävention, Psychiatrie und Rehabilitation. Im zweiten Schritt wurde über die Leitliniendatenbank des Guidelines International Network (G-I-N) sowie über deren Verlinkung zu anderen Leitlinienanbietern nach potenziell relevanten Leitlinien gesucht. Die Rechercheergebnisse sind in Abschnitt 4 beschrieben.

3.2.2 Identifizierung relevanter Leitlinien

Titel- und Abstractscreening

Die durch die Suche in den Leitliniendatenbanken identifizierten Zitate wurden anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, ihrer Abstracts bzw. Kurzfassung hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet (1. Screening). Leitlinien, die als potenziell relevant erachtet wurden, wurden anhand ihres Volltextes auf Relevanz sowie hinsichtlich der Ein- / Ausschlusskriterien geprüft.

Screening potenziell relevanter Volltexte

Die Überprüfung der Volltexte erfolgte von 2 Reviewern unabhängig voneinander. Dabei wurden die inhaltliche Relevanz, die Erfüllung der allgemeinen Ein- und Ausschlusskriterien gemäß Abschnitt 3.1.3 (2. Screening) und die Evidenzbasierung gemäß Abschnitt 3.1.4 (3. Screening) überprüft. Es wurden alle Leitlinien eingeschlossen, die von beiden Reviewern als relevant angesehen wurden. Bei unterschiedlichen Einschätzungen wurden die Abweichungen diskutiert und konsentiert.

3.3 Informationssynthese

Die eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien wurden – für jeden Versorgungsaspekt separat – einer strukturierten Informationssynthese unterzogen. Hierzu wurden zunächst die Kernempfehlungen im Originalwortlaut der entsprechenden Leitlinie tabellarisch zusammengestellt. Für jede Kernempfehlung (siehe Abschnitt 3.3.1) wurde dabei angegeben, auf welcher Evidenz diese beruht. Außerdem wurde/n die entsprechenden Seite/n in der Leitlinie benannt, auf der / denen sich die der Empfehlung zugrunde liegenden Referenzen befinden. Darüber hinaus wurden in den Extraktionstabellen die Evidenzeinstufungen und / oder Empfehlungsgrade für eine Empfehlung aufgeführt, sofern diese von den Leitlinienerstellern vergeben wurden (siehe hierzu Abschnitt 3.1.4).

Eine inhaltliche Überprüfung und Bewertung der den Kernempfehlungen zugrunde liegenden Evidenz erfolgte nicht. Basierend auf der tabellarischen Zusammenstellung der Kernempfehlungen wurden in der Folge „Kernaussagen“ (Abschnitt 3.3.2) zu jedem Versorgungsaspekt verfasst, die die Inhalte der Kernempfehlungen der verschiedenen Leitlinien zusammenfassen und potenzielle Differenzen zwischen Empfehlungen einzelner Leitlinien zu demselben Versorgungsaspekt hervorheben.

In fast allen Leitlinien befinden sich neben den eindeutig gekennzeichneten „Kernempfehlungen“ weitere Empfehlungen im Hintergrundtext. Diese sind jedoch nicht eindeutig als Empfehlungen gekennzeichnet. Es wurde daher nach Erstellung der Kernaussagen jede Leitlinie noch einmal daraufhin überprüft, ob im Hintergrundtext „implizite Empfehlungen“ vorhanden sind, die bestimmte Kernaussagen untermauern oder infrage stellen. Sofern Leitlinien im Hintergrundtext eine Kernaussage unterstützen, dies jedoch nicht im Rahmen einer explizit gekennzeichneten Empfehlung tun, so wird auf diese Tatsache in der Tabelle der Kernaussagen mit einem entsprechenden Symbol (☑) hingewiesen.

Empfehlungen, die sich speziell mit der Behandlung der Depression in Subgruppen beschäftigen, die nicht zur Zielpopulation dieser Untersuchung gehören (siehe Abschnitt 3.1.1), wurden nicht extrahiert.

Die Ersteller von Leitlinien verwenden unterschiedliche Systeme zur Evidenz- bzw. Empfehlungsgraduierung. Eine konsenterte (internationale) Vereinheitlichung dieser Systeme ist bislang noch nicht erfolgt. Um die Graduierungssysteme dennoch miteinander vergleichen zu können, wurden die individuellen Systeme in diesem Bericht einem einheitlichen System unterstellt. Dieses System fasst vergleichbare Evidenz- bzw. Empfehlungsgrade verschiedener Leitlinienanbieter in folgenden 3 Kategorien zusammen: schwache Evidenz bzw. Empfehlung, mittlere Evidenz bzw. Empfehlung, hohe Evidenz bzw. Empfehlung. Diese aggregierten Evidenz- bzw. Empfehlungskategorien wurden für jede Kernaussage angegeben, basierend auf den Einstufungen der Originalleitlinien. Sofern hier Diskrepanzen zwischen den Leitlinien bestanden, wurde ein Minimum-Maximum-Intervall für die Kategorisierung angegeben.

Folgende Symbolik wurde festgelegt, um die Lesbarkeit der Tabellen zu erhöhen:

Tabelle 4: Zusammenfassende Evidenz- und Empfehlungskategorien

Evidenz- und Empfehlungskategorie	Symbol
Starke Evidenz bzw. Empfehlung	↑ ↑
Mittlere Evidenz bzw. Empfehlung	↑
Schwache Evidenz bzw. Empfehlung	↔

Im Folgenden werden die beiden zentralen Begriffe dieses Berichtes, „Kernempfehlung“ und „Kernaussage“, mit einer Definition (siehe Abschnitte 3.3.1 und 3.3.2) versehen.

3.3.1 Definition des Begriffes „Kernempfehlung“

Als Kernempfehlungen wurden diejenigen Empfehlungen aus den eingeschlossenen Leitlinien identifiziert, die als solche von den Autoren der Leitlinie formal gekennzeichnet wurden. Hierunter sind eine Hervorhebung durch Format und / oder Schrifttyp, die Platzierung in einer separaten, entsprechend gekennzeichneten Tabelle oder auch der explizite Hinweis auf die Tatsache, dass es sich um eine Kernempfehlung handelt, zu verstehen.

3.3.2 Definition des Begriffes „Kernaussage“

Eine Kernaussage ist die Zusammenfassung von Kernempfehlungen verschiedener Leitlinien zu einem spezifischen Versorgungsaspekt, z. B. der Beendigung einer akuten depressiven Phase mit einem spezifischen Antidepressivum. Eine Kernaussage wird mit den aggregierten Evidenzstufen bzw. Empfehlungsgraden, die auf den Evidenzstufen / Empfehlungsgraden der zugrunde liegenden Kernempfehlungen basieren, verknüpft. Ergeben sich aus den Evidenz- oder Empfehlungseinstufungen der eingeschlossenen Leitlinien Einstufungsdiskrepanzen, werden diese als Minimum-Maximum-Intervall aufgeführt.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Die systematische Erstrecherche in den Leitliniendatenbanken (Leitlinien.de und G-I-N) erfolgte im Oktober 2008. Eine Nachrecherche erfolgte im Juni 2009. Insgesamt wurden 90 Internetseiten durchsucht. Bei den meisten handelte es sich um die Seiten der Institutionen bzw. Fachgesellschaften, die die Leitlinien herausgeben. Die im Einzelnen angewandte Suchstrategie richtete sich nach Aufbau und Möglichkeiten der jeweiligen Internetseite. Nur wenige Seiten ermöglichten eine Suche mit Schlagwörtern, sodass in der Regel jeweils die gesamte Liste von veröffentlichten Leitlinien durchgesehen wurde. Die verwendeten

Suchbegriffe sind in Anhang A dargestellt. Eine Liste aller durchsuchten Internetseiten von Leitlinienanbietern bzw. -datenbanken befindet sich in Anhang B.

Bei der Erstrecherche in den Leitliniendatenbanken wurden nach dem 1. Screening 57 potenziell relevante Leitlinien identifiziert, die anschließend im Volltext gescreent wurden (2. Screening). Im Rahmen des 2. und 3. Screenings wurden 51 Leitlinien ausgeschlossen. 6 Leitlinien genügten den allgemeinen Einschlusskriterien (und keinem der Ausschlusskriterien) sowie dem methodischen Einschlusskriterium einer dokumentierten Evidenzbasierung (siehe Abschnitt 3.1.3, 3.1.4 sowie Abbildung 1). Im Rahmen der Nachrecherche im Juni 2009, welche für den Zeitraum von November 2008 bis Juni 2009 durchgeführt wurde, wurden 2 weitere Leitlinien identifiziert, von denen eine den allgemeinen und spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien genügte.

Die insgesamt eingeschlossenen 7 Leitlinien sind in Tabelle 5 (sowie in Anhang C mit vollständiger Bibliografie) gelistet. Die im Volltext gescreenten aber ausgeschlossenen Leitlinien sind in Anhang D mit Ausschlussgrund gelistet. Der Ablauf der Recherche und die Ergebnisse der einzelnen Screeningschritte sind in Abbildung 1 dargestellt. Die Kernempfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien sind in Anhang G zusammengefasst. Jede der eingeschlossenen Leitlinien wurde mit einem Kürzel versehen, das im weiteren Verlauf des Berichtes zur Bezeichnung der Leitlinie genutzt wird.

4.2 Anfragen an Autoren oder Fachgesellschaften

Es wurden folgende Anfragen an Fachgesellschaften oder Autoren gestellt:

- Am 16.09.2008 wurde eine Anfrage an das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) bezüglich der geplanten Veröffentlichung der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Depression gestellt. Die NVL wird voraussichtlich noch in 2009 fertig gestellt und veröffentlicht werden.
- Am 02.12.2008 wurde eine Anfrage an den National Health Service, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), bezüglich der SIGN-Leitlinie „Non-pharmacological treatment of depression“, gestellt. Diese in der G-I-N Datenbank zur Veröffentlichung im Jahr 2009 angekündigte Leitlinie war auf der Webseite des SIGN nicht (oder nicht mehr) als geplante Leitlinie gelistet. In Beantwortung der Anfrage wurde jedoch bestätigt, dass eine Veröffentlichung dieser Leitlinie für Ende 2009 geplant ist.
- Am 07.12.2008 wurde eine Anfrage an die Deutsche Rentenversicherung (DRV) bezüglich der geplanten „Leitlinie für die Rehabilitation bei depressiven Störungen“, die auf der Webseite der DRV für das Jahr 2009 angekündigt ist, gestellt. Die Leitlinie ist derzeit erst in der Planungsphase und soll innerhalb der nächsten 2 Jahre erarbeitet werden.

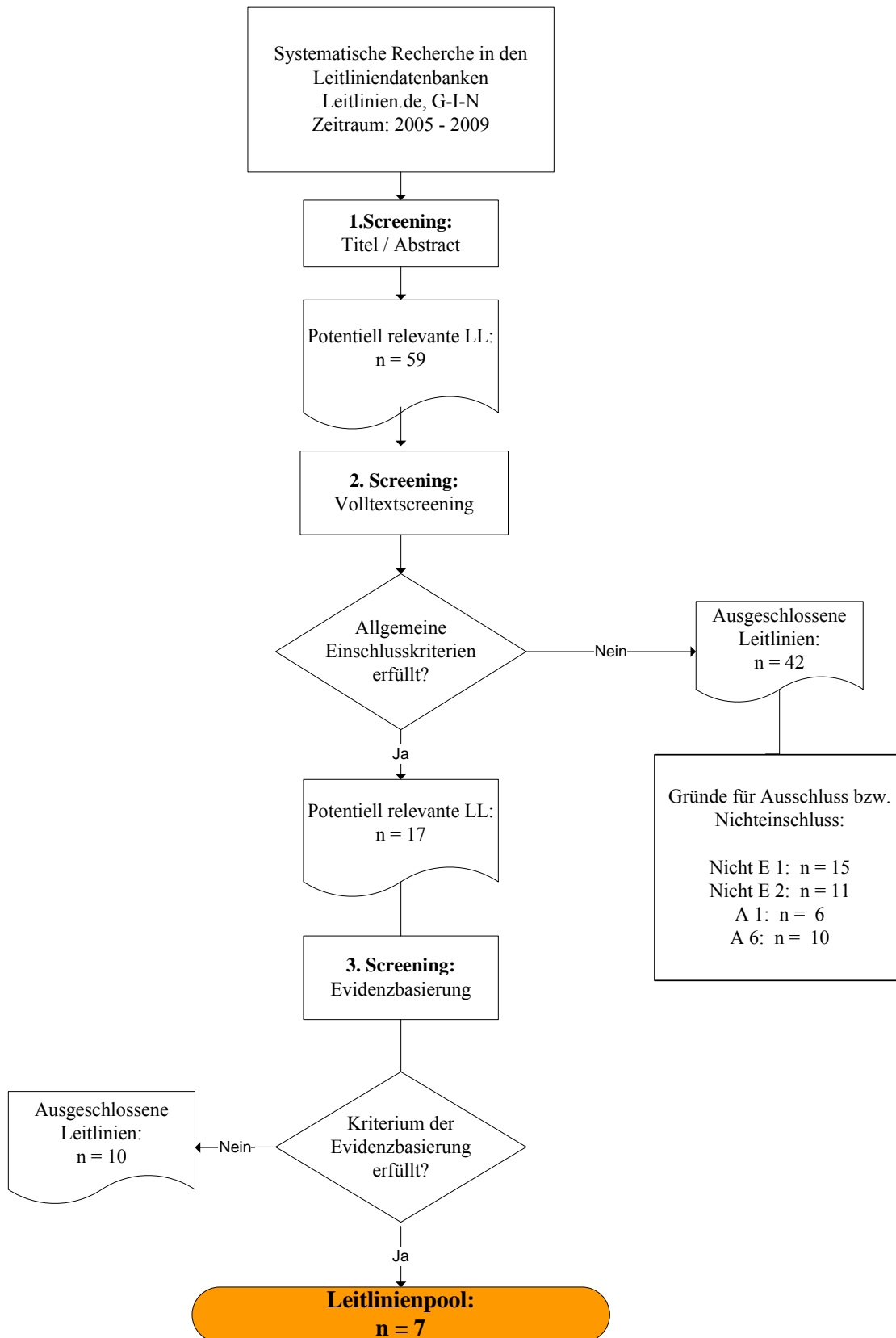


Abbildung 2: Leitlinienrecherche und Screening, Leitlinienpool Depression

Tabelle 5: Eingeschlossene Leitlinien

Leitliniennamen	Jahr	Herausgeber	Verwendete Abkürzung	Zielsetzung
Using Second-Generation Antidepressants to Treat Depressive Disorders: a Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians [21]	2008	American College of Physicians (ACP)	ACP	Medikamentöse Behandlung
Arzneiverordnungen in der Praxis: Depression, Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft [22]	2006	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	AKDÄ	Gesamte Versorgung, insbesondere medikamentöse Behandlung
Prescribing Antidepressants for Depression in 2005: Recent Concerns and Recommendations. CPA Position Statement [23]	2005	Canadian Psychiatric Association (CPA)	CPA	Medikamentöse Behandlung, Suizidalität
Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. [24]	2005	Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	CTF	Screening
Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care [25]	2009	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	ICSI	Gesamte Versorgung
Depression (amended): Management of depression in primary and secondary care, NICE Clinical Guideline 23 (amended) [26] ¹	2007	National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	NICE	Gesamte Versorgung
Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care, Evidence-based Best Practice Guideline [27]	2008	New Zealand Guidelines Group (NZGG)	NZGG	Gesamte Versorgung
1: Die überarbeitete NICE Leitlinie aus dem Jahr 2007 beruht auf der Vorgängerleitlinie aus dem Jahr 2004. Die Mehrheit der Referenzen, die den Empfehlungen der Leitlinie zugrunde liegen, befindet sich ausschließlich in der Vorgängerleitlinie aus 2004, auf die daher zum Zweck der Referenzangabe zurückgegriffen wurde. [28]				

4.2.1 Beschreibung der eingeschlossenen Leitlinien

ACP

Die Leitlinie „Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians (ACP)“ wurde im November 2008 vom ACP veröffentlicht [21]. Ziel der Leitlinie und des dieser zugrunde liegenden systematischen Reviews war es, den Nutzen und Schaden verschiedener Antidepressiva der zweiten Generation (Bupropion, Citalopram, Duloxetin, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Mirtazapin, Nefazodon, Paroxetin, Sertralin, Trazodon, Venlafaxin) im Vergleich zueinander zu untersuchen [21, 29]. Die Leitlinie enthält 4 Empfehlungen zur Behandlung mit den genannten Antidepressiva einschließlich Monitoring, Therapiewechsel und Erhaltungstherapie.

Die Methodik der Leitlinienerstellung wird in der Leitlinie kurz beschrieben. Die systematische Recherche wird dargestellt. Die Empfehlungen sind sowohl mit Evidenz- als auch Empfehlungseinstufungen verbunden. Die Evidenz wird sowohl in der Leitlinie als auch in dem systematischen Review, auf dem diese beruht, dargestellt und Referenzen werden angegeben. Darüber hinaus werden die Primärstudien in Evidenztabellen übersichtlich zusammengefasst.

AKDÄ

Die Leitlinie „Depression“ der AkdÄ ist im Jahr 2006 in einer Kurz- und in einer Langfassung erschienen und enthält eindeutig identifizierbare Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie der Depression. Andere Bereiche wie Screening, Diagnose oder Psychotherapie werden zwar ausführlich im Hintergrundtext besprochen. Zum Teil werden zu diesen Versorgungsaspekten auch Empfehlungen gegeben, jedoch nicht in Form formal gekennzeichnete Kernempfehlungen. Die Leitlinie gibt einen guten Überblick über die in Deutschland verfügbaren Antidepressiva und bespricht die bestehenden Pharmakotherapien einschließlich Dosierungsempfehlungen, unerwünschter Wirkungen, Interaktionen und Kontraindikationen. Die grundsätzliche Methodik der Leitlinienerstellung wird in allgemeiner Form im Anhang der Leitlinie selbst wiedergegeben. Dieser „kurzgefasste Leitlinienreport zur Methodik“ befindet sich auch auf der Internetseite des AkdÄ [22,30]. Eine detaillierte Dokumentation des Vorgehens bei der Recherche und Auswahl der Evidenz im Rahmen der Erstellung der spezifischen Leitlinie „Depression“ liegt nicht vor. Eine Dokumentation der den Empfehlungen zugrunde liegenden Evidenz wird nur in Form von Referenzen gegeben, nicht jedoch in Form von Evidenztabellen o. Ä. Die AkdÄ nimmt eine Evidenzkategorisierung ihrer Empfehlungen vor, vergibt jedoch darüber hinaus keine Empfehlungsgrade.

CPA

Das „CPA Position Statement“ der Canadian Psychiatric Association (CPA) ist ein „Addendum“ zur Leitlinie „Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders“ der CPA, die im Jahr 2001 im Canadian Journal of Psychiatry veröffentlicht wurde [31]. Letztere wurde von der Bearbeitung ausgeschlossen, da sie außerhalb des Recherchezeitraums publiziert wurde. Das eingeschlossene „Addendum“, d. h. die Ergänzungsleitlinie aus dem Jahr 2005, baut inhaltlich auf der Leitlinie aus 2001 auf. Sie beinhaltet eine thematisch eingeschränkte Recherche und Auswertung „neuerer“ Evidenz (ab 2001) in Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Einnahme bestimmter Antidepressiva und (möglicherweise erhöhter) Suizidalität. Die Leitlinie aus dem Jahre 2001 hatte die Antidepressiva Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) und Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SNRI) sowie verschiedene andere neuere Antidepressiva als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung von Patienten mit Depression verschiedener Altersgruppen empfohlen. Die Ergänzungsleitlinie war notwendig geworden, da vermehrt Berichte über Aggressionen und Suizidalität in Zusammenhang mit der Einnahme der genannten Antidepressiva vorgelegt wurden.

Insgesamt enthielt die Leitlinie 5 eindeutig gekennzeichnete Kernempfehlungen („Clinical Recommendations for Prescribing Antidepressants“), davon 2 ausschließlich für Kinder und Jugendliche.

Die Methodik der Leitlinienerstellung ist weder in der Ergänzungsleitlinie selbst noch in der Vorgängerleitlinie aus dem Jahr 2001 oder einem veröffentlichten Methodenpapier ausführlich beschrieben. In der Ergänzungsleitlinie wird jedoch angegeben, dass eine systematische Recherche erfolgte. Außerdem ist die zugrunde liegende Evidenz in Form von Referenzen im Hintergrundtext angegeben. Evidenzlevel für die Empfehlungen wurden ebenfalls vergeben. Eine ausführliche Dokumentation der Recherche und der Bewertung der Evidenz (Ein- / Ausschlussgründe, Evidenztabellen) liegt nicht vor.

CTF

Die Leitlinie „Screening for depression in primary care“ der „Canadian Task Force on Preventive Health Care“ (CTF) ist eine Überarbeitung der Vorgänger-Leitlinie aus dem Jahr 1994, in der von einem Screening im Primärarztbereich abgeraten wurde. 2002 leitete die Task Force erneut eine systematische Recherche ein, mit dem Ziel, die obige Empfehlung auf Basis der Evidenz der letzten 10 Jahre zu überprüfen. Diese systematische Recherche und Auswertung der Literatur bildete die Grundlage für eine weitere systematische Recherche der Task Force und die Veröffentlichung einer überarbeiteten Leitlinie im Jahr 2005. Abgesehen von 3 eindeutig gekennzeichneten Kernempfehlungen zum Thema „Screening im Primärarztsetting“ (davon eine für Kinder und Jugendliche) enthält die Leitlinie keine Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten der Depression.

Einige grundlegende methodische Informationen zur Erstellung der Leitlinie werden in der Leitlinie selbst gegeben. Sie basiert dementsprechend auf den Ergebnissen einer systematischen Recherche. Die Referenzen der den Empfehlungen zugrunde liegenden Evidenz werden angegeben. Weitere Informationen zur Methodik wie z. B. die Evidenz- und Empfehlungsgradkategorisierungen aber auch die Bewertung der Evidenz und der abgeleiteten Empfehlungen werden in einem „Technical Report“ aus dem Jahre 2004 ausführlich besprochen [32].

ICSI

Die Leitlinie „Clinical Practice Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care“ des „Institute for Clinical Systems Improvement“ (ICSI) wurde im Mai 2008 veröffentlicht. Im Jahr 2009 wurde ein Update der Leitlinie veröffentlicht, welches aber bis auf einige Literaturergänzungen weder im Hintergrundtext noch in den Empfehlungen Änderungen enthielt. Die Leitlinie aus 2008 wurde daher durch die Leitlinie aus 2009 ersetzt. Sie deckt ein Versorgungsspektrum von Screening und Diagnose bis hin zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten der Pharmako- und Psychotherapie ab. Die ICSI-Leitlinie ist eine der wenigen Leitlinien, die konkrete Empfehlungen zur Umsetzung (Implementierung) der Leitlinie gibt. Darüber hinaus benennt sie ein Spektrum von „Qualitätsindikatoren“, mit deren Hilfe die Umsetzung bzw. der Erfolg von Leitlinienempfehlungen gemessen werden kann. Die Implementierungsempfehlungen wurden in das Arbeitspapier unter dem Aspekt der „Qualitätssicherung“ aufgenommen.

Allgemeine methodische Aspekte der Leitlinienerstellung werden zum Teil in der Leitlinie selbst besprochen, zum Teil auch in den Dokumenten „Development and Revision Process for Guidelines, Order Sets, and Protocols“ und „Evidence Grading System“, welche über die ICSI-Internetseite abrufbar sind [33]. Die den Empfehlungen zugrunde liegende Literatur wird sowohl im Hintergrundtext zu den Empfehlungen als auch in einem Anhang zur Leitlinie referenziert. Diese Referenzen sind gleichzeitig mit Evidenzeinstufungen versehen, die sowohl in der Leitlinie als auch im Methodenpapier „Evidence Grading System“ erläutert sind. Eine Empfehlungseinstufung in Form von „Conclusion Grades“, die im ICSI-Methodenpapier „Evidence Grading System“ ausführlich besprochen werden und denen regelhaft ausführliche Evidenztabelle zugrunde liegen, wurde im Fall der Depressionsleitlinie für keine Empfehlung vorgenommen. In den Extraktionstabellen wurden daher allein die Evidenzeinstufungen der einer Empfehlung zugrunde liegenden Literatur angegeben.

NICE

Die Leitlinie „Depression: Management of depression in primary and secondary care“, vom National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) entwickelt und vom National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Auftrag gegeben, wurde im Jahr 2004 veröffentlicht [34]. Im Jahr 2006 wurde die Leitlinie in großen Teilen überarbeitet und als überarbeitete Version 2007 erneut, jedoch in gekürzter Form, veröffentlicht (Depression

[amended], Erscheinungsdatum: April 2007). Die überarbeitete Kurzversion der NICE-Leitlinie aus dem Jahr 2007 wurde in den vorliegenden Bericht eingeschlossen und die entsprechenden Empfehlungen extrahiert. Hintergrundinformationen zur Methodik der Leitlinienerstellung und insbesondere Referenzen zu den nicht von den Änderungen betroffenen Empfehlungen wurden der Langversion der Leitlinie aus dem Jahre 2004 entnommen (NICE 2004). Derzeit befindet sich die NICE-Leitlinie erneut in Überarbeitung und soll Mitte / Ende des Jahres 2009 in einer überarbeiteten Langversion veröffentlicht werden.

Die NICE-Leitlinie widmet dem Prozess und der Methodik ihrer Erstellung ein eigenes Kapitel (Kapitel 3: „Methods used to develop this guideline“). In diesem Kapitel werden folgende methodische Aspekte der Leitlinienerstellung besprochen: die Zusammensetzung der Erstellergruppe und die klinischen Fragestellungen der Leitlinie, die systematische Recherche einschließlich des Prozesses der Ableitung von Empfehlungen (basierend auf Evidenztabellen) mit Evidenz- / Empfehlungsgraduierung, das „Sicherheitsmonitoring“ der verschiedenen Antidepressiva (durch die Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency [MHRA]), die durchgeführte Recherche nach gesundheitsökonomischen Untersuchungen, die Form und das Ausmaß der Einbindung der verschiedenen Stakeholder in die Leitlinienerstellung sowie die Validierung der Leitlinie durch verschiedene Reviewprozesse. Zusätzlich zur allgemeinen Methodik der Leitlinienerstellung dokumentiert NICE alle Schritte der Erstellung, insbesondere auch die Recherche, Auswahl und Auswertung der den Empfehlungen zugrunde liegenden Evidenz, sehr ausführlich in einer Reihe von Anhängen zur Leitlinie [34].

Die NICE-Leitlinie umfasst Empfehlungen zum gesamten Versorgungsspektrum der Depression, von Screening und Diagnostik über Pharmako- und Psychotherapie bis hin zur Rehabilitation / beruflicher Wiedereingliederung und ist damit eine der umfassendsten der eingeschlossenen Leitlinien. Die Kernempfehlungen der Leitlinie sind klar gekennzeichnet und leicht zu identifizieren. Die NICE-Leitlinie ist die einzige eingeschlossene Leitlinie, die ökonomische Aspekte (d. h. die Ergebnisse von Kosten-Effektivitäts-Analysen) explizit bei der Empfehlungsformulierung berücksichtigt.

Über die Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsaspekten der Depression hinaus gibt die NICE-Leitlinie auch „Key research recommendations“ (Forschungsempfehlungen) ab, in denen Hinweise darauf gegeben werden, in welchen Bereichen bei der Formulierung von Empfehlungen zu den verschiedenen Versorgungsaspekten Lücken in der Evidenz offensichtlich wurden und daher weiterer Forschungsbedarf besteht. Obwohl diese Forschungsempfehlungen nicht Teil der Empfehlungsextraktion zu den Versorgungsaspekten in diesem Bericht waren, sind sie dennoch in Tabelle 24 dargestellt und werden in der Diskussion besprochen.

NZGG

Die Leitlinie „Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care“ wurde im Juli 2008 veröffentlicht und ist daher die aktuellste der eingeschlossenen Leitlinien. Die Leitlinie berücksichtigt, wie auch die NICE-Leitlinie, ein breites Versorgungsspektrum der Depression.

Die NZGG-Leitlinie beschreibt die Methodik der Leitlinienentwicklung in einem gesonderten Anhang zur Leitlinie. In diesem Anhang wird u. a. kurz beschrieben, in welchen Bereichen eine systematische Recherche durchgeführt wurde und in welchen Bereichen auf bestehende internationale Leitlinien zurückgegriffen wurde. Die den Empfehlungen zugrunde liegenden Referenzen befinden sich im Hintergrundtext zu den Empfehlungen. Darüber hinaus wird in diesem Anhang darauf hingewiesen, dass sowohl die Rechercheprotokolle als auch eine Dokumentation der Einschlusskriterien von Leitlinien / Studien sowie Evidenztabelle zur eingeschlossenen Literatur über die NZGG-Internetseite abrufbar sind. In einem weiteren Anhang werden darüber hinaus die verwendeten Evidenz- und Empfehlungsgraduierungskriterien sowie -einstufungen beschrieben, die in Anlehnung an die des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) entstanden sind.

4.2.2 Klassifizierung der Depression in den eingeschlossenen Leitlinien

Die Klassifizierung der Diagnose „Depression“ erfolgt in den eingeschlossenen Leitlinien, wie auch in Abschnitt 1.1 beschrieben, anhand des ICD-10 bzw. des DSM-IV. Hierbei wird in milde, moderate und schwere Depression (mit oder ohne psychotische Symptome) unterteilt.

Darüber hinaus verwendet u. a. die NICE-Leitlinie die Begriffe „recurrent depression“, „treatment-resistant depression“ und „chronic depression“, die in der Leitlinie selbst folgendermaßen definiert werden:

Bei einer „recurrent depression“ (rezidivierenden Depression) tritt nach gewissen Phasen der Remission einmal oder wiederholt eine erneute MDE auf.

„Chronic depression“ (chronische Depression) wird diagnostiziert, wenn eine Person die diagnostischen Kriterien der Depression mindestens über 2 Jahre aufweist.

Patienten, die eine „treatment-resistant depression“ (therapieresistente Depression) aufweisen, reagieren nur sehr gering auf eine Initialtherapie. Die therapieresistente Depression wird in dieser Leitlinie als eine Form der Depression beschrieben, bei der eine sequenzielle Behandlung mit 2 oder mehreren Antidepressiva in einer adäquaten Dosis und in einer adäquaten Zeit keine Wirksamkeit zeigt.

4.2.3 Kategorisierung der Evidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen

Die individuellen Evidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen der Leitlinien wurden in folgende aggregierte Evidenz- bzw. Empfehlungskategorien zusammengefasst:

- hoch (hohe Evidenz bzw. starke Empfehlung, ↑↑)
- mittel (mittlere Evidenz bzw. Empfehlung, ↑)
- niedrig (schwache Evidenz bzw. Empfehlung, ⇔)

Die Zuteilung der jeweiligen leitlinienspezifischen Einstufungssysteme zu den zusammenfassenden Evidenz- / Empfehlungskategorien ist in den folgenden Tabellen dargestellt. Da in den Leitlinien AKDÄ, CPA und ICSI keine Empfehlungsgrade vergeben werden, wurden aggregierte Empfehlungsgrade nur für die Leitlinien ACP, CTF, NICE und NZGG erstellt. Die Angaben zu den Evidenz- und Empfehlungsgradeinteilungen in den einzelnen Leitlinien und die Erläuterungen hierzu, die in Tabelle 6 und Tabelle 7 dargestellt sind, sind Originalzitate aus den Leitlinien.

Tabelle 6: Evidenzkategorisierung

Leitlinie ⇨	ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI
Aggregierte Evidenzkategorie	Evidenzkategorien der Leitlinien				
Starke Evidenz ↑↑	High Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.	↑↑ Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie) bzw. durch eine oder mehrere valide Meta-Analysen oder systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Positive Aussage gut belegt. ↓↓ Negative Aussage (z. B. zu Wirksamkeit oder Risiko) wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Meta-Analysen bzw. systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Negative Aussage gut belegt.	1 Metaanalysis or replicated randomized controlled trial (RCT) that includes a placebo condition.	I Good A study (including meta-analyses or systematic reviews) that meets all design-specific criteria well.	A Randomized controlled trial M Meta analysis, Systematic review

(Fortsetzung)

Tabelle 6 (Fortsetzung): Evidenzkategorisierung

Leitlinie ⇔	NICE	NZGG ¹
Aggregierte Evidenzkategorie	Evidenzkategorien der Leitlinien	
Starke Evidenz ↑↑	I Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials. (Grade A: At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation.)	+ Assigned when most or most of validity criteria met.
1: Hinweis: Die Evidenzlevel der NZGG beruhen auf der Anwendung von methodischen Checklisten zur Prüfung der Studienqualität (anhand methodischer Kriterien), die das Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) für folgende Studientypen entwickelt hat: systematische Reviews / Meta-Analysen, randomisierte kontrollierte klinische Studien, Kohortenstudien, Fall-Kontrollstudien, diagnostische Studien, ökonomische Evaluationen. (Weitere Informationen siehe: http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html)		

(Fortsetzung)

Tabelle 6 (Fortsetzung): Evidenzkategorisierung

Leitlinie ⇒	ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI
Aggregierte Evidenzkategorie	Evidenzkategorien der Leitlinien				
Mittlere Evidenz ↑	Moderate Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.	↑ Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie). Positive Aussage belegt. ¹	2 At least 1 RCT with placebo or active comparison condition ¹	<p>Research Design Rating:</p> <p>II-1 Evidence from controlled trial(s) without randomization</p> <p>II-2 Evidence from cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one centre or research group.</p> <p>Quality (Internal Validity) Rating:</p> <p>Fair A study (including meta-analyses or systematic reviews) that does not meet (or it is not clear that it meets) at least one design-specific criterion but has no known "fatal flaw".</p>	<p>B Cohort Study</p> <p>C Non-randomized trial with concurrent or historical controls, Case-control study, Study of sensitivity and specificity of a diagnostic test, population-based descriptive study</p>
1: Sofern es sich um mehrere adäquate, valide klinische Studien handelt, würde die höchste aggregierte Evidenzkategorie zutreffen (↑↑)					

(Fortsetzung)

Tabelle 6 (Fortsetzung): Evidenzkategorisierung

Leitlinie ⇔	NICE	NZGG ¹
Aggregierte Evidenzkategorie	Evidenzkategorien der Leitlinien	
Mittlere Evidenz ↑	IIa Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation. IIb Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study. III Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies.	~ Assigned when some of criteria met and where unmet criteria are not likely to affect the validity, magnitude/precision or applicability of the results markedly.
1: Hinweis: Die Evidenzlevel der NZGG beruhen auf der Anwendung von methodischen Checklisten zur Prüfung der Studienqualität (anhand methodischer Kriterien), die das Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) für folgende Studientypen entwickelt hat: systematische Reviews / Meta-Analysen, randomisierte kontrollierte klinische Studien, Kohortenstudien, Fall-Kontrollstudien, diagnostische Studien, ökonomische Evaluationen. (Weitere Informationen siehe: http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html)		

(Fortsetzung)

Tabelle 6 (Fortsetzung): Evidenzkategorisierung

Leitlinie ⇨	ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI
Aggregierte Evidenzkategorie	Evidenzkategorien der Leitlinien				
Schwache Evidenz ⇨	Low Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.	⇨ Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder schädigende Wirkung belegen. Dies kann begründet sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.	3 Uncontrolled trial with 10 or more subjects 4 Anecdotal case reports	II-3 Research Design Rating: Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention; dramatic results in uncontrolled experiments could be included here. III Opinions of respected authorities, based on clinical experience; descriptive studies or reports of expert committees. Quality (Internal Validity) Rating: Poor A study (including meta-analyses or systematic reviews) that has at least one design-specific* "fatal flaw", or an accumulation of lesser flaws to the extent that the results of the study are not deemed able to inform recommendations.	D Cross-sectional study, case series, case report M Decision analysis, cost-effectiveness-analysis R Consensus statement, consensus report, narrative review X Medical Opinion

(Fortsetzung)

Tabelle 6 (Fortsetzung): Evidenzkategorisierung

Leitlinie ⇔	NICE	NZGG ¹
Aggregierte Evidenzkategorie	Evidenzkategorien der Leitlinien	
Schwache Evidenz ⇔	IV Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities NICE Evidence from NICE guideline or Technology Appraisal	X Assigned when few or none of the criteria met.
1: Hinweis: Die Evidenzlevel der NZGG beruhen auf der Anwendung von methodischen Checklisten zur Prüfung der Studienqualität (anhand methodischer Kriterien), die das Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) für folgende Studientypen entwickelt hat: systematische Reviews / Meta-Analysen, randomisierte kontrollierte klinische Studien, Kohortenstudien, Fall-Kontrollstudien, diagnostische Studien, ökonomische Evaluationen. (Weitere Informationen siehe: http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html)		

Tabelle 7: Empfehlungskategorisierung

Leitlinie ⇔	ACP ¹		
Aggregierte Empfehlungskategorie	Empfehlungskategorien der Leitlinie		
	Strength of Recommendation		
	Quality of Evidence	Benefits Clearly Outweigh Risks and Burden OR Risks and Burden Clearly Outweigh Benefits	Benefits Finely Balanced with Risks and Burden
Starke Empfehlung ↑↑	High Moderate Low	Strong	
Mittlere Empfehlung ↑	n. a.	n. a.	n. a.
Schwache Empfehlung ↔	High Moderate Low		Weak
	Insufficient evidence to determine net benefits or risks	I-recommendation	
1: Die Empfehlungseinstufung des ACP erfolgte in Anlehnung an das GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)-System, wurde jedoch leicht modifiziert.			

Tabelle 7 (Fortsetzung): Empfehlungskategorisierung

Leitlinie ⇨	CTF	NICE
Aggregierte Empfehlungskategorie	Empfehlungskategorien der Leitlinien	
Starke Empfehlung ↑↑	A The CTF concludes that there is good evidence to recommend the clinical preventive action.	A At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation.
Mittlere Empfehlung ↑	E The CTF concludes that there is good evidence to recommend against the clinical preventive action. B The CTF concludes that there is fair evidence to recommend the clinical preventive action.	B Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence.
Schwache Empfehlung ⇔	D The CTF concludes that there is fair evidence to recommend against the clinical preventive action. C The CTF concludes that the existing evidence is conflicting and does not allow making a recommendation for or against use of the clinical preventive action, however other factors may influence decision-making.	C Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available.
	I The CTF concludes that there is insufficient evidence (in quantity and / or quality) to make a recommendation, however other factors may influence decision-making.	GPP Recommended good practice based on the clinical experience of the GDG (Guideline Development Group). NICE Evidence from NICE guideline or technology appraisal .

(Fortsetzung)

Tabelle 7 (Fortsetzung): Empfehlungskategorisierung

Leitlinie ⇔	NZGG
Aggregierte Empfehlungskategorie	Empfehlungskategorien der Leitlinien
Starke Empfehlung ↑↑	A The recommendation is supported by good evidence (based on a number of studies that are valid, consistent, applicable and clinically relevant).
Mittlere Empfehlung ↑	B The recommendation is supported by fair evidence (based on studies that are valid, but there are some concerns about the volume, consistency, applicability and clinical relevance of the evidence that may cause some uncertainty but are not likely to be overturned by other evidence).
Schwache Empfehlung ⇔	C The recommendation is supported by international expert opinion. GPP Good Practice Points: ✓ Where no evidence is available, best practice recommendations are made based on the experience of the Guideline Development Team, or feedback from consultation within New Zealand.

4.3 Ergebnisse der Informationssynthese

4.3.1 Übersicht über Versorgungsaspekte, zu denen Empfehlungen abgegeben werden

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die gesamte Versorgungskette bei Patienten mit Depression. Zusätzlich ist in der Tabelle gekennzeichnet, zu welchen Aspekten der Versorgung in den eingeschlossenen Leitlinien Kernempfehlungen abgegeben werden.

Tabelle 8: Übersicht über die Versorgungsaspekte, die in den Leitlinien behandelt werden

Versorgungsaspekt	Leitlinie						
	ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZG G
Primärprävention / Gesundheitsförderung	-	-	-	-	-	-	-
Sekundärprävention / Screening	-	-	-	X	X	X	X
Diagnostik	-	-	-	-	X	X	X
Patienteninformation / -kommunikation	-	-	-	-	X	X	X
Pharmakotherapie							
▪ Antidepressiva, allgemein	X	-	X	-	X	X	X
▪ Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)	X	X	X	-	-	X	X
▪ Monoaminoxidase(MAO)-Inhibitoren	-	X	-	-	-	X	-
▪ Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) / Trizyklika	-	X	-	-	-	X	-
▪ Weitere Antidepressiva (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a.), Kombinationen / Augmentationstherapien	X	X	-	-	X	X	-
▪ Phytotherapeutika	-	X	-	-	-	X	-
▪ Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe	X	X	-	-	X	X	X
▪ Suizidprävention	-	X	X	-	X	X	X
Nichtmedikamentöse Therapie							
▪ Psychotherapie / psychosoziale Interventionen	-	-	-	-	X	X	X
▪ Weitere nichtmedikamentöse Interventionen	-	-	-	-	X	X	-
Maßnahmen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung	-	-	-	-	-	X	-
Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Versorger	-	-	-	-	X	X	X
Implementierung / Qualitätssicherung	-	-	-	-	X	-	-

4.3.2 Informationssynthese in Form von Kernaussagen

In der folgenden Tabelle 9 befindet sich die inhaltliche Zusammenfassung der extrahierten Empfehlungen in Form von Kernaussagen, gruppiert nach den in Tabelle 8 dargestellten Versorgungsaspekten.

Hinter jeder Kernaussage befindet sich die aggregierte Evidenz- und / oder Empfehlungskategorie sowie die Information, welche Leitlinien konkrete Empfehlungen enthielten, die zur Formulierung der Aussage geführt haben. Ein Haken (✓) bedeutet, dass die Leitlinie die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Empfehlung unterstützt. Ein grau hinterlegter Haken (☒) bedeutet, dass eine Leitlinie die Aussage zwar im Hintergrundtext im Kern unterstützt, hierzu jedoch keine explizite Empfehlung ausspricht. Da einige Leitlinien ausschließlich Empfehlungsgrade angeben und andere ausschließlich eine Einstufung der zugrunde liegenden Evidenz vornehmen, konnten für einige Kernaussagen nur aggregierte Evidenzkategorien und für andere nur aggregierte Empfehlungsgrade benannt werden.

Abkürzungen, die im Text der Kernaussagen in Tabelle 9 verwendet werden, sind, sofern nicht schon zuvor im Berichtstext genannt, einmal im vollen Wortlaut ausgeschrieben und befinden sich darüber hinaus im Abkürzungsverzeichnis des Berichtes.

Die Kernempfehlungen, auf den die Kernaussagen in Tabelle 9 beruhen, sind in Anhang G tabellarisch dargestellt. Bei den in Anhang G extrahierten Empfehlungen handelt es sich um Originalzitate aus den eingeschlossenen Leitlinien (Tabelle 10 bis Tabelle 24). In den Tabellen werden die Originalevidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen der Leitlinienersteller zitiert sowie, sofern angegeben, die Seite/n in der Leitlinie genannt, auf der / denen sich die jeweilige Empfehlung und die zugrunde liegenden Referenzen befinden.

Tabelle 9: Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Primärprävention / Gesundheitsförderung (KE siehe Tabelle 10)									
Keine Empfehlungen, daher keine Kernaussage möglich	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sekundärprävention / Screening (KE siehe Tabelle 10)									
Ein Hochrisikogruppen-Screening ¹ in der hausärztlichen Praxis und im Krankenhaus (Grundversorgung) wird empfohlen.	↔ -	- ↔	- -	- -	- -	☑ -	✓ -	- ✓	- ✓
Mindestens 2 Fragen zu Stimmung und Interesse unter Berücksichtigung möglicher Ursachen der Depression sollten gestellt werden.	-	↑	-	-	-	☑	☑	✓	✓
Empfehlenswert ist ein Screening im Primärarztsetting insbesondere in Versorgungssystemen mit integriertem Feedback, Behandlung und Follow-up.	↑-↑↑	↑	-	-	-	✓	-	-	-
Diagnostik (KE siehe Tabelle 10)									
Die Diagnosestellung sollte gemäß DSM-IV (bzw. ICD-10) erfolgen.	↔-↑↑	-	-	☑	-	-	✓	☑	☑
Die Diagnosestellung kann mithilfe eines standardisierten Patientenfragebogens (z. B. PHQ-9) erfolgen.	↔-↑↑ -	- ↑	- -	- -	- -	- -	✓ -	- -	- ✓
Die Diagnostik sollte eine umfassende Anamnese sowie differenzialdiagnostisch andere psychische oder somatische Erkrankungen als Ursachen bzw. komplizierend einbeziehen. Ebenso sollten soziale, kulturelle und zwischenmenschliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden.	↔ -	- ↔	- -	☑	-	-	✓ -	- ✓	- ✓
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlungen ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. 1: Hochrisikogruppen sind z. B. Personen mit chronischen Erkrankungen, mit physischen Symptomen, einer Vorgeschichte psychischer Erkrankungen oder eines Selbstmordversuchs.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Patienteninformation / -kommunikation (KE siehe Tabelle 11)									
Patienten, Familien und Betreuern sollten Informationen über die Erkrankung, den Verlauf, die Behandlungsalternativen/-ergänzungen (z. B. Selbsthilfe-gruppen) einschließlich möglicher Suizidgefahr gegeben werden.	↔ -	- ↔	- -	☑	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
Eine Einschätzung der Suizidgefahr des Patienten sollte bei jedem Kontakt erfolgen.	-	↔	-	-	-	-	☑	✓	-
Eine regelmäßige Kontrolle / Monitoring durch den behandelnden Arzt und / oder sein Team (auch telefonisch) sollte erfolgen.	↔-↑↑ -	↑-↑↑	✓ ✓	☑	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
Behandlungsschritte sollten im Rahmen eines strukturierten Behandlungsplans / -protokolls dokumentiert werden.	↔-↑↑ -	- ↑	- -	- -	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
Patientenpräferenzen sind immer zu berücksichtigen.	↔ -	- ↔	☑	☑	- -	- -	- -	- ✓	- ✓
Die Benutzung einer klaren und verständlichen Sprache und die Erklärung von Fachbegriffen sind in der Kommunikation mit dem Patienten wichtig.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Informationsmaterialien etc. sollten in der Muttersprache des Patienten bereitgestellt werden und kulturelle Besonderheiten müssen berücksichtigt werden.	↔ -	- ↔	- -	- -	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Pharmakotherapie – Antidepressiva allgemein (KE siehe Tabelle 12)									
Jede Behandlungsentscheidung sollte die Symptomatik, psychosoziale Einflussfaktoren, Komorbiditäten, Vorgeschichte und Patientenpräferenzen einbeziehen.	↑ -	- ↔	☑ -	- -	- -	- -	✓ -	- -	- ✓
Leichte Depression Zur Primärbehandlung einer leichten Depression werden Antidepressiva nicht empfohlen.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Zur Primärbehandlung einer leichten Depression kann eine alleinige Psychotherapie bzw. die Durchführung psychosozialer Maßnahmen versucht werden.	-	↔	-	☑	-	-	☑	-	✓
Mittelschwere Depression Bei mittelschwerer Depression werden Antidepressiva oder Psychotherapie empfohlen (abhängig von Vorgeschichte, Kontraindikationen, Präferenzen, u. a.).	↔-↑↑ -	- ↑	- -	☑	-	-	✓ -	- -	- ✓
Bei mittelschwerer Depression sollte routinemäßig vor einer psychologischen Intervention eine Therapie mit Antidepressiva angeboten werden.	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-
Schwere / mittelschwere Depression mit unzureichendem Behandlungserfolg Bei schwerer bzw. mittelschwerer Depression sollte ein kombinierter Einsatz von Antidepressiva und Psychotherapie erwogen werden.	↔-↑↑ -	- ↑	- -	- -	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
Immer zu beachten sind Kontraindikationen, potenzielle Interaktionen und Nebenwirkungen der Medikamente sowie Begleiterkrankungen. Ein regelhaftes aktives Monitoring und Case-Management sind wichtig.	- ↔-↑	↔ ↔-↑	☑	☑	- ✓	- -	☑	✓ -	- ✓
Der Patient muss über die Bedeutung einer regelmäßigen Einnahme und mögliche Auswirkungen eines Therapieabbruchs informiert werden. Bei Therapiewechsel muss eine langsame Ausschleichen des alten und Aufdosierung des neuen Medikamentes erfolgen (Gefahr von Wechselwirkungen, Serotoninsyndrom).	-	↔	☑	-	-	-	-	✓	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Pharmakotherapie – Antidepressiva allgemein (KE siehe Tabelle 12)									
Therapieresistente / Chronische Depression Patienten mit therapieresistenter bzw. chronischer Depression sollte eine Kombination von Verhaltenstherapie und Antidepressiva angeboten werden	-	↑-↑↑	-	-	-	-	☑	✓	-
Bei nur teilweisem Ansprechen auf ein Antidepressivum nach 3-4 Wochen sollte die Dosis erhöht werden. Bei Nichtansprechen / unzureichendem Ansprechen nach 4-8 Wochen: Dosiserhöhung / Wechsel des Antidepressivum, ergänzende / veränderte Psychotherapie, ggf. Überweisung an den Facharzt.	↑ -	- ↔-↑↑	✓ ✓	- -	- -	- -	- -	- ✓	- ✓
Pharmakotherapie – selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) (KE siehe Tabelle 13)									
Zur Behandlung akuter depressiver Episoden sind SSRI als Mittel der ersten Wahl empfohlen und in der Wirksamkeit den Trizyklika (TZA) gleichwertig.	↑↑	- ↑-↑↑	- -	✓ -	✓ -	- -	☑	- ✓	- ✓
SSRI sind im Vergleich zu TZA zu bevorzugen, da sie weniger Nebenwirkungen haben und weniger Therapieabbrüche beobachtet wurden.	-	↑↑	-	☑	-	-	☑	✓	✓
Bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen ist Sertralin das Mittel der Wahl.	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-
Mittelschwere bis schwere Depression Bei Auftreten von erhöhter Agitation, Unruhe, Angstzuständen, Suizidgedanken sollte die Medikation überprüft werden (Wechsel des Antidepressivums, kurzfristige Benzodiazepin-Komedikation oder bei Wirkungslosigkeit ggf. zweites SSRI). Ein aktives und regelmäßiges Monitoring ist unerlässlich.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	☑
Atypische Depression Patienten mit atypischen Depressionen sollten mit SSRI behandelt werden. Bei Nichtansprechen ist eine Überweisung an einen Facharzt indiziert.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	☑
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Pharmakotherapie-Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAO-Inhibitoren) (KE siehe Tabelle 14)									
Moclobemid, ein reversibler MAO-Inhibitor vom Typ A, ist gleich antidepressiv wirksam wie SSRI und TZA.	↑↑	-	-	✓	-	-	-	-	-
Bei Wechsel auf Moclobemid muss die vorherige Medikation ausgeschlichen werden.	-	↑↑	-	-	-	-	-	✓	-
Atypische Depression Phenelzin (Monitoring, Gefahr der Toxizität bei Überdosierung) sollte bei Frauen mit atypischer Depression erwogen werden, wenn sie SSRI nicht vertragen. Ein engmaschiges Monitoring (regelmäßige Blutdruckmessung) sowie Informierung des Patienten hinsichtlich potenzieller Interaktionen sollte erfolgen.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Pharmakotherapie – nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) / Trizyklika (TZA) (KE siehe Tabelle 15)									
TZA sind bei akuten Depressionen wirksam.	↑↑	-	-	✓	-	-	-	-	-
TZA werden bei Patienten mit melancholischer Depression empfohlen.	-	↔	-	-	-	-	-	-	✓
Die geringere Verträglichkeit von TZA im Vergleich zu SSRI ist zu beachten (insbesondere Kardiotoxizität und Toxizität bei Überdosierung / Suizidalität, hohes Interaktionspotenzial).	-	↑	-	☑	-	-	☑	✓	-
TZA sollten nicht eingesetzt werden bei hohem Risiko für Herzrhythmusstörungen und vor Kurzem erlittenem Herzinfarkt.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Imipramin wird von Frauen weniger gut vertragen.	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Pharmakotherapie – weitere Antidepressiva (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a. ¹, Kombinations- / Augmentationstherapien (KE siehe Tabelle 16)									
Neue Antidepressiva ¹ sind ähnlich gut wirksam wie SSRI und TZA.	↑↑	-	☑	✓	-	-	-	-	-
Aufgrund vergleichbarer Wirksamkeit sollten Antidepressiva der zweiten Generation ² unter Abwägung von Nebenwirkungen, Kosten und Patientenpräferenzen ausgewählt werden.	↑ -	- ↑↑	✓ ✓	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Reboxetin: Überwachung ist wegen fehlender Daten zu Nebenwirkungen wichtig.	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-
Mirtazapin: Sedierende Wirkung und eine mögliche Gewichtszunahme sind zu berücksichtigen.	-	↑↑	-	☑	-	-	-	✓	-
Venlafaxin: Eine höhere nebenwirkungsbedingte Therapieabbruchwahrscheinlichkeit im Vergleich zu gleich wirksamen Antidepressiva ist zu beachten. Nebenwirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem und eine geringere Überdosierungssicherheit / höheres Suizidalitätsrisiko im Vergleich zu SSRI (insbesondere bei jungen Erwachsenen) sind zu berücksichtigen.	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-
Venlafaxin sollte nicht eingesetzt werden bei hohem Risiko für Herzrhythmusstörungen, vor Kurzem erlittenem Herzinfarkt oder unkontrolliertem Bluthochdruck.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Psychotische Depression Psychotische Patienten sollten neben Antidepressiva auch antipsychotische Medikamente einnehmen. Behandlungsdauer und Dosierung sind noch unbekannt.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. 1: Venlafaxin / Duloxetin (SSNRI); Mirtazapin / Mianserin (Alpha2-Adrenozeptor-Antagonisten); Reboxetin (Selektiver Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitor [SNRI]) 2: Einschließlich Bupropion, Citalopram, Duloxetin, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Mirtazapin, Nefazodon, Paroxetin, Sertralin, Trazodon, Venlafaxin.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Pharmakotherapie – weitere Antidepressiva (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a. ¹, Kombinations- / Augmentationstherapien (KE siehe Tabelle 16)									
Bei therapieresistenter Depression kann unter Beachtung der Neben- und Wechselwirkungen ein zweites Antidepressivum (auch gleiche Klasse) verordnet werden (z. B. Mianserin / Mirtazapin in Ergänzung zu einem SSRI).	↔-↑↑ -	- ↔	- -	☑	- -	- -	✓ -	- ✓	- -
Als zweites Antidepressivum eignen sich SSRI oder Mirtazapin / Mianserin, aber auch Weitere (z. B. Moclobemid, Reboxetin) oder TZA. Venlafaxin kann bei schwereren Depressionen eingesetzt werden.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	☑
Bei Patienten, die auf verschiedene Antidepressiva nicht angesprochen haben, sollte eine Augmentationsbehandlung mit Lithium erwogen werden (EKG durchführen).	↔-↑↑ -	- ↑	- -	☑	- -	- -	✓ -	- ✓	- -
Bei Kombinations- / Augmentationstherapien sollte ein engmaschiges Monitoring erfolgen (z. B. Gefahr eines Serotoninsyndroms, bei Phenelzin / Venlafaxin: Gefahr der Toxizität bei Überdosierung, bei Mianserin: Gefahr einer Agranulocytose)	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Andere Kombinationen von Antidepressiva als die o. g. sollten vor Verschreibung mit einem Kollegen diskutiert werden.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Eine Kombination mit Carbamazepin, Lamotrigin, Buspiron, Pindolol, Valproat oder Schilddrüsenhormonen ist in der Routineversorgung der therapieresistenten Depression nicht zu empfehlen.	-	↑	-	☑	-	-	-	✓	-
Dosulepin und Benzodiazepine werden zur Verstärkung von Antidepressiva nicht empfohlen.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. 1: Venlafaxin / Duloxetin (SSNRI); Mirtazapin / Mianserin (Alpha2-Adrenozeptor-Antagonisten); Reboxetin (Selektiver Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitor [SNRI])									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Pharmakotherapie – Phytotherapeutika (KE siehe Tabelle 17)									
Leichte bis mittelschwere Depression Johanniskraut ist im Vergleich zu Placebo bei leichten bis mittelschweren Depressionen wirksam.	↑↑	-	-	✓	-	-	-	-	☑
Johanniskraut sollte wegen möglicher schwerwiegender Medikamenteninteraktionen nicht verordnet werden. Patienten sollten über potenzielle Interaktionen mit Kontrazeptiva, Antikoagulanzen und krampflösenden Medikamenten aufgeklärt werden.	-	↔	-	☑	-	-	-	✓	-
Mittelschwere bis schwere Depression Johanniskraut ist bei mittelschwerer bis schwerer Depression nicht wirksamer als Placebo und sollte nicht verordnet werden.	↔	-	-	✓	-	-	-	-	-
	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Pharmakotherapie – Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe (KE siehe Tabelle 18)									
Die Remissionserhaltung nach erfolgreicher Akuttherapie sollte mit dem eingesetzten Antidepressivum in unveränderter Dosierung über 6 Monate fortgesetzt werden (auch wenn in Kombinationstherapie mit Lithium).	↔-↑ -	- ↑-↑↑	✓ ✓	☑	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
Die Rezidivprophylaxe ist für SSRI / TZA bei unipolaren Depressionen gut belegt.	↑↑	-	-	✓	-	-	-	-	-
Eine regelmäßige Überprüfung der Therapie wird empfohlen.	-	↔-↑	-	-	-	-	-	✓	✓
Für uni- und bipolare Depressionen ist die Wirksamkeit einer Prophylaxe mit Lithium eindeutig belegt. Lithium ist Amitriptylin überlegen.	↑↑	-	-	✓	-	-	-	-	-
Lithium sollte zur Verhinderung einer rezidivierenden Depression nicht allein gegeben werden.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Bei unzureichendem Ansprechen auf Lithium oder bei Unverträglichkeit ist Carbamazepin Mittel der (zweiten) Wahl.	↑	-	-	✓	-	-	-	-	-
Zur Remissionsstabilisierung mit Johanniskraut kann aufgrund mangelnder Kernempfehlungen keine Kernaussage formuliert werden.	↔	-	-	✓	-	-	-	-	-
Andere Antikonvulsiva werden zur Rezidivprophylaxe nicht empfohlen.	↔	-	-	✓	-	-	-	-	-
Patienten mit wiederholten depressiven Episoden sollten 2 Jahre die antidepressive Therapie fortsetzen, und zwar in der im Rahmen der Remission bewährten Dosis.	-	↑	☑	-	-	-	-	✓	☑
Über den Zeitrahmen von 2 Jahren hinaus sollte die Therapienotwendigkeit unter Beachtung von Alter, Komorbidität und anderer Risikofaktoren überprüft werden.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Pharmakotherapie – Suizidprävention (in der Akut- und Erhaltungstherapie) (KE siehe Tabelle 19)									
Für SSRI und viele neuere Antidepressiva (SNRI u.a.) konnte bislang keine bzw. nur geringe Evidenz für eine auftretende / gesteigerte Suizidalität erbracht werden.	↑↑	-	-	-	✓	-	-	-	-
Es sollte ein engmaschiges Monitoring im Hinblick auf potenziell auftretende / erhöhte Suizidalität, insbesondere in der Einstellungsphase auf Antidepressiva, erfolgen. Eine Informierung des Patienten zu entsprechenden möglichen Nebenwirkungen ist unerlässlich.	↑ -	- ↔-↑	☑	☑	✓ ✓	- -	- -	- ✓	- ✓
Für eine langfristige Therapie mit Antidepressiva ist nicht belegt, dass das Suizidrisiko vermindert wird.	↔	-	-	✓	-	-	-	-	✓
Eine Behandlung mit Lithium kann die Suizidrate reduzieren. Lithium ist Carbamazepin dabei überlegen.	↑	-	-	✓	-	-	-	-	-
Patienten unter Antidepressiva, die jünger als 30 Jahre sind oder ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, sollten sich wöchentlich vorstellen.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	✓
Patienten mit hohem Suizidrisiko sollten unter Beachtung der Toxizität bei Überdosierungen (insbesondere von Trizyklika) nur kleine Mengen Antidepressiva verschrieben werden (engmaschiges Monitoring ist wichtig).	↑ -	- ↔	✓ -	✓ -	- -	- -	- -	- -	- ✓
Bei Vorliegen ernster Suizidgedanken, psychotischer Symptome oder schwerer / anhaltender Vernachlässigung sollte eine Überweisung ins Krankenhaus erfolgen.	↔ -	- ↔	- -	- -	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Nichtmedikamentöse Therapie – Psychotherapie / Psychosoziale Intervention (KE siehe Tabelle 20)									
Leichte bis mittelschwere Depression Eine alleinige psychotherapeutische / psychosoziale Behandlung (unterstützende Gespräche, Selbstmanagement, Problemlösungstherapie, kognitive Verhaltenstherapie u. a.) kann bei leichter bis mittelschwerer Depression versucht werden (6-8 Sitzungen über 10-12 Wochen)	-	↔	-	☑	-	-	☑	✓	✓
„Hilfe zur Selbsthilfe“ basierend auf der kognitiven Verhaltenstherapie wird empfohlen.	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-
Mittelschwere bis schwere, chronische / therapieresistente Depression Zusätzlich zur pharmakologischen Therapie stehen evidenzbasierte psychotherapeutische / psychosoziale Interventionen zur Verfügung.	-	↑	-	☑	-	-	☑	✓	✓
Die Psychotherapie der ersten Wahl ist die kognitive Verhaltenstherapie (CBT). Gegebenenfalls kann die Interpersonelle Therapie versucht werden. (16-18 Sitzungen über 6-9 Monate)	-	↑	-	-	-	-	☑	✓	✓
Eine Kombinationstherapie mit Pharmako- und Psychotherapie sollte bei Erstdiagnose einer schweren Depression sowie bei chronischer, sehr schwerer oder therapieresistenter Depression erfolgen.	-	↑	-	☑	-	-	-	✓	✓
Eine Paartherapie sollte bei depressiven Patienten erwogen werden, die einen Lebenspartner haben und von einer Individualtherapie nicht profitiert haben.	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie							
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG	
Nichtmedikamentöse Therapie – Psychotherapie / Psychosoziale Intervention (KE siehe Tabelle 20)										
Eine kognitive Verhaltenstherapie sollte z. B. dann alleinig eingesetzt werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antidepressiva oder Behandlungsalternativen										
▪ nicht durchführen können oder wollen (z. B. aufgrund von Nebenwirkungen),	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-	-
▪ andere Maßnahmen (Antidepressiva, CBT u. a.) keine angemessene Wirkung zeigen,	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-	-
▪ nicht durchführen können oder wollen, aber eine Erhaltungstherapie aufgrund eines erhöhten Rückfallrisikos notwendig erscheint.	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-	-
Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (normalerweise in Gruppentherapie) sollte bei Patienten erwogen werden, die schon 3 oder mehr Depressionsepisoden durchlebt haben (Rezidivprophylaxe).	-	↑	-	-	-	-	-	✓	-	-
Nichtmedikamentöse Therapie – weitere nichtmedikamentöse Interventionen (KE siehe Tabelle 20)										
Leichte Depression										
▪ Schlaf- und Angstmanagement, „Watchful Waiting“, Bewegungstherapie	↔ -	- ↔	- -	☑	-	-	-	✓ -	- ✓	☑ -
▪ Lichttherapie bei leichter bis mittelgradig rezidivierender Depression mit saisonalen Einflüssen	↔-↑↑	-	-	☑	-	-	-	✓	-	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.										

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Nichtmedikamentöse Therapie – weitere Nichtmedikamentöse Interventionen (KE siehe Tabelle 20)									
Schwere Depression Elektrokrampftherapie (EKT): EKT sollte bei Patienten mit schwerer Depression nur dann erwogen werden, wenn eine schnelle und kurzfristige Besserung einer schweren Symptomatik angestrebt wird, die durch andere Behandlungsoptionen nicht erreicht werden kann / konnte oder die einen lebensbedrohlichen Zustand auslöst / ausgelöst hat. (Einschränkungen siehe KE)	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
	↑	-	-	☑	-	-	✓	-	-
Chronische Depression Wenn die Depression über einen längeren Zeitraum zum Verlust der Arbeitsstelle oder zum Rückzug von anderen sozialen Aktivitäten geführt hat, sollte ein entsprechendes Rehabilitationsprogramm erwogen werden.									
	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Koordination und Kooperation – Koordination von medizinischen Maßnahmen und Kooperation der Leistungserbringer (KE siehe Tabelle 22)									
Wenn die Behandlung sowohl Primärarzt /-ärzte als auch Spezialisten einbezieht, sollte eine klare Abstimmung zwischen den beteiligten Ärzten und Betreuern sowie dem Patienten und seiner Familie in Bezug auf Behandlung und Monitoring erfolgen.	↑-↑↑ -	- ↔	- -	- -	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
Eine „integrierte“ Versorgung des Patienten sollte gefördert / sichergestellt werden und ein „therapeutisches Bündnis“ zwischen den verschiedenen Versorgern und dem Patienten entstehen.	↔-↑↑ -	- ↔	- -	- -	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
Eine evidenzbasierte Behandlung sollte erfolgen. Behandlungsschritte sollten im Rahmen eines strukturierten Behandlungsplans / -protokolls dokumentiert werden.	↔-↑↑ -	- ↔-↑	- -	- -	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
Eine Überweisung zum Spezialisten sollte erwogen werden:									
▪ zur diagnostischen Abklärung, wenn andere psychische/physische Erkrankungen als Ursache bzw. komplizierende Komorbiditäten infrage kommen.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
▪ wenn ein Patient auf verschiedene Formen der Therapie (Kombinations- / Augmentationstherapie) nicht in der erwarteten Weise anspricht.	↔ -	- ↔	- -	☑	-	-	✓ -	- ✓	- ✓
▪ wenn ein Patient mit atypischer Depression und starken funktionellen Einschränkungen auf die Therapie mit SSRI nicht anspricht.	-	↔	-	-	-	-	-	✓	-
Eine teilstationäre / stationäre Einweisung sollte erfolgen:									
▪ bei Vorliegen einer akuten suizidalen Gefährdung / psychotischen Symptomen / Selbstvernachlässigung oder wenn ein Patient für andere eine unmittelbare Bedrohung darstellt.	↔ -	- ↔	- -	- -	- -	- -	✓ -	- ✓	- ✓
EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung ✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung. ☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.									

(Fortsetzung)

Tabelle 9 (Fortsetzung): Kernaussagen, gruppiert nach Versorgungsaspekten

Kernaussage ↓	EVK ↓	EMK ↓	Leitlinie						
			ACP	AKDÄ	CPA	CTF	ICSI	NICE	NZGG
Implementierung von Empfehlungen / Qualitätssicherung (KE siehe Tabelle 23)									
Empfehlungen zur Implementierung von Leitlinienempfehlungen und zur Qualitätssicherung hat nur die Leitlinie ICSI abgegeben, jedoch ohne Angabe von Evidenz- oder Empfehlungsgraden. Diese Empfehlungen sprechen verschiedene Aspekte der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen an. Sie zielen darauf ab, eine optimale Versorgung des Patienten mit Depression zu erreichen und diese jederzeit durch „Qualitätsindikatoren“ überprüfbar zu machen. Folgende Fragestellungen werden im Rahmen dieser Empfehlungen aufgeworfen:	-	-	-	-	-	-	✓	-	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existieren zuverlässige Systeme zur Feststellung, ob ein Patient an Depression leidet (Screening, Diagnose)? Wie gut ist die Diagnose dokumentiert? ▪ Wie gut ist die Zusammenarbeit aller Ärzte / Betreuer? Wie wird der Patient zum Selbstmanagement angeleitet und wie (gut) werden er und seine Familie einbezogen / informiert? ▪ Wie sind der regelmäßige Kontakt zum Patienten und das Therapiemonitoring organisiert? ▪ Wie gut werden das Therapieansprechen / -nichtansprechen sowie Remissions- und Rückfallraten erfasst und dokumentiert? <p>Entsprechende Systeme zur Erfassung und Evaluation der o. g. Fragestellungen müssen / sollten gemäß ICSI-Leitlinie bestehen. Verschiedene Qualitätsindikatoren zur Erfassung dieser Fragestellungen werden in der ICSI-Leitlinie vorgeschlagen.</p>									
<p>EVK: Evidenzkategorie; EMK: Empfehlungskategorie; KE: Kernempfehlung</p> <p>✓ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.</p> <p>☑ Die Leitlinie unterstützt die Kernaussage im Hintergrundtext, jedoch nicht im Rahmen einer konkreten Kernempfehlung.</p>									

4.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Kernempfehlungen aus den 6 in den Bericht eingeschlossenen Leitlinien wurden in Tabellen extrahiert und für die einzelnen Versorgungsaspekte inhaltlich zu Kernaussagen zusammengefasst. Diese Kernaussagen wurden um aggregierte Evidenz- bzw. Empfehlungskategorien basierend auf den originären Evidenz- bzw. Empfehlungsgraden der jeweiligen Leitlinienersteller (siehe Tabelle 6 und Tabelle 7) ergänzt.

Manche der eingeschlossenen Leitlinien adressieren nur einen oder einige wenige der in Tabelle 8 genannten Versorgungsaspekte. Andere adressieren ein weites Spektrum an Versorgungsaspekten. Da die Leitlinien für verschiedene Gesundheitssysteme erstellt wurden und sich die Adressaten unterscheiden, beschreiben und gewichten darüber hinaus die Leitlinien z. B. soziokulturelle oder strukturelle (Kooperation / Koordination der Leistungserbringer) Aspekte der Versorgung in ihren Empfehlungen unterschiedlich.

Die einzige eingeschlossene deutsche Leitlinie, die AKDÄ-Leitlinie, legt bei ihren Kernempfehlungen einen Schwerpunkt auf die Pharmakotherapie. Sie beschreibt jedoch im Hintergrundtext auch diagnostische und nichtmedikamentöse Verfahren zur Erkennung bzw. Behandlung der Depression. Auch die amerikanische ACP-Leitlinie konzentriert sich auf die pharmakologische Behandlung der Depression, namentlich die Behandlung mit Antidepressiva der zweiten Generation und untersucht mögliche Unterschiede in Nutzen und Schaden zwischen den einzelnen Antidepressiva dieser Kategorie. Die englische NICE-, die neuseeländische NZGG- und amerikanische ICSI-Leitlinie enthalten zu den meisten Aspekten der Versorgungskette Kernempfehlungen. Der Versorgungsaspekt der Primärprävention der Depression wird in keiner der eingeschlossenen Leitlinien thematisiert. Das Thema Rehabilitation wird nur in der NICE-Leitlinie aufgegriffen, die hierzu jedoch auch nur eine konkrete Empfehlung in Bezug auf die „chronische Depression“ gibt. Die kanadischen Leitlinien CTF und CPA konzentrieren sich auf je einen Aspekt der Versorgung. Die CTF-Leitlinie formuliert Empfehlungen zum Depressionsscreening im Primärarztbereich für verschiedene Altersgruppen. Die CPA-Leitlinie wurde mit dem Ziel erstellt, eine zuvor veröffentlichte Verschreibungsempfehlung für verschiedene Antidepressiva im Hinblick auf deren potenzielle Wirkung auf die Suizidalität von Patienten zu überprüfen.

Der Versorgungsaspekt „Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Leistungserbringer“ wird nur von den Leitlinien NICE und ICSI ausführlich behandelt. Der Schwerpunkt beider Leitlinien liegt hier auf der Empfehlung, eine „integrierte Versorgung“ des Patienten mit Depression zu fördern, d. h. eine enge Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser) im Rahmen einer evidenzbasierten Versorgung sicherzustellen. Hierbei wird die Bedeutung einer strukturierten Behandlung und Überwachung des Patienten unterstrichen. ICSI beschreibt im Rahmen der integrierten Versorgung das sogenannte „Collaborative Care Model“ sehr ausführlich und belegt dessen Effektivität mit hohen Evidenzeinstufungen. In diesem Zusammenhang wird die wichtige

Rolle des sogenannten „Care Managers“, der die Behandlung und das Monitoring des Patienten über alle Ebenen der Leistungserbringung hinweg überwacht und koordiniert, hervorgehoben.

Zum Versorgungsaspekt „Implementierung von Empfehlungen und Qualitätssicherung“ gibt einzig die amerikanische ICSI-Leitlinie Empfehlungen ab („Key implementation recommendations“). Ergänzend schlägt sie hierzu eine Auswahl von Qualitätsindikatoren vor, mit deren Hilfe die Einhaltung bzw. die Umsetzung von Empfehlungen überprüft werden kann.

Die Evidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen zu den Kernaussagen reichten in einigen Fällen über 2 oder mehr Evidenz- bzw. Empfehlungsstufen (\uparrow - $\uparrow\uparrow$ oder \leftrightarrow - $\uparrow\uparrow$). In 2 Fällen wurden unterschiedliche Kernaussagen zur Behandlung eines bestimmten Schweregrades der Depression formuliert. Diese Kernaussagen spiegeln die Empfehlungen verschiedener Leitlinien wieder, in denen alternative Vorgehensweisen befürwortet werden. Während beispielsweise die NICE-Leitlinie zur Primärbehandlung einer leichten Depression von einem Einsatz von Antidepressiva abrät, beschränkt sich die NZGG-Leitlinie auf eine Empfehlung zugunsten der Psychotherapie bzw. zugunsten der Durchführung psychosozialer Maßnahmen, ohne jedoch explizit vom Einsatz von Antidepressiva abzuraten. Bei mittelschwerer Depression empfiehlt die NICE-Leitlinie, dass die Behandlung mit Antidepressiva einer psychotherapeutischen Intervention vorausgehen sollte, während die NZGG-Leitlinie einen alternativen Einsatz beider Behandlungsformen unterstützt.

Inhaltlich inkongruent sind die Empfehlungen zur Behandlung der leichten Depression mit Johanniskraut. Hier wird das Johanniskraut zwar von der AkdÄ-Leitlinie als wirksam empfohlen. Gleichzeitig wird jedoch von der NICE-Leitlinie aufgrund potenzieller schwerer Interaktionen mit anderen Medikamenten von einer Verschreibung von Johanniskraut grundsätzlich abgeraten. Im Hintergrundtext zu ihrer Empfehlung weist jedoch auch die AkdÄ darauf hin, dass ein Behandlungsversuch mit Johanniskraut allenfalls zur kurzzeitigen Behandlung leichterer Formen der Depression und unter Berücksichtigung möglicher Wechselwirkungen gerechtfertigt erscheint [22]. Darüber hinaus verweist die AkdÄ an dieser Stelle auch auf die Negativempfehlung der NICE-Leitlinie zu diesem Thema.

Zu den Versorgungsaspekten Pharmakotherapie und zu den nichtmedikamentösen Therapien, insbesondere der Psychotherapie, konnten relativ viele Kernaussagen formuliert werden, die auf Empfehlungen mit hohen oder höchsten Evidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen beruhen. Empfehlungen mit schwacher Evidenz bzw. Empfehlungseinstufung lagen jedoch ebenfalls vor. Dies war für die Pharmakotherapie beispielsweise bei den Behandlungsempfehlungen für Patienten mit leichter Depression, einschließlich der Behandlung mit Phytotherapeutika, der Fall. Auch einige Empfehlungen zu neueren Antidepressiva, zu einzelnen Kombinations- bzw. Augmentationstherapien, zu bestimmten Aspekten der langfristigen Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe (Dauer, Dosierung) sowie

zum Problem der Suizidalität bei einer Therapie mit Antidepressiva basierten auf schwacher Evidenz. Die CPA-Leitlinie bestätigt in einer Kernempfehlung die Rolle der SSRI sowie anderer neuerer Antidepressiva (z. B. SNRI) als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der Depression in erwachsenen Personen. Gleichzeitig weist die Leitlinie in dieser Empfehlung ausdrücklich auf eine fehlende bzw. mangelhafte Evidenz in Bezug auf eine potenziell auftretende bzw. sich verstärkende Suizidalität in Zusammenhang mit diesen Antidepressiva hin. Ein engmaschiges Monitoring zur Überwachung möglicherweise auftretender bzw. sich verstärkender Suizidalität im Rahmen einer Therapie mit Antidepressiva wurde durchgängig von allen Leitlinien empfohlen.

Bei den Empfehlungen zur Psychotherapie wird mit hohen Empfehlungsgraden die kognitive Verhaltenstherapie befürwortet. Die interpersonelle Therapie wird hier von der NICE-Leitlinie als mögliche Alternative empfohlen. Auch die Paartherapie und die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie werden von der NICE-Leitlinie für bestimmte Subgruppen mit hohen Empfehlungsgraden empfohlen. Weitere Formen der Psychotherapie zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren Depression werden beschrieben. Hier werden jedoch keine bzw. nur Empfehlungen mit schwacher Empfehlungseinstufung gegeben (psychodynamische Psychotherapie, computerbasierte kognitive Verhaltenstherapie u. a.). Zur Behandlung einer leichten Depression werden die „Hilfe zur Selbsthilfe“ (die auf der kognitiven Verhaltenstherapie basiert) und die Lichttherapie mit hohen Evidenz- bzw. Empfehlungsgraden unterstützt. Hingegen ist die Evidenzbasis für andere Formen der Behandlung einer leichten Depression (Bewegungstherapie, Selbstmanagement, psychotherapeutische Beratung zum Schlaf- und Angstmanagement u. a.) schwach.

Für den Bereich Sekundärprävention / Screening und Diagnostik basieren die formulierten Kernaussagen meist auf Empfehlungen mit hohen Evidenz- bzw. Empfehlungsgraden. Für andere Versorgungsbereiche wie z. B. die Patienteninformation / -kommunikation, Maßnahmen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung sowie die Koordination von Maßnahmen und die Kooperation der Leistungserbringer beruht die Mehrheit der Empfehlungen auf schwacher Evidenz. Sie wurden daher von den Erstellern häufig mit niedrigsten Evidenz- bzw. Empfehlungsgraden versehen. Oft handelte es hierbei auch um sogenannte Good Practice Points, d. h. Empfehlungen, die primär auf der Expertise und Erfahrung der Leitlinienersteller beruhen. Anders war dies jedoch bei den Empfehlungen der ICSI-Leitlinie zur integrierten Versorgung depressiver Patienten im Rahmen des „Collaborative Care Models“. Hier stützten sich die Empfehlungen, so die Leitlinienautoren, maßgeblich auf Studien hoher Evidenzkategorien.

4.4 Diskussion

Die vorliegende Synthese evidenzbasierter Leitlinien gibt einen Überblick über bestehende Versorgungsstandards für die Behandlung von Patienten mit Depression. Die formulierten Kernaussagen gelten für die Versorgung von erwachsenen Personen mit majorer Depression

(siehe Abschnitt 3.1.1). Eine entsprechende Analyse der Versorgungsstandards für Kinder und Jugendliche, Schwangere oder ältere Menschen sowie weitere Subgruppen (Patienten mit spezifischen psychischen oder physischen Komorbiditäten wie z. B. Angst- / Zwangsstörungen, Alkoholabhängigkeit, Demenzkrankheit, kardiovaskuläre oder onkologische Erkrankungen) könnte eine sinnvolle Erweiterung der vorliegenden Leitliniensynopse darstellen.

In einigen der in Abschnitt 4.3 beschriebenen Bereichen, in denen die Empfehlungen zu Versorgungsaspekten auf Evidenz mit niedrigster Evidenzeinstufung und / oder entsprechend niedrigen Empfehlungsgraden beruhen, könnte eine ergänzende Recherche oder die Durchführung entsprechender Studien die Evidenzbasis erweitern. Inhaltliche Abweichungen in den Aussagen von Leitlinienerstellern zu einem bestimmten Versorgungsaspekt können auf Unsicherheiten in der Evidenzlage zu einzelnen Themen hinweisen. Dies schien beispielsweise bei den Empfehlungen zur Behandlung leichter Depressionsformen zuzutreffen. Inhaltliche Abweichungen können aber auch Ausdruck einer unterschiedlichen Gewichtung von Evidenz durch die Leitlinienersteller sein. Darüber hinaus können Faktoren, die von der vorliegenden Evidenz unabhängig sind, wie z. B. die Kosten einer Maßnahme, die in einem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen oder die Berücksichtigung unterschiedlicher Werte / Präferenzen, zu inhaltlichen Abweichungen führen. In Bereichen, in denen Abweichungen auftreten, kann eine inhaltliche Prüfung der zugrunde liegenden Evidenz sinnvoll sein. Jedoch können auch die oben genannten Einflussfaktoren hierfür verantwortlich sein. Beispielsweise ist in der NICE-Leitlinie zu erkennen, dass gesundheitsökonomische Studien, die bei der Bewertung von Interventionen herangezogen bzw. durchgeführt werden, oftmals in die Empfehlungsformulierung einfließen.

Zum Versorgungsaspekt „Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Leistungserbringer“ werden in den Leitlinien ICSI und NICE Empfehlungen formuliert, die die „integrierte Versorgung“ des Patienten mit Depression in den Vordergrund stellen. Hiermit ist eine sektorübergreifende und evidenzbasierte Versorgung des Patienten unter Einbeziehung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, psychologische / ärztliche Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) gemeint. Auch in Deutschland gewinnen Konzepte einer sektorübergreifenden evidenzbasierten Versorgung von Patienten mit Depression an Bedeutung. Ein Rahmenkonzept zur integrierten Versorgung von Patienten mit Depression wurde im Jahr 2004 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Zusammenarbeit mit dem Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ sowie verschiedenen deutschen Berufs- und Fachverbänden erarbeitet [35]. Derzeit werden verschiedene Formen der integrierten Versorgung von Patienten mit Depression in Modellprojekten und Behandlungsangeboten der Krankenkassen in Deutschland getestet bzw. umgesetzt. Eine strukturierte Evaluation dieser Modelle kann eine Weiterentwicklung von Empfehlungen zur integrierten Versorgung von Patienten mit Depression unterstützen und diese mit Evidenz belegen.

Die in der Erstellung befindliche Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) zur Depression wurde in der Schlussphase der Erstellung dieses Arbeitspapiers als „Konsultationsfassung“ veröffentlicht [36]. Da es sich hierbei um die Entwurfsfassung einer Leitlinie handelt (siehe Ausschlusskriterium A4, Abschnitt 3.1.3), konnte die Leitlinie nicht in die Synopse eingeschlossen werden. Sie wurde jedoch dennoch gesichtet, um mögliche grundlegende Abweichungen von den Kernaussagen der vorliegenden Synopse festzustellen. Derartige grundlegende Abweichungen konnten nicht identifiziert werden. Eine Aktualisierung des vorliegenden Berichtes unter Berücksichtigung der voraussichtlich im Spätsommer 2009 erscheinenden endgültigen Version der NVL muß jedoch zu gegebener Zeit geprüft werden.

Auch die NICE-Leitlinie, die in diesem Arbeitspapier extrahiert und bearbeitet wurde, befindet sich derzeit in Überarbeitung. Im Februar 2009 wurde sie ebenso wie die NVL als Konsultationsfassung veröffentlicht und soll im September 2009 in endgültiger Version erscheinen [37]. Die Konsultationsfassung der Leitlinie konnte zwar, da es sich nur um die Entwurfsfassung einer Leitlinie handelt, ebenso wie die NVL nicht in die Synopse einbezogen werden. Sie wurde jedoch dennoch gesichtet. Die Leitlinie beinhaltet eine sehr umfassende Überarbeitung der ihr vorausgegangenen Leitlinie aus dem Jahr 2004 und deren Amendment aus dem Jahr 2007. Viele Reviews für pharmakologische Interventionen wurden aktualisiert und für einige Interventionen wurden neue Reviews erstellt (beispielsweise für Duloxetin und Agomelatin). Darüber hinaus wurden Kapitel zu folgenden Aspekten ergänzt: Geschlecht und Wahl eines Antidepressivums, Therapieabbruch, Kardiotoxizität, Auswirkungen von Antidepressiva auf die Suizidalität. Auch die Hintergrundkapitel und Empfehlungen zu den verschiedenen psychosozialen bzw. psychologischen Interventionsmöglichkeiten wurden komplett überarbeitet (hierbei wurden z. B. die computerbasierte und die gruppenbasierte kognitive Verhaltenstherapie bei der Behandlung leichterer Depressionsformen untersucht und stärker in die Empfehlungen integriert). Beachtenswert in der überarbeiteten NICE-Leitlinie ist ausserdem, dass gesundheitsökonomische Bewertungen, sofern vorhanden, nun regelhaft berücksichtigt und teilweise auch selbst durchgeführt wurden. Die vorliegende Konsultationsfassung der NICE-Leitlinie beinhaltet noch keine Einstufungen der zugrunde liegenden Evidenz und keine Formulierung von Empfehlungsgraden. Ein Abgleich mit der vorliegenden Synopse wäre daher zum derzeitigen Zeitpunkt verfrüht. Ein solcher Abgleich kann jedoch nach Veröffentlichung der endgültigen Version der aktualisierten Leitlinie erfolgen.

Im Rahmen der Hintergrundrecherche zum vorliegenden Arbeitspapier und bei Durchsicht der eingeschlossenen Leitlinien wurden 3 weitere Leitlinien identifiziert, die jedoch nicht über die durchgeführte systematische Recherche in Leitliniendatenbanken gefunden wurden. [38-40]. Diese Leitlinien wurden nicht in die Empfehlungsextraktion und –bearbeitung eingeschlossen. Es wurde jedoch in diesem Zusammenhang deutlich, dass eine ausschließliche Recherche in Leitliniendatenbanken die Suche nach Leitlinien zwar deutlich schneller und einfacher macht, jedoch einige Leitlinien nicht identifiziert werden, die über eine ergänzende Suche in den bibliographischen Datenbanken MEDLINE und EMBASE hätten identifiziert werden können.

Eine solche ergänzende Suche wird in den Leitlinienbewertungen des IQWiG grundsätzlich durchgeführt. An dieser Stelle sollte jedoch beachtet werden, dass die *Leitliniensynopse* im Gegensatz zur *Leitlinienbewertung* ein Instrument des IQWiG ist, mit dessen Hilfe aus einer überschaubaren Anzahl an hochwertigen evidenzbasierten Leitlinien in kurzer Zeit und mit überschaubarem Aufwand ein Überblick über bestehende Versorgungsstandards im internationalen Vergleich gewonnen werden soll.

Die in Tabelle 24 extrahierten „Forschungsempfehlungen“ der NICE-Leitlinie konkretisieren einen im Rahmen der Erstellung dieser Leitlinie sichtbar gewordenen Recherchebedarf in einzelnen Bereichen der Versorgung (Tabelle 24). Sie decken sich zum Teil mit den in diesem Bericht identifizierten Bereichen, in denen die bislang zur Verfügung stehende Evidenz nur schwache Evidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen der Kernaussagen zuließ. Empfohlen werden zum Beispiel vergleichende Studien der psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen, um das individuelle Ansprechen von Patienten auf diese Interventionen in Abhängigkeit vom Ausgangsschweregrad der Erkrankung zu differenzieren. Auch Studien zu einzelnen Aspekten der Pharmakotherapie werden empfohlen, beispielsweise die Prüfung der Assoziation zwischen der Einnahme bestimmter Antidepressiva und dem Auftreten von Suizidalität, insbesondere in den ersten 4 Behandlungswochen. Des Weiteren wird vorgeschlagen, die Effektivität verschiedener Formen des Langzeitmanagements mit Antidepressiva in prospektiven Studien zu untersuchen, um eine optimale Dosierung und Behandlungsdauer festzulegen. Letztlich befürwortet die NICE-Leitlinie die Durchführung von Kosten-Effektivitätsanalysen (z. B. für das Routinescreening von Hochrisikogruppen) und von Evaluationsstudien (z. B. von Disease-Management bzw. Chronikerprogrammen sowie anderen Modellen der integrierten Versorgung).

4.5 Fazit

Zu vielen Versorgungsaspekten der Depression, insbesondere zu Screening, Diagnose, Pharmako- und Psychotherapie, existieren bereits Versorgungsstandards, die auf hochwertiger Evidenz beruhen. Jedoch sind auch Versorgungsstandards definiert, die auf schwacher Evidenz basieren und / oder mit schwachen Empfehlungseinstufungen verbunden sind. Hierzu zählen beispielsweise die Behandlung leichterer Formen von Depression sowie einzelne Aspekte einer Behandlung mit neueren Antidepressiva, bestehenden Kombinations- bzw. Augmentationstherapien und der langfristigen Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe mit Antidepressiva. Hinsichtlich des Einsatzes bzw. der zeitlichen Koordinierung von pharmako- und / oder psychotherapeutischen Interventionen bei verschiedenen Schweregraden der Depression weichen die in den Leitlinien formulierten Versorgungsstandards teilweise voneinander ab. Eine durch die Einnahme verschiedener Antidepressiva verursachte bzw. sich verstärkende Suizidalität ist nur unzureichend mit Evidenz belegt bzw. konnte nicht widerlegt werden. Daher wird in den Leitlinien einheitlich ein Versorgungsstandard definiert, der ein engmaschiges entsprechendes Monitoring, insbesondere in den ersten 4 Behandlungswochen, vorsieht. Zu einigen psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen sind aufgrund

mangelnder oder unzureichender Evidenz in den Leitlinien keine Versorgungsstandards formuliert. Eine inhaltliche Prüfung der in den Leitlinien zitierten Evidenz und / oder die Durchführung weiterer gezielter Recherchen / Studien könnte helfen, Lücken oder Divergenzen in der Evidenzbasis und in der Darstellung von Versorgungsstandards zu beheben bzw. zu verringern. Für die Versorgungsbereiche „medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung“, „Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Versorger“ sowie „Implementierung und Qualitätssicherung“ sollten speziell auf das deutsche Gesundheitssystem anwendbare Modelle und Behandlungs- bzw. Implementierungskonzepte (weiter-) entwickelt und evaluiert werden.

5 Literatur

1. Hegerl U. Depression und Suizidalität. Verhaltenstherapie 2005; 15(1): 6-11.
2. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision; Version 2008; German modification; vierstellige ausführliche Systematik [online]. 25.09.2007 [Zugriff: 05.06.2008]. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>.
3. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision; DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe; 2003.
4. World Health Organisation. World Health Report 2001: mental health; new understanding, new hope. Genf: WHO; 2001. URL: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.
5. Wittchen HU, Müller N, Storz S. Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigung und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Gesundheitswesen 1998; 60(Suppl 2): 95-101.
6. Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland: erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". Gesundheitswesen 1999; 61(Sonderheft 2): S216-S222.
7. World Health Organization (WHO). Global Burden of Disease. World Health Organization; 2004.
8. (WHO) WHO. The World Health Report. 2003.
9. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Gutachten 2000/2001; III.1: Über-, Unter- und Fehlversorgung; Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Baden-Baden: Nomos Verlag; 2002. (Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit).
10. Bundesministerium für Gesundheit. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland: Bericht; 6. nationales Gesundheitsziel Depressive Erkrankungen; verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln [online]. 01.03.2006 [Zugriff: 22.01.2009]. URL: http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/bmgberichte/docs/1/files/Bericht_BMG_2006.pdf.
11. Remschmidt H. Depression: mehr als 1,7 Millionen Fehltag. Deutsches Ärzteblatt PP 2006; 5(11): 485.

12. Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2006 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2007.
13. Deutsche Rentenversicherung Bund. Jahresbericht 2007 [online]. 2008 [Zugriff: 05.06.2008]. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_127230/SharedDocs/de/Inhalt/04_Formulare_Publikationen/03_publikationen/Statistiken/Broschueren/jahresbericht_2007.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/jahresbericht_2007.
14. Wittchen HU, Winter S, Höfler M, Spiegel B, Ormel H, Müller N. Häufigkeit und Erkennungsrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. MMW Fortschr Med 2000; 118(Suppl 1): 22-30.
15. Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches. BMC Health Serv Res 2004; 4(1): 38.
16. Ebell M, Siwek J, Weiss B, Woolf S, Susman J, Ewigman B. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. Am Fam Physician 2004; 69(3): 548-556.
17. Guyatt GH, Oxmann AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008; 336(7650): 924-926.
18. Kunz R, Djulbegovic B, Schünemann HJ, Stanulla M, Muti P, Guyatt GH. Misconceptions, challenges, uncertainty, and progress in guideline recommendations. Semin Hematol 2008; 45(3): 167-175.
19. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxmann AD. Improving the use of research evidence in guideline development; 9: grading evidence and recommendations. Health Res Policy Syst 2006; 5(4): 21.
20. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 3.0 [online]. 27.05.2008 [Zugriff: 05.06.2008]. URL: http://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_3_0.pdf.
21. Qaseem A, Snow V, Denberg DT, Forcica MA, Owens D. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2008; 149: 725-733.
22. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Depression. Arzneiverordnung in der Praxis 2006; 33(Sonderheft Therapieempfehlungen): 4-41.

23. Lam RW, Kennedy SH, Beaulieu S, Filteau MJ, Le Melleo JM, Mac Queen G et al. CPA position statement: prescribing antidepressants for depression in 2005; recent concerns and recommendations [online]. 2005 [Zugriff: 23.10.2008]. URL: http://www.canmat.org/cme/suicidality_antidepressant/CPA%20Suicidality.pdf.
24. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2005; 172(1): 33-35.
25. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline: major depression in adults in primary care [online]. 05.2008 [Zugriff: 23.10.2008]. URL: http://www.icsi.org/depression_5/depression_major_in_adults_in_primary_care_3.html.
26. National Collaborating Centre for Mental Health. depression (amended): management of depression in primary and secondary care, nice clinical practice guideline 23 (amended) [online]. [Zugriff: 15.01.2009]. URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23NICEguidelineamended.pdf>.
27. New Zealand Guidelines Group. Identification of common mental disorders and management of depression in primary care: evidence-based best practice guideline. Wellington: NZGG; 2008. URL: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0152/Depression_Guideline.pdf.
28. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: management of depression in primary and secondary care. Rushden, Northamptonshire: British Psychological Society; 2004. (National clinical practice guideline; Band 23). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23fullguideline.pdf>.
29. Gartlehner G, Gaynes BN, Hansen RA, Thieda P, DeVeugh-Geiss A, Krebs EE et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: background paper for the American College of Physicians. Ann Intern Med 2008; 149(10): 734-750.
30. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Kurzgefasster Leitlinien-Report zur Methodik [online]. 02.03.2009 [Zugriff: 11.03.2009]. URL: Meinst du das hier? <http://www.akdae.de/35/60/>.
31. Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders; IV: medications and other biological treatments; clinical guidelines for the treatment of depression. Can J Psychiatry 2001; 46(Suppl 1): 38S-58S.
32. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN. Preventive health care, 2005 update: screening for depression in primary care; recommendation table [online]. 2005 [Zugriff: 15.01.2009]. URL: http://www.ctfphc.org/Tables/Depression_tab.htm.

33. Institute for Clinical Systems Improvement. Development and revision process for guidelines, order sets, and protocols: scientific document overview [online]. 2007 [Zugriff: 15.01.2009]. URL: http://www.icsi.org/document_development_process/new_document_resource_20619.html.
34. National Collaborating Centre for Mental Health. depression: management of depression in primary and secondary care, national clinical practice guideline number 23. Rushden, Northamptonshire: The British Psychological Society and Gaskell, The Royal College of Psychiatrists; 2007. URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23fullguideline.pdf>.
35. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. Rahmenkonzept "Integrierte Versorgung". Nervenarzt 2005; 76: 103-121.
36. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuN. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression; Konsultationsfassung [online]. [Zugriff: 18.06.2009]. URL: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/nvl_unipolare_depression_lang.pdf.
37. National INstitute for Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults; full guideline draft for consultation [online]. [Zugriff: 18.06.2009]. URL: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG/WaveR/24>.
38. Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. Journal of Psychopharmacology 2008; 1-54.
39. Bauer M, Bschor T, Pfenning A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. The World Journal of Biological Psychiatry 2007; 8(2): 67-104.
40. De Jong-Meyer R, Hautzinger M, Kühner C, Schramm E. Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG; 2007. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie). URL: <http://www.hogrefe.de>.
41. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. The assessment and treatment of depression [online]. 05.2006 [Zugriff: 23.10.2008]. URL: <http://www.ccsmh.ca/en/guidelinesUsers.cfm>.
42. Registered Nurses Association of Ontario. Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression [online]. 06.2004 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_caregiving_strategies_ddd.pdf.

43. Royal Australian College of General Practitioners. Clinical guidance on the use of antidepressant medications in children and adolescents [online]. 26.09.2007 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/Clinicalguidanceontheuseofantidepressantmedicationsinchildrenandadolescents/200709SSRIs_for_children.pdf.
44. Kurlowicz L, Harvath TA. Depression. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T (Ed). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. New York: Springer; 2008. S. 57-82.
45. National Guideline Clearinghouse. Depression and mania in patients with HIV/AIDS: brief summary [online]. 12.08.2008 [Zugriff: 12.12.2008]. URL: http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12811&nbr=006613&string=Depression.
46. Pirkola S. Depression and other psychiatric disorders [online]. 18.04.2007 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>.
47. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. Leicester: British Psychological Society; 2005. (National clinical practice guideline; Band 28). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>.
48. National Guideline Clearinghouse. Detecting depression in older adults with dementia: brief summary [online]. 12.08.2008 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=11054&nbr=5833.
49. Piven ML. Detecting depression in the cognitively intact older adult protocol. J Gerontol Nurs 2005; 27(6): 8-14.
50. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC); I: identification, assessment, and initial management. Pediatrics 2007; 120(5): e1299 - e1312.
51. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalip K, Laraque D, Stein REK. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PD); II: treatment and ongoing management. Pediatrics 2007; 120(5): e1313 - e1326.
52. Rodin G, Katz M, Lloyd N, Green E, Mackay JA. The management of depression in cancer patients: a clinical practice guideline [online]. 17.10.2006 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: <http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc13-6s.pdf>.

53. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 11.
54. Registered Nurses' Association of Ontario. Screening for delirium, dementia and depression in older adults: nursing best practice guideline [online]. 11.2003 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_DDD.pdf.
55. Ellis P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38(6): 389-407.
56. Ministry of Health. Depression. Singapore: Ministry of Health; 2004. (MOH Clinical Practice Guidelines; Band 3/2004). URL: http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Guidelines/Clinical_Practice_Guidelines/Depression.pdf.
57. Guidelines and Protocols Advisory Committee. Depression (MDD): diagnosis and management [online]. 01.06.2004 [Zugriff: 01.12.2008]. URL: http://www.bcguidelines.ca/gpac/pdf/depression_full_guideline.pdf.
58. American Medical Directors Association (AMDA). Depression [online]. 12.08.2008 [Zugriff: 23.10.2008]. URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4952&nbr=003520&string=depression.
59. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Med J Aust* 2002; 176(10 Suppl): S84-S96.
60. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD et al. Screening for depression: a summary of the evidence [online]. 05.2002 [Zugriff: 10.12.2008]. URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depsum.pdf>.
61. Ellis PM, Smith DA. Treating depression: the beyondblue guidelines for treating depression in primary care; “not so much what you do but that you keep doing it”. *Med J Aust* 2002; 176(10 Suppl): S77-S83.
62. Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV, Group CDW. IV. Medications and other biological treatments; clinical guidelines for the treatment of depression. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2001; 46: 38S-58S.
63. Härter M, Bermejo I, Schneider F, Kratz S, Gaebel W, Hegerl U et al. Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2003; 97(4): 16-35.

64. National Institute for Health and Clinical Excellence. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: review of Technology Appraisal 51 [online]. 09.2008 [Zugriff: 30.10.2008]. (Band NICE Technology Appraisal; TA 97). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA097guidance.pdf>.
65. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Coping with depression: Australian treatment guide for consumers and carers. Melbourne: RANZCP; 2005. URL: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/FC4F3ECCBB4ABD89CA2571F1002586CC/\\$File/coping.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/FC4F3ECCBB4ABD89CA2571F1002586CC/$File/coping.pdf).
66. New Zealand Guidelines Group. Depression: information for primary health practitioners. Wellington: NZGG; 2006. URL: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0137/Depression__Information_for_primary_health_practitioners.pdf.
67. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. London: NICE; 2003. (NICE Technology Appraisal; TA 59). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/59ectfullguidance.pdf>.
68. National Institute for Health and Clinical Excellence. Transcranial magnetic stimulation for severe depression. London: NICE; 2007. (Interventional procedure guidance; Band 242). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPG242GUIDANCE.pdf>.
69. Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention (EGAPP) Working Group. Recommendations from the EGAPP Working Group: testing for cytochrome P450 polymorphisms in adults with nonpsychotic depression treated with selective serotonin reuptake inhibitors. Genet Med 2007; 9(12): 819-825.
70. Registered Nurses Association of Ontario. Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour [online]. [Zugriff: 10.12.2008]. URL: http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1635&SiteNodeID=344&BL_ExpandedID=.
71. National Guideline Clearinghouse. Depression clinical practice guidelines: brief summary [online]. 12.08.2008 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9632&nbr=005152&string=depression#search.
72. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in chronic health problems: the treatment and management of depression in adults with chronic physical health problems (partial update of CG23) [online]. 05.12.2008 [Zugriff: 21.11.2008]. URL: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG/WaveR/23>.

73. Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinie für die Rehabilitation bei depressiven Störungen [online]. 16.07.2008 [Zugriff: 21.11.2008]. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_15814/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/02_qualitaetssicherung/prozessleitlinien.html#doc10436bodyText3.
74. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Nationale Versorgungsleitlinie Depression [online]. 2008 [Zugriff: 21.11.2008]. URL: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/nvl_depression/impressum.
75. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmacological treatment of depression [online]. 30.09.2008 [Zugriff: 21.11.2008]. URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/development/index.html>.
76. Clinical Epidemiology Centre (CePiC) UHL. Guidelines for the diagnosis and treatment of major depressive disorder in adult and elderly patients in a general hospital: summary [online]. [Zugriff: 18.06.2009]. URL: http://www.chuv.ch/cep/c/DEP_engl_summ_cep/c.pdf.
77. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuN. Affektive Störungen [online]. [Zugriff: 17.06.2009]. URL: <http://leitlinien.net/>.
78. SOS (SE) - National Board of Health and Welfare. National guideline on depression and anxiety disorder management [schw.] [online]. [Zugriff: 18.06.2009]. URL: http://www.socialstyrelsen.se/AZ/sakoraden/nationella_riktlinjer/specnavigation/lasbestall/Depression_angest/index.htm.
79. Isometsä E. Chronic depression (dysthymia) [online]. 22.07.2008 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>.
80. Isometsä E. Depression [online]. 07.06.2007 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>.
81. Colorado Clinical Guidelines Collaborative. Major depression disorder in adults: diagnosis and treatment guidelines [online]. 09.12.2006 [Zugriff: 02.12.2008]. URL: http://coloradoguidelines.org/pdf/guidelines/depression/depression_guideline_long.pdf.
82. Guidelines Advisory Committee. Management of mild depression [online]. 06.2007 [Zugriff: 23.10.2008]. URL: http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=215&Topic_ID=23.
83. Guidelines Advisory Committee. Management of moderate to severe depression [online]. 06.2007 [Zugriff: 23.10.2008]. URL: http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=216&Topic_ID=23.

84. Michigan Quality Improvement Consortium. Michigan Quality Improvement Consortium guideline: management of adults with major depression [online]. 05.2008 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: <http://www.mqic.org/pdf/MQIC%202008%20Revised%20Depression%20Guideline.pdf>.
85. Rytsälä H. Pharmacological treatment of depression [online]. 27.03.2008 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: <http://www.terveysportti.fi>.
86. American Medical Directors Association. Pharmacotherapy companion to the depression clinical practice guideline. Columbia: AMDA; 2005. URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=7509&nbr=004447&string=depression.
87. Isometsä E. Recognition and diagnostics of depression [online]. 22.07.2008 [Zugriff: 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>.
88. Guidelines Advisory Committee. Screening for depression [online]. 06.2007 [Zugriff: 23.10.2008]. URL: http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=214&Topic_ID=23.
89. Department of Health. Clinical guidelines: Using clinical guidelines to improve patient care within in the nhs. Leeds: National Health Service (NHS); 1996.
90. Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. Health Technol Assess 2001; 5(16): 1-69.

Anhang A: Verwendete Suchbegriffe bei der Recherche in Leitliniendatenbanken

Suchbegriffe für die Freitextsuche in Leitliniendatenbanken:

Folgende Suchbegriffe wurden für die Recherche in der Leitliniendatenbank der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Canadian Medical Association (CMA), des National Guideline Clearing House (NGC) (als „Disease/Condition“, nicht als „Keyword“) und der Leitliniendatenbank G-I-N verwendet:

- Depression
- Unipolare Depression
- Major Depression
- Major Depressive Episode
- Major Depressive Disorder

Die Internetseiten aller übrigen Leitlinienanbieter (siehe Anhang B: Liste aller durchsuchten Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken) wurden manuell durchsucht.

Suchbegriffe für Schlagwortsuche in Leitliniendatenbanken (MeSH):

Die Leitliniendatenbank G-I-N bietet darüber hinaus die Möglichkeit, über Schlagworte (MeSH-Terms) zu suchen. Bei der Suche in der „Health Topics Collection“ des G-I-N wurde nach folgenden MeSH-Terms zusätzlich zur Freitextsuche recherchiert:

Behavior and Behavior Mechanisms [F01], Behavior [F01.145], Behavioral Symptoms [F01.145.126], **Depression [F01.145.126.350]**

Mental Disorders [F03], Mood Disorders [F03.600], Depressive Disorder [F03.600.300], **Depressive Disorder, Major [F03.600.300.375]**

Psychotherapy [F04.754]

Kategorien existierten in G-I-N jedoch nur für die MeSH-Begriffe F03.087 (Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders) sowie F04.754 (Psychotherapy).

Anhang B: Liste aller durchsuchten Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken

Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken	Land
▪ AAFP (American Academy of Family Physicians)	USA
▪ AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)	USA
▪ AACVPR (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation)	USA
▪ AAPMR (American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation)	USA
▪ ABFM (American Board of Family Medicine)	USA
▪ ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)	USA
▪ ACP (American College of Physicians)	USA
▪ ACPM (American College of Preventive Medicine)	USA
▪ AGS (American Geriatrics Society)	USA
▪ AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)	USA
▪ AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft)	BRD
▪ AMA (Alberta Medical Association)	CDN
▪ AMB (Associacao Médica Brasileira)	BRA
▪ AMDA (American Medical Directors Association)	USA
▪ ASCO (American Society of Clinical Oncology)	USA
▪ ASIM (American Society of Internal Medicine)	USA
▪ Asociación Colombiana de Facultades de Medicina	CO
▪ ANAES (Agence Nationale d' Accréditation et d' Evaluation en Santé)	FR
▪ AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)	BRD
▪ BÄK (Bundesärztekammer)	BRD
▪ BC Cancer Agency	CDN
▪ BC Council on Clinical Practice Guidelines (British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines)	CDN
▪ BCRCF (British Columbia Reproductive Care Program)	CDN
▪ CCA (Cancer Council Australia)	AUS
▪ NCI (Cancernet / National Cancer Institute)	USA
▪ CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg)	NL
▪ CCGC (The Colorado Clinical Guidelines Collaborative)	USA
▪ CCOPGI (Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative)	CDN
▪ CDC (Centers for Disease Control and Prevention)	USA

Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken	Land
▪ Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología	CUB
▪ CHSR (Centre for Health Services Research)	GB
▪ CISMef (Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux Francophones / Catalog and Index of French – language health resources)	FR
▪ CMA (Canadian Medical Association)	CDN
▪ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía	ESP
▪ CPSM (College of Physicians & Surgeons of Manitoba)	CDN
▪ CREST (Clinical Resource Efficiency Support Team)	IE
▪ CTPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care)	CDN
▪ DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)	BRD
▪ DH (Department of Health)	SüdAFR
▪ Deutsche Gesellschaft für Senologie	BRD
▪ DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	BRD
▪ Deutsche Rentenversicherung Bund	BRD
▪ DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)	BRD
▪ DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)	BRD
▪ ECRI (Emergency Care Research Institute)	USA
▪ Eguidelines	GB
▪ eLSC Practice Guidance & Standards Database	GB
▪ EQUIP (Education and Quality in Primary Care)	GB
▪ ESMO (European Society for Medical Oncology)	INT
▪ ESC (European Society of Cardiology)	EU
▪ Eusoma (European Society for Mastology)	INT
▪ Finnish Medical Society Duodecim	FI
▪ FNCLCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer)	FR
▪ GAC (Guidelines Advisory Committee)	CDN
▪ GFMER (Geneva Foundation for Medical Education and Research)	CH
▪ G-I-N (Guidelines International Network)	INT
▪ GRAS (Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé)	BE
▪ HAS (Haute Autorité de Santé), früher ANAES	FR
▪ Health Canada LCDC (Laboratory Centre for Disease Control, CA)	CDN

Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken	Land
▪ HSTAT (Health Services / Technology Assessment Text, USA)	USA
▪ Humana Quality Improvement / Clinical Guidelines (USA)	USA
▪ Instituto de Seguro Sociales	CO
▪ ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement)	USA
▪ Institute of Health and Society, University of Newcastle	GB
▪ Instituto Mexicano del seguro social	USA
▪ Leitliniengruppe Hessen	BRD
▪ Kaiser Permanente	USA
▪ KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	BRD
▪ Manitoba (College of Physicians and Surgeons of Manitoba)	CDN
▪ Ministry of Health Singapore	SG
▪ MJA (Medical Journal of Australia)	AUS
▪ National AIDS Control Organization	IND
▪ National Comprehensive Cancer Network)	USA
▪ NBCC (National Breast Cancer Centre)	AUS
▪ NBPG (Nursing Best Practice Guidelines)	CDN
▪ NeLH care Pathways Library	GB
▪ NGC (The National Guideline Clearinghouse, USA)	USA
▪ NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)	NL
▪ NHMRC (National Health and Medical Research Council)	AUS
▪ NICE (National Institute for Clinical Excellence)	GB
▪ NIH (National Institutes of Health)	USA
▪ NSW Health (New South Wales Government)	AUS
▪ NVL (Nationale VersorgungsLeitlinien)	BRD
▪ NZGG (New Zealand Guidelines Group)	NZ
▪ Paralyzed Veterans of America	USA
▪ Perinatal Foundation Wisconsin Association for Perinatal Care	USA
▪ Pflegestandards und Pflegeleitlinien	BRD
▪ Prodigy	GB
▪ Psychguides.com	USA
▪ PVA (Paralyzed, Veterans of America)	USA
▪ RACGP (Royal Australian College of General Practitioners)	AUS

Leitlinienanbieter bzw. -datenbanken	Land
▪ RCPsych (Royal College of Psychiatrists)	GB
▪ RNAO (The Registered Nurses Association of Ontario)	CDN
▪ RNZCGP (Royal New Zealand College of General Practitioners)	NZ
▪ RCGP (Royal College of General Practitioners)	GB
▪ RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)	GB
▪ RCP (Royal College of Physicians of London)	GB
▪ RCR (Royal College of Radiologists)	GB
▪ Royal New Zealand College of General Practitioners	NZ
▪ SGO (Society of Gynecology Oncologists)	USA
▪ SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	GB
▪ SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada)	CDN
▪ Sociedad Colombiana de Urología	CO
▪ Superintendencia de Servicios de Salud	AR
▪ Texas Cancer Council	USA
▪ Tufts Health Plan	USA
▪ Tumorzentrum Berlin	BRD
▪ Tumorzentrum Freiburg	BRD
▪ Tumorzentrum Heidelberg / Mannheim	BRD
▪ Tumorzentrum München	BRD
▪ Tumorzentrum Süd-Ost-Niedersachsen	BRD
▪ Tumorzentrum Tübingen	BRD
▪ UCSD (University of California, San Diego Medical Center)	USA
▪ Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud, Ministerio de Salud de Chile	CL
▪ Universitätsklinik zu Köln	BRD
▪ Universität Witten / Herdecke	BRD
▪ VH (Virtual Hospital University of Iowa)	USA
▪ VPQHC (Vermont Program for Quality in Health Care)	USA
▪ WHO (World Health Organization)	INT

Anhang C: In den Bericht eingeschlossene Leitlinien

1. Lam RW, Kennedy SH, Beaulieu S, Filteau MJ, Le Melleo JM, Mac Queen G et al. CPA position statement: prescribing antidepressants for depression in 2005; recent concerns and recommendations [Online]. 2005 [Zugriff am 23.10.2008]. URL: http://www.canmat.org/cme/suicidality_antidepressant/CPA%20Suicidality.pdf. [23]
2. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Depression. Arzneiverordnung in der Praxis 2006; 33(Sonderheft Therapieempfehlungen): 4-41. [22]
3. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline: major depression in adults in primary care [Online]. 2009 [Zugriff am 23.10.2008]. URL: http://www.icsi.org/depression_5/depression_major_in_adults_in_primary_care_3.html. [25]
4. New Zealand Guidelines Group. Identification of common mental disorders and management of depression in primary care: evidence-based best practice guideline. Wellington: NZGG; 2008. URL: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0152/Depression_Guideline.pdf. [27]
5. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2005; 172(1): 33-35. [24]
6. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression (amended): management of depression in primary and secondary care; nice clinical practice guideline 23 (amended) [Online]. [Zugriff am 15.01.2009]. URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23NICEguidelineamended.pdf>. [26]
7. Qaseem A, Snow V, Denberg DT, Forcica MA, Owens D. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2008; 149: 725-733. [21]

Anhang D: Im Volltextscreening ausgeschlossene Leitlinien mit Ausschlussgrund

Ausschlussgrund „Erfüllt nicht E1“:

(E1: Leitlinie beinhaltet Empfehlungen für die in 3.1.1. definierte Population zu den in 3.1.2 definierten Versorgungsaspekten)

1. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. The assessment and treatment of depression [Online]. 05.2006 [Zugriff am 23.10.2008]. URL: <http://www.ccsmh.ca/en/guidelinesUsers.cfm>. [41]
2. Registered Nurses Association of Ontario. Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression [Online]. 06.2004 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_caregiving_strategies_ddd.pdf. [42]
3. Royal Australian College of General Practitioners. Clinical guidance on the use of antidepressant medications in children and adolescents [Online]. 26.09.2007 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/Clinicalguidanceontheuseofantidepressantmedicationsinchildrenandadolescents/200709SSRIs_for_children.pdf. [43]
4. Kurlowicz L, Harvath TA. Depression. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T (Ed). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. New York: Springer; 2008. S. 57-82.[44]
5. National Guideline Clearinghouse. Depression and mania in patients with HIV/AIDS: brief summary [Online]. 12.08.2008 [Zugriff am 12.12.2008]. URL: http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12811&nbr=006613&string=Depression. [45]
6. Pirkola S. Depression and other psychiatric disorders [Online]. 18.04.2007 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>. [46]
7. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. Leicester: British Psychological Society; 2005. (National clinical practice guideline; Band 28). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>. [47]
8. Pirkola S. Depression, drugs and other somatic diseases [Online]. 18.04.2007 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>. [46]

9. National Guideline Clearinghouse. Detecting depression in older adults with dementia: brief summary [Online]. 12.08.2008 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=11054&nbr=5833. [48]
10. Piven ML. Detecting depression in the cognitively intact older adult protocol. J Gerontol Nurs 2005; 27(6): 8-14. [49]
11. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC); I: identification, assessment, and initial management. Pediatrics 2007; 120(5): e1299 - e1312. [50]
12. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalip K, Laraque D, Stein REK. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PD); II: treatment and ongoing management. Pediatrics 2007; 120(5): e1313 - e1326. [51]
13. Rodin G, Katz M, Lloyd N, Green E, Mackay JA. The management of depression in cancer patients: a clinical practice guideline [Online]. 17.10.2006 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: <http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc13-6s.pdf>. [52]
14. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 11. [53]
15. Registered Nurses' Association of Ontario. Screening for delirium, dementia and depression in older adults: nursing best practice guideline [Online]. 11.2003 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_DDD.pdf. [54]

Ausschlussgrund „Erfüllt nicht E2“:

(E2: Publikationszeitraum ab 2005)

1. Ellis P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. Aust N Z J Psychiatry 2004; 38(6): 389-407. [55]
2. Ministry of Health. Depression. Singapore: Ministry of Health; 2004. (MOH Clinical Practice Guidelines; Band 3/2004). URL: http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Guidelines/Clinical_Practice_Guidelines/Depression.pdf. [56]
3. Guidelines and Protocols Advisory Committee. Depression (MDD): diagnosis and management [Online]. 01.06.2004 [Zugriff am 01.12.2008]. URL: http://www.bcguidelines.ca/gpac/pdf/depression_full_guideline.pdf. [57]

4. American Medical Directors Association (AMDA). depression [online]. 2003 [Zugriff: 23.10.2008]. URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4952&nbr=003520&string=depression. [58]
5. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: management of depression in primary and secondary care. Rushden, Northamptonshire: British Psychological Society; 2007. (National clinical practice guideline; Band 23). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG23fullguideline.pdf>. [34]
6. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. Med J Aust 2002; 176(10 Suppl): S84-S96. [59]
7. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD et al. Screening for depression: a summary of the evidence [Online]. 05.2002 [Zugriff am 10.12.2008]. URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depsum.pdf>. [60]
8. Ellis PM, Smith DA. Treating depression: the beyondblue guidelines for treating depression in primary care; “not so much what you do but that you keep doing it”. Med J Aust 2002; 176(10 Suppl): S77-S83. [61]
9. Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV, Group CDW. IV. Medications and other biological treatments; clinical guidelines for the treatment of depression. The Canadian Journal of Psychiatry 2001; 46: 38S-58S. [62]
10. Härter M, Bermejo I, Schneider F, Kratz S, Gaebel W, Hegerl U et al. Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. Zentrum ärztlicher Fortbildung Qualitätssicherung (ZaeFQ) 2003; 97(4): 16-35. [63]
11. Voellinger, R., A. Berney, et al. (2003). "Major depressive disorder in the general hospital: adaptation of clinical practice guidelines." Gen Hosp Psychiatry 25: 185-193.

Ausschlussgrund A1: Anderer Publikationstyp (z. B. Review, HTA-Bericht, Patientenleitlinie / Informationsbroschüre)

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: review of Technology Appraisal 51 [Online]. 09.2008 [Zugriff am 30.10.2008]. (NICE Technology Appraisal; TA 97). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA097guidance.pdf>. [64]

2. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Coping with depression: Australian treatment guide for consumers and carers. Melbourne: RANZCP; 2005. URL: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/FC4F3ECCBB4ABD89CA2571F1002586CC/\\$File/coping.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/FC4F3ECCBB4ABD89CA2571F1002586CC/$File/coping.pdf). [65]
3. New Zealand Guidelines Group. Depression: information for primary health practitioners. Wellington: NZGG; 2006. URL: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0137/Depression_Information_for_primary_health_practitioners.pdf. [66]
4. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. London: NICE; 2003. (NICE Technology Appraisal; TA 59). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/59ectfullguidance.pdf>. [67]
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Transcranial magnetic stimulation for severe depression. London: NICE; 2007. (Interventional procedure guidance; Band 242). URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPG242GUIDANCE.pdf>. [68]
6. Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention (EGAPP) Working Group. Recommendations from the EGAPP Working Group: testing for cytochrome P450 polymorphisms in adults with nonpsychotic depression treated with selective serotonin reuptake inhibitors. Genet Med 2007; 9(12): 819-825. [69]

Ausschlussgrund A 6: Keine Volltextpublikation verfügbar

1. Registered Nurses Association of Ontario. Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour [Online]. [Zugriff am 10.12.2008]. URL: http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1635&SiteNodeID=344&BL_ExpandID=. [70]
2. National Guideline Clearinghouse. Depression clinical practice guidelines: brief summary [Online]. 12.08.2008 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9632&nbr=005152&string=depression#search. [71]
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in chronic health problems: the treatment and management of depression in adults with chronic physical health problems (partial update of CG23) [Online]. 2009 [Zugriff am 21.11.2008]. URL: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG/WaveR/23>. [72]
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults (update) [Online]. 2009 [Zugriff am 16.08.2009]. URL: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG/WaveR/24>. [37]
5. Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinie für die Rehabilitation bei depressiven Störungen [Online]. 2009 [Zugriff am 21.11.2008]. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_15814/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/02_qualitaetssicherung/prozessleitlinien.html#doc10436bodyText3. [73]
6. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Nationale Versorgungsleitlinie Depression [Online]. 2009 [Zugriff am 16.08.2009]. URL: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/nvl_depression/impressum. [74]
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmacological treatment of depression [Online]. 2009 [Zugriff am 21.11.2008]. URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/development/index.html>. [75]
8. Clinical Epidemiology Centre (CePic), U. H. L. (2003). "Guidelines for the diagnosis and treatment of major depressive disorder in adult and elderly patients in a general hospital: summary." Retrieved 18.06.2009, 2009, from http://www.chuv.ch/cep/cpic/DEP_engl_summ_cep/cpic.pdf. [76]
9. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, P. u. N. 2009. "Affektive Störungen." Retrieved 17.06.2009, from <http://leitlinien.net/>. [77]
10. SOS (SE) - National Board of Health and Welfare. National guideline on depression and anxiety disorder management [schw.] [online]. [Zugriff: 18.06.2009]. URL:

http://www.socialstyrelsen.se/AZ/sakoraden/nationella_riktlinjer/specnavigation/lasbestall/Depression_angest/index.htm. [78]

Ausschlussgrund „Methodische Einschlusskriterien nicht erfüllt“ (Nicht evidenzbasiert gemäß Abschnitt 3.1.4)

1. Isometsä E. Chronic depression (dysthymia) [Online]. 22.07.2008 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>. [79]
2. Isometsä E. Depression [Online]. 07.06.2007 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>. [80]
3. Colorado Clinical Guidelines Collaborative. Major depression disorder in adults: diagnosis and treatment guidelines [Online]. 09.12.2006 [Zugriff am 02.12.2008]. URL: http://coloradoguidelines.org/pdf/guidelines/depression/depression_guideline_long.pdf. [81]
4. Guidelines Advisory Committee. Management of mild depression [Online]. 06.2007 [Zugriff am 23.10.2008]. URL: http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=215&Topic_ID=23. [82]
5. Guidelines Advisory Committee. Management of moderate to severe depression [Online]. 06.2007 [Zugriff am 23.10.2008]. URL: http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=216&Topic_ID=23. [83]
6. Michigan Quality Improvement Consortium. Michigan Quality Improvement Consortium guideline: management of adults with major depression [Online]. 05.2008 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: <http://www.mqic.org/pdf/MQIC%202008%20Revised%20Depression%20Guideline.pdf>. [84]
7. Rytälä H. Pharmacological treatment of depression [Online]. 27.03.2008 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: <http://www.terveysportti.fi>. [85]
8. American Medical Directors Association. Pharmacotherapy companion to the depression clinical practice guideline. Columbia: AMDA; 2005. URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=7509&nbr=004447&string=depression. [86]
9. Isometsä E. Recognition and diagnostics of depression [Online]. 22.07.2008 [Zugriff am 30.10.2008]. URL: <http://www.kaypahoito.fi>. [87]
10. Guidelines Advisory Committee. Screening for depression [Online]. 06.2007 [Zugriff am 23.10.2008]. URL: http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=214&Topic_ID=23. [88]

Anhang E: Evidenzgraduierung in den eingeschlossenen Leitlinien

American College of Physicians (ACP), Evidenzstufen¹

Quality of Evidence	Interpretation
High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.
Low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate

1: Evidenzeinstufung in Anlehnung an das GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)-System, modifiziert

Arzneimittelkommission der Ärzteschaft (AKDÄ), Evidenzstufen

Symbol	Bedeutung
↑↑	Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie) bzw. durch eine oder mehrere valide Meta-Analysen oder systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Positive Aussage gut belegt.
↑	Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie). Positive Aussage belegt.
↓↓	Negative Aussage (z. B. zu Wirksamkeit oder Risiko) wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Meta-Analysen bzw. systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Negative Aussage gut belegt.
↔	Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder schädigende Wirkung belegen. Dies kann begründet sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.

Canadian Psychiatric Association (CPA), Evidenzstufen

Level of evidence	Criteria
1	Metaanalysis or replicated randomized controlled trial (RCT) that includes a placebo condition
2	At least 1 RCT with placebo or active comparison condition
3	Uncontrolled trial with 10 or more subjects
4	Anecdotal case reports

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF), Evidenzstufen

Research design rating:

I	Evidence from randomized controlled trial(s)
II-1	Evidence from controlled trial(s) without randomization
II-2	Evidence from cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one centre or research group
II-3	Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention; dramatic results in uncontrolled experiments could be included here
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience; descriptive studies or reports of expert committees

Quality (internal validity) rating:

Good	A study (including meta-analyses or systematic reviews) that meets all design-specific criteria well.
Fair	A study (including meta-analyses or systematic reviews) that does not meet (or it is not clear that it meets) at least one design-specific criterion but has no known "fatal flaw".
Poor	A study (including meta-analyses or systematic reviews) that has at least one design-specific "fatal flaw", or an accumulation of lesser flaws to the extent that the results of the study are not deemed able to inform recommendations.

Institutes for Clinical Systems Improvement (ICSI), Evidenzstufen

Evidence Grading System:

A. Primary Reports of New Data Collection:

Class A	Randomized controlled trial
Class B	Cohort study
Class C	Non-randomized trial with concurrent or historical controls, Case-control study; study of sensitivity and specificity of a diagnostic test; population-based descriptive study
Class D	Cross-sectional study; case series; case report

B. Reports that Synthesize or Reflect upon Collections of Primary Reports:

Class M	Meta-analysis; Systematic review; decision analysis; cost-effectiveness analysis
Class R	Consensus statement; consensus report; narrative review
Class X	Medical opinion

National Institutes of Clinical Excellence (NICE), Evidenzstufen [89,90]

Evidence Grade	Evidence
I	Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation
IIb	Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities
NICE	Evidence from NICE guideline or Technology Appraisal

New Zealand Guidelines Group (NZGG), Evidenzstufen

Diese zusammenfassenden Evidenzlevel der NZGG beruhen auf der Anwendung von methodischen Checklisten zur Prüfung der Studienqualität, die das Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) für folgende Studientypen entwickelt hat: systematische Reviews / Meta-Analysen, Randomized Controlled Trials (RCTs), Kohortenstudien, Fall-Kontrollstudien, diagnostische Studien, ökonomische Evaluationen (siehe: <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>).

Study appraisal:

+	Assigned when all or most of validity criteria met.
~	Assigned when some of criteria met and where unmet criteria are not likely to affect the validity, magnitude/precision or applicability of the results markedly.
X	Assigned when few or none of the criteria met.

Anhang F: Empfehlungsgraduierung in den eingeschlossenen Leitlinien

American College of Physicians (ACP), Empfehlungsgrade¹

	Strength of Recommendation	
Quality of Evidence	Benefits Clearly Outweigh Risks and Burden OR Risks and Burden Clearly Outweigh Benefits	Benefits Finely Balanced with Risks and Burden
High	Strong	Weak
Moderate	Strong	Weak
Low	Strong	Weak
Insufficient evidence to determine net benefits or risks	I-recommendation	

1: Empfehlungseinstufung in Anlehnung an das GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)-System, modifiziert

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF), Empfehlungsgrade

Recommendations Grades for Specific Clinical Preventive Actions:

A	The CTF concludes that there is good evidence to recommend the clinical preventive action.
B	The CTF concludes that there is fair evidence to recommend the clinical preventive action.
C	The CTF concludes that the existing evidence is conflicting and does not allow making a recommendation for or against use of the clinical preventive action, however other factors may influence decision-making.
D	The CTF concludes that there is fair evidence to recommend against the clinical preventive action.
E	The CTF concludes that there is good evidence to recommend against the clinical preventive action.
I	The CTF concludes that there is insufficient evidence (in quantity and/or quality) to make a recommendation, however other factors may influence decision-making.

National Institutes of Clinical Excellence (NICE), Empfehlungsgrade [89,90]

A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation
B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence
C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available
GPP	Recommended good practice based on the clinical experience of the GDG (Guideline Development Group)
NICE	Evidence from NICE guideline or Technology Appraisal

New Zealand Guidelines Group (NZGG), Empfehlungsgrade

Recommendations:

A	The recommendation is supported by good evidence (based on a number of studies that are valid, consistent, applicable and clinically relevant)
B	The recommendation is supported by fair evidence (based on studies that are valid, but there are some concerns about the volume, consistency, applicability and clinical relevance of the evidence that may cause some uncertainty but are not likely to be overturned by other evidence)
C	The recommendation is supported by international expert opinion

Good practice points:

✓	Where no evidence is available, best practice recommendations are made based on the experience of the Guideline Development Team, or feedback from consultation within New Zealand
---	--

Anhang G: Übersicht über die Kernempfehlungen

Tabelle 10: Kernempfehlungen zu Prävention und Diagnostik

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PRIMÄRPRÄVENTION / GESUNDHEITSFÖRDERUNG				
	In den eingeschlossenen Leitlinien sind zu diesem Versorgungsaspekt keine Empfehlungen enthalten.			
SEKUNDÄRPRÄVENTION / SCREENING				
CTF	<p>Screening adults in the general population for depression in settings with integrated feedback and treatment systems:</p> <p>There is fair evidence to recommend screening adults in the general population for depression in primary care settings that have integrated programs for feedback to patients and access to case management or mental health care (grade B recommendation).</p> <p>Effectiveness:</p> <p>There is evidence that screening improves the accuracy of identifying depressed patients. In studies where an integrated system of screening and follow-up was available, there was improvement in patient outcomes.</p>	Level I, good to fair	B	CTF, S. 34
	<p>Screening adults in the general population for depression in settings without integrated feedback and treatment systems:</p> <p>There is insufficient evidence to recommend for or against screening adults in the general population for depression in primary care settings where effective follow-up and treatment are not available.</p> <p>Effectiveness:</p> <p>There is evidence that screening improves the accuracy of identifying depressed patients. In studies without integrated feedback and treatment systems, there were fewer improvements in patient outcomes.</p>	Level I, good	I	CTF, S. 34

(Fortsetzung)

Tabelle 10 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Prävention und Diagnostik

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
SEKUNDÄRPRÄVENTION / SCREENING				
ICSI	Suspect and Screen for Major Depression, Key Points:			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Many patients with major depression do not initially complain of depressed mood, and providers need to suspect these diagnoses based on a profile of risk factors and common presentations. ▪ If depression is suspected on the basis of risk factors or common presentations, use a standardized instrument to document depressive symptoms and track treatment response. (Annotation #1) 	B, C, D, R,	n. a.	ICSI, S. 9-11
	Additional considerations should be taken into account:			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients with a high risk of common comorbid depression conditions such as substance abuse, diabetes, cardiovascular disease and chronic pain should be screened for depression. ▪ Older persons, pregnant women, and the cultural experiences of patients require special considerations regarding risk, assessment and treatment of depression. (Annotation #9; Measures #4a, 4b, 4c, 6a) 	A, B, C, D, M, R	n. a.	ICSI, S. 3, S.19-23
NICE	Recognition of depression in primary care and general hospital settings:			
	Screening should be undertaken in primary care and general hospital settings for depression in high-risk groups – for example, those with a past history of depression, significant physical illnesses causing disability, or other mental health problems, such as dementia.	n. a.	C	NICE 2007, S. 16 NICE 2004, S. 74-78
	Healthcare professionals should bear in mind the potential physical causes of depression and the possibility that depression may be caused by medication, and consider screening if appropriate.	n. a.	C	NICE 2007, S. 16 NICE 2004, S. 74-78
	Screening for depression should include the use of at least two questions concerning mood and interest, such as: “During the last month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?” and “During the last month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?”	n. a.	B	NICE 2007, S. 16 NICE 2004, S. 74-78

(Fortsetzung)

Tabelle 10 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Prävention und Diagnostik

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
SEKUNDÄRPRÄVENTION / SCREENING				
NZGG	Targeted screening for common mental disorders is indicated for adults not well-known to the practitioner and for: <ul style="list-style-type: none"> ▪ people with chronic illness, a history of mental disorder or suicide attempt, multiple symptoms or a recent significant loss 	n. a.	C	NZGG, S. 55-63
	Targeted screening for depression and anxiety should include the use of verbal 2–3 question screening tools	n. a.	B	NZGG, S. 55-63
	Good practice points for recognition of common mental disorders in adults:			
	Targeted screening for substance abuse should comprise a verbal 2–3 question screening tool.	n. a.	GPP	NZGG, S. 55-63
	Targeted screening should be conducted annually.	n. a.	GPP	NZGG, S. 55-63

(Fortsetzung)

Tabelle 10 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Prävention und Diagnostik

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
DIAGNOSTIK				
ICSI	Clinical Highlights and Recommendations:			
	Use a standardized instrument to document depressive symptoms. Document baseline symptoms and severity to assist in evaluating future progress, including response and remission rates. (Introduction; Measures # 1a, 2a, 2b, 2c, 2d, 3a, 3b, 3c, 3d)	M	n. a.	ICSI, S. 3, S. 11-13
	Additional considerations should be taken into account: Older persons, pregnant women, and the cultural experiences of patients require special considerations regarding risk, assessment and treatment of depression (Annotation #9; Measures #4a, 4b, 4c, 6a)	A, B, C, D, M, R	n. a.	ICSI, S. 3, S. 19-23
	Key implementation recommendations: The following system changes were identified by the guideline work group and represent a collaborative care model as key strategies for health care delivery systems to incorporate in support of the implementation of this guideline. 1. Detection and diagnosis (Annotation #1, 2) Systems in place to reliably determine if a patient is depressed Use of DSM-IV TR criteria and structured questionnaires (such as PHQ-9)	M, R, C	n. a.	ICSI, S. 4, S. 8-14
	Assess Need for Additional Resources: Substance Abuse or Psychiatric Comorbidity, Especially Bipolar Disorder? Key Points (Annotation # 7):			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Some patients presenting with a major depressive episode have a bipolar disorder, for which effective treatment may differ significantly from other depressed patients. ▪ The CAGE-AID is recommended as a routine screening tool for all depressed patients. 	C	n. a.	ICSI, S. 16-18	
		C	n. a.	ICSI, S. 16-18

(Fortsetzung)

Tabelle 10 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Prävention und Diagnostik

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
DIAGNOSTIK				
ICSI	Assess Need for Additional Resources: Substance Abuse or Psychiatric Comorbidity, Especially Bipolar Disorder? Key Points (Annotation # 7):			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Some patients presenting with a major depressive episode have a bipolar disorder, for which effective treatment may differ significantly from other depressed patients. ▪ The CAGE-AID is recommended as a routine screening tool for all depressed patients. 	C	n. a.	ICSI, S. 16-18
	<p>Key clinical practice recommendations:</p> <p>In those patients presenting with either pain or depressive symptoms, assess both domains. Depression may be more than a facet of chronic pain when significant depression symptoms are present. If comorbidity is found between chronic pain and mild to moderate major depression, treat both conditions for optimal outcomes. If comorbid severe major depressive disorder is diagnosed concurrently with chronic pain, depressive symptoms should be the primary focus of treatment.</p>	M, D, B, R	n. a.	ICSI, S. 20, 21

(Fortsetzung)

Tabelle 10 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Prävention und Diagnostik

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
DIAGNOSTIK				
NICE	Good practice points relevant to the care of all people with depression:			
	When assessing a person with depression, healthcare professionals should consider the psychological, social, cultural and physical characteristics of the patient and the quality of interpersonal relationships. They should consider the impact of these on the depression and the implications for choice of treatment and its subsequent monitoring.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 13 NICE 2004, S. 51
	In older adults with depression, their physical state, living conditions and social isolation should be assessed. The involvement of more than one agency is recommended where appropriate.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 13 NICE 2004, S. 51
	Specialist mental health services: Specialist mental health professionals, including GPs with a Special Interest in Mental Health, provide assessment, treatment and consultancy services for this group of patients. They may do this in secondary care services or through attachment to primary care mental health teams. Patients may enter care directly at this step if they are assessed as requiring specialist services			
	The assessment of patients with depression referred to specialist mental health services should include a full assessment of their symptom profile and suicide risk and, where appropriate, previous treatment history. Assessment of psychosocial stressors, personality factors and significant relationship difficulties should also be undertaken, particularly where the depression is chronic or recurrent.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 33 NICE 2004, S. 64

(Fortsetzung)

Tabelle 10 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Prävention und Diagnostik

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
DIAGNOSTIK				
NZGG	Good practice points of recognition of common mental disorders in adults: Every interaction with an adult in primary care should be regarded as an opportunity to assess their psychosocial as well as physical wellbeing. Both strengths and difficulties should be taken into account	n. a.	GPP	NZGG, S. 55-66
	Good practice points of assessing severity of depression and when to refer: When assessing the severity of depression in an adult and planning management, practitioners should consider symptom severity, symptom persistence, functional impairment, response to any previous intervention and also the wider psychosocial context, identifying factors that may impact positively or negatively on outcome	n. a.	GPP	NZGG, S. 55-66
	Good practice points of the Management of depression in adults: When planning the management of an adult with depression, the practitioner should consider: symptom severity and symptom persistence; functional impairment; response to any previous intervention; and the individual's wider psychosocial context, identifying factors that may impact positively or negatively on outcomes	n. a.	GPP	NZGG, S. 55-66
	Brief tools are optional aids for use by the primary care practitioner as an adjunct to clinical assessment. Examples of brief tools include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ the Kessler 10 (K10) ▪ the Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9) ▪ the Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD-7) ▪ the Alcohol Disorder Use Identification Test (AUDIT) ▪ the Case-finding and Help Assessment Tool (CHAT) 	n. a.	GPP	NZGG, S. 55-66
	Assessing severity of depression and when to refer: Practitioners should consider the use of a tool such as the Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9) for assessment of the severity of depression.	n. a.	B	NZGG, S. 55-66

Tabelle 11: Kernempfehlungen zu Patienteninformation und -kommunikation

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PATIENTENINFORMATION / -KOMMUNIKATION				
ICSI	<p>Treatment Plan, Key Points (Annotation #11):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes. ▪ Successful programs for the treatment of depression include organized treatment protocols, structured follow-up protocols, systematic monitoring of treatment adherence and effectiveness. ▪ When considering treatment options, the primary goal is to achieve remission. <p>(Erläuterungen zum „Collaborative Care Model“ in der ICSI Leitlinie: The redesign to a team-based collaborative care approach involves:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primary care providers using evidence-based approaches to depression care and a standard tool for measuring severity, response to treatment plan and remission; ▪ A systematic way of tracking and reminding patients at appropriate intervals of visits with their primary care physician and monitoring of treatment adherence and effectiveness; • A team member (care manager role) to utilize the tracking system and make frequent contacts with the patients to provide further education, self-management support, and monitor for response in order to aid in facilitating treatment changes and in relapse prevention; and ▪ Communication between primary care team and psychiatry to consult frequently and regularly regarding patient under clinical supervision, as well as direct patient visits as needed.) 	M, A	n. a.	ICSI, S. 24- 26

(Fortsetzung)

Tabelle 11 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Patienteninformation und -kommunikation

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PATIENTENINFORMATION / -KOMMUNIKATION				
ICSI	<p>Key implementation Recommendations:</p> <p>The following system changes were identified by the guideline work group and represent a collaborative care model as key strategies for health care delivery systems to incorporate in support of the implementation of this guideline.</p> <p>Patient-centered care, education and self-management programs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structured attention to patient preferences ▪ Patient and family education materials/protocols ▪ Patient self-management skills such as journal writing or self-monitoring ▪ Involving families, as well, in care management programs ▪ Care manager role to coordinate the disease management for patients with depression including such things as patient contacts, education, self-management tools and tips. 	n. a.	n. a.	ICSI, S. 4-5

(Fortsetzung)

Tabelle 11 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Patienteninformation und -kommunikation

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PATIENTENINFORMATION / -KOMMUNIKATION				
NICE	Good practice points relevant to the care of all people with depression:			
	In deciding on a treatment for a depressed patient, the healthcare professional should discuss alternatives with the patient, taking into account other factors such as past or family history of depression, response of any previous episodes to intervention, and the presence of associated problems in social or interpersonal relationships.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 13 NICE 2004, S. 51
	Healthcare professionals should always ask patients with depression directly about suicidal ideas and intent.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 13 NICE 2004, S. 51
	Healthcare professionals should advise patients and carers to be vigilant for changes in mood, negativity and hopelessness, and suicidal ideas, particularly during high-risk periods, such as during initiation of and changes to medication and increased personal stress. Patients and carers should be advised to contact the appropriate healthcare practitioner concerned.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 13 NICE 2004, S. 51
	Healthcare professionals should assess whether patients with suicidal ideas have adequate social support and are aware of sources of help. They should advise them to seek appropriate help if the situation deteriorates.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 14 NICE 2004, S. 51

(Fortsetzung)

Tabelle 11 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Patienteninformation und -kommunikation

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PATIENTENINFORMATION / -KOMMUNIKATION				
NICE	Good practice points relevant to the care of all people with depression, Providing good information, informed consent and mutual support:			
	Patients and, where appropriate, families and carers should be provided with information on the nature, course and treatment of depression including the use and likely side-effect profile of medication.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 11 NICE 2004, S. 50
	Healthcare professionals should make all efforts necessary to ensure that a patient can give meaningful and properly informed consent before treatment is initiated. This is especially important when a patient has a more severe depression or is subject to the Mental Health Act.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 11 NICE 2004, S. 50
	Patients, families and carers should be informed of self-help groups and support groups and be encouraged to participate in such programmes where appropriate.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 11 NICE 2004, S. 50
	Primary Care Trusts and mental health communities should collate information on local self-help groups for practitioners.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 12 NICE 2004, S. 105

(Fortsetzung)

Tabelle 11 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Patienteninformation und -kommunikation

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PATIENTENINFORMATION / -KOMMUNIKATION				
NICE	Good practice points relevant to the care of all people with depression: Language			
	When talking to patients and carers, healthcare professionals should use everyday, jargon-free language. If technical terms are used they should be explained to the patient.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 12 NICE 2004, S. 50
	Where possible, all services should provide written material in the language of the patient, and independent interpreters should be sought for people whose preferred language is not English.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 12 NICE 2004, S. 50
	Where available, consideration should be given to providing psychotherapies and information about medications in the patient's own language if this is not English.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 12 NICE 2004, S. 50
	Advance directives			
	Although there are limitations with advance directives about the choice of treatment for people who are depressed, it is recommended that they are developed and documented in care plans, especially for people who have recurrent severe or psychotic depression, and for those who have been treated under the Mental Health Act.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 12 NICE 2004, S. 50 / 51
	Patient preference			
	A number of different treatment approaches may be equally effective for patients who are depressed, especially for those with mild and moderate depression who are not considered to be at substantial risk of self-harm. Patient preference and the experience and outcome of previous treatment(s) should be considered when deciding on treatment.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 12 NICE 2004, S. 51

(Fortsetzung)

Tabelle 11 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Patienteninformation und -kommunikation

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PATIENTENINFORMATION / -KOMMUNIKATION				
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression, Enhanced care in primary care:			
	The provision of telephone support by appropriately trained members of the primary care team, informed by clear treatment protocols, should be considered for all patients, in particular for the monitoring of antidepressant medication regimes.	n. a.	B	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 97-103
	Primary care organisations should consider establishing multifaceted care programmes that integrate – through clearly specified protocols – the delivery and monitoring of appropriate psychological and pharmacological interventions for the care of people with depression.	n. a.	C	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 97-103
NZGG	Good practice points of recognition of common mental disorders in adults:			
	The practitioner should strive to establish and maintain a good therapeutic relationship with the patient, as this increases the likelihood that mental disorders will be identified.	n. a.	GPP	NZGG, S. 55
	Practitioners should be aware of the cultural identity and health care preferences of people in their care	n. a.	GPP	NZGG, S.56
	Good practice points - Management of depression in adults:			
	The practitioner should endeavour to build a supportive and collaborative relationship with an adult with depression and their family/whānau	n. a.	GPP	NZGG, S. 68
An adult being treated for depression should be actively monitored and supported (eg, by phone, text, email or face-to-face) by an appropriately trained member of the primary care team, informed by clear treatment protocols	n. a.	B	NZGG, S. 68	

Tabelle 12: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
ACP	Recommendation 1: The American College of Physicians recommends that when clinicians choose pharmacologic therapy to treat patients with acute major depression, they select second-generation antidepressants on the basis of adverse effect profiles, cost, and patient preferences	Moderate	Strong	ACP, S. 725-733
	Recommendation 2: The American College of Physicians recommends that clinicians assess patient status, therapeutic response, and adverse effects of antidepressant therapy on a regular basis beginning within 1 to 2 weeks of initiation of therapy.	Moderate	Strong	ACP, S. 725 – 733
	Recommendation 3: The American College of Physicians recommends that clinicians modify treatment if the patient does not have an adequate response to pharmacotherapy within 6 to 8 weeks of the initiation of therapy for major depressive disorder.	Moderate	Strong	ACP, S. 725 – 733
CPA	Clinical Recommendations for Prescribing Antidepressants			
	In adults and in the elderly, there are clear benefits with antidepressants and, in the case of adults, little or no evidence to support any risks for emergent suicidality. Hence, newer antidepressants such as the SSRIs, SNRIs, and novel agents remain first-line treatments for depression in these age groups.	Level I	n. a.	CPA, S. 4
	Close monitoring for suicidality is important in patients with depression, especially in the early phases of treatment when suicidal risk is highest. If antidepressants are used, treatment should include prior discussion with the patient (and family if appropriate) of potential side effects that may affect suicidality, such as anxiety (including panic attacks), agitation (including irritability, hostility, and impulsivity), hypomania, and activation syndrome. Early reassessment is indicated when initiating an antidepressant. For Example, in children and adolescents, regular weekly contact (such as appointments or telephone calls) should be scheduled within the first month of prescribing and antidepressant to assess for these adverse events.	Level II	n. a.	CPA, S. 5

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Empfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
ICSI	Treatment Plan, Key Points (Annotation #11):			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes. ▪ Successful programs for the treatment of depression include organized treatment protocols, structured follow-up protocols, systematic monitoring of treatment adherence and effectiveness. ▪ When considering treatment options, the primary goal is to achieve remission. 	M, A	n. a.	ICSI, S. 24-35

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Empfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
ICSI	Clinical highlights and recommendations:			
	Antidepressant medications and / or referral for psychotherapy are recommended as treatment for major depression. Factors to consider in making treatment recommendations are symptom severity, presence of psychosocial stressors, presence of comorbid conditions, and patient preferences. Physical activity and active patient engagement are also useful in easing symptoms of major depression.	A	n. a.	ICSI, S. 3, 4
	If the primary care provider is seeing incremental improvement, continue working with that patient to augment treatment or increase medication dosage to reach remission. This can take up to three months. Don't give up on the patient whether treating in primary care or referring. Studies have shown that primary care can be just as successful as specialty care. (Annotations # 11, 12)	A	n. a.	ICSI, S. 3, 4
	For medication treatment, patients may show improvement at two weeks but need a longer length of time to really see response and remission. Most people need to be on medication at least 6-12 months after adequate response to symptoms.			
	The key objectives of treatment are to:			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ achieve remission of symptoms in the acute treatment phase for major depression ▪ reduce relapse and reduction of symptoms ▪ return patient to previous level of occupational and psychosocial function (Annotation #13; Measures #2a, 2b, 2c, 2d, 3a, 3b, 3c, 3d). 			
	Key clinical practice recommendations:			
	Combining pharmacologic treatment and cognitive-behavioral therapy appears to produce the most favorable treatment outcomes.	M	n. a.	ICSI, S. 21

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Empfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
NICE	Recognised depression in primary care – mild depression:			
	Antidepressants are not recommended for the initial treatment of mild depression, because the risk–benefit ratio is poor	n. a.	C	NICE 2007, S. 19 NICE 2004, S. 171-208
	The use of antidepressants should be considered for patients with mild depression that is persisting after other interventions, and those whose depression is associated with psychosocial and medical problems.	n. a.	C	NICE 2007, S. 20 NICE 2004, S. 171-208
	The use of antidepressants should be considered when patients with a past history of moderate or severe depression present with mild depression.	n. a.	C	NICE 2007, S. 20 NICE 2004, S. 208
	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression:			
	In moderate depression, antidepressant medication should be routinely offered to all patients before psychological interventions.	n. a.	B	NICE 2007, S. 21 NICE 2004, S. 57, S. 114-155
	Common concerns about taking medication should be addressed. For example, patients should be advised that craving and tolerance do not occur, and that taking medication should not be seen as a sign of weakness.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 21 NICE 2004, S. 57
	All patients who are prescribed antidepressants should be informed, at the time that treatment is initiated, of potential side effects and of the risk of discontinuation/ withdrawal symptoms.	n. a.	C	NICE 2007, S. 21 NICE 2004, S. 57, S. 230-232
	When prescribing antidepressants (particularly fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, tricyclic antidepressants, or venlafaxine), practitioners should be aware of clinically significant interactions with concomitant drugs. They should consider consulting appendix 1 of the ‘British National Formulary’.	n. a.	C	NICE 2007, S. 26

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
NICE	Patients started on antidepressants should be informed about the delay in onset of effect, the time course of treatment, the need to take medication as prescribed and the possible discontinuation/withdrawal symptoms. Written information appropriate to the patient's needs should be made available.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 21 NICE 2004, S. 57, S. 171-208
	Patients started on antidepressants who are considered to present an increased suicide risk or are younger than 30 years (because of the potential increased risk of suicidal thoughts associated with the early stages of antidepressant treatment for this group) should normally be seen after one week and frequently thereafter as appropriate until the risk is no longer considered significant.	n. a.	C	NICE 2007, S. 21 NICE 2004, S. 57, S. 237-239
	In the event that a patient develops marked and/or prolonged akathisia or agitation while taking an antidepressant, the use of the drug should be reviewed.	n. a.	C	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 237-239
	When a patient's depression fails to respond to the first antidepressant prescribed, the prescriber should check that the drug has been taken regularly and in the prescribed dose.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 58, S. 171-210
	If the response to a standard dose of an antidepressant is inadequate, and there are no significant side effects, a gradual increase in dose should be considered in line with the schedule suggested by the Summary of Product Characteristics.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	Prescribers should consider switching to another antidepressant if there has been no response at all after one month, but if there has been a partial response, a decision to switch can be postponed until six weeks.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated and – after consideration of a range of other treatment options – the decision is made to offer a further course of antidepressants, then another single antidepressant should be prescribed.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 209

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
NICE	Healthcare professionals should normally gradually reduce the doses of the drug over a four-week period, although some people may require longer periods. Fluoxetine can usually be stopped over a shorter period.	n. a.	C	NICE 2007, S. 28 NICE 2004, S. 61, S. 211-232
	If discontinuation/withdrawal symptoms are mild, practitioners should reassure the patient and monitor symptoms. If symptoms are severe, the practitioner should consider reintroducing the original antidepressant at the dose that was effective (or another antidepressant with a longer half-life from the same class) and reduce gradually while monitoring symptoms.	n. a.	C	NICE 2007, S. 29 NICE 2004, S. 61, S. 211-232
	Healthcare professionals should inform patients that they should seek advice from their medical practitioner if they experience significant discontinuation/withdrawal symptoms.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 29 NICE 2004, S. 61, S. 211-232
	Enhanced care in primary care:			
	The provision of telephone support by appropriately trained members of the primary care team, informed by clear treatment protocols, should be considered for all patients, in particular for the monitoring of antidepressant medication regimes.	n. a.	B	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 64, S. 94-103
Primary care organisations should consider establishing multifaceted care programmes that integrate – through clearly specified protocols – the delivery and monitoring of appropriate psychological and pharmacological interventions for the care of people with depression.	n. a.	C	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 64, S. 94-103	

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – Allgemein				
NICE	Patients with dementia			
	Depression in patients with dementia should be treated in the same way as depression in other older adults.	n. a.	C	NICE 2007, S. 27 NICE 2004, S. 60, S. 211-216
	Healthcare professionals should be aware that depression responds to antidepressants even in the presence of dementia.	n. a.	C	
	Patients with cardiovascular disease			
	When initiating treatment in a patient with a recent myocardial infarction or unstable angina, sertraline is the treatment of choice as it has the most evidence for safe use in this situation.	n. a.	B	NICE 2007, S. 27 NICE 2004, S. 60, S. 232-237
	All patients prescribed antidepressants should be informed that, although the drugs are not associated with tolerance and craving, discontinuation/withdrawal symptoms may occur on stopping, missing doses or, occasionally, on reducing the dose of the drug. These symptoms are usually mild and self limiting but can occasionally be severe, particularly if the drug is stopped abruptly.	n. a.	C	NICE 2007, S. 28 NICE 2004, S. 61, S. 211-232
	Patients should be advised to take the drugs as prescribed. This may be particularly important for drugs with a shorter half-life, such as paroxetine, in order to avoid discontinuation/withdrawal symptoms.	n. a.	C	NICE 2007, S. 28 NICE 2004, S. 61, S. 211-232
	Patient characteristics – age:			
	For older adults with depression, antidepressant treatment should be given at an age-appropriate dose for a minimum of six weeks before treatment is considered to be ineffective. If there has been a partial response within this period, treatment should be continued for a further six weeks.	n. a.	C	NICE 2007, S. 27 NICE 2004, S. 60, S. 211-216
	When prescribing antidepressants – in particular tricyclics – for older adults with depression, careful monitoring for side effects should be undertaken.	n. a.	C	NICE 2007, S. 27 NICE 2004, S. 60, S. 211-216
	Healthcare professionals should be aware of the increased frequency of drug interactions when prescribing an antidepressant to older adults taking other medications.	n. a.	GPP	

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
NICE	Treatment – resistant depression:			
	For patients whose depression is treatment-resistant, the combination of antidepressant medication with Cognitive Behavioural Therapy (CBT) should be considered.	n. a.	B	NICE 2007, S. 34 NICE 2004, S. 65, S. 151-155
	For patients with treatment-resistant moderate depression who have relapsed while taking, or after finishing, a course of antidepressants, the combination of antidepressant medication with CBT should be considered.	n. a.	B	NICE 2007, S. 34 NICE 2004, S. 65, S. 151-155
	When a patient's depression has failed to respond to various strategies for augmentation and combination treatments, referral to a clinician with a specialist interest in treating depression should be considered.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 36 NICE 2004, S. 66

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Empfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
NZGG	Management of depression in adults:			
	First-line treatment for an adult with mild depression is active support, advice on exercise and self-management, and referral to psychosocial helping agencies as required (e.g., relationship counselling).	n. a.	C	NZGG, S. 67-89
	First-line treatment for an adult with moderate depression is either a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) or a psychological therapy (e.g., 6–8 sessions of problem-solving therapy or cognitive behavioural therapy [CBT] over 10–12 weeks).	n. a.	B	NZGG, S. 67-89
	For an adult presenting initially with severe depression, the practitioner should consider a combination of antidepressant medication with a structured psychological intervention (eg, CBT or interpersonal psychotherapy [IPT], 16–20 sessions).	n. a.	B	NZGG, S. 67-89
	An adult starting antidepressant treatment who is considered at increased risk of suicide or is younger than 30 years should be followed up at 1 week and monitored 1-2 weekly, preferably face-to-face, until the risk is no longer considered significant, then at least 2 weekly until there is clear improvement.	n. a.	C	NZGG, S. 67-89
	An adult starting antidepressant treatment who is not considered at increased risk of suicide should be reviewed by the health practitioner within 1–2 weeks and monitored at least 2 weekly until there is clear improvement.	n. a.	C	NZGG, S. 67-89
	If an adult on antidepressant medication has had only a partial response after 3-4 weeks, consider increasing the dose.	n. a.	C	NZGG, S. 67-89
	If an adult on antidepressant medication has not responded to treatment by 4-6 weeks, review the treatment plan and consider either increasing the dose, changing the antidepressant, or changing or adding a psychological therapy.	n. a.	C	NZGG, S. 67-89

(Fortsetzung)

Tabelle 12 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Antidepressiva - Allgemein

Leitlinie	Empfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ANTIDEPRESSIVA – ALLGEMEIN				
NZGG	An adult being treated for depression should be actively monitored and supported (e.g., by phone, text, email or face-to-face) by an appropriately trained member of the primary care team, informed by clear treatment protocols.	n. a.	B	NZGG, S. 68-89
	Practitioners should consider the use of a tool such as the Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9) to assist in the monitoring of treatment response in an adult with depression.	n. a.	B	NZGG, S. 68-89
	When planning the management of an adult with depression, the practitioner should consider: symptom severity and symptom persistence; functional impairment; response to any previous intervention; and the individual's wider psycho-social context, identifying factors that may impact positively or negatively on outcomes.	n. a.	✓	NZGG, S. 68-89
	If an adult on antidepressant medication has had no or minimal response after 3-4 weeks, or if side effects are unacceptable, review the treatment plan and consider changing to a different antidepressant, or changing to or adding a psychological therapy.	n. a.	✓	NZGG, S. 69-89
	If an adult with mild depression does not respond to supportive treatment (psychosocial support and self-management strategies) within 2-4 weeks (i.e., ≥ 50% reduction in symptoms) the patient and practitioner should review the treatment plan and consider intensifying, changing or augmenting measures taken to date.	n. a.	✓	NZGG, S. 69-89
	Treatment-resistant depression:			
	An adult with depression who is treatment resistant should be referred urgently to secondary care mental health services while continuing treatment. Treatment resistance is defined as an unsatisfactory response after adequate trial of two antidepressants (with or without psychological therapy).	n. a.	C	NZGG, S. 69-89

Tabelle 13: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
SELEKTIVE SEROTONIN-RÜCKAUFNAHME-INHIBITOREN (SSRI)				
ACP	Recommendation 1: The American College of Physicians recommends that when clinicians choose pharmacologic therapy to treat patients with acute major depression, they select second-generation antidepressants on the basis of adverse effect profiles, cost, and patient preferences	moderate	Strong	ACP, S. 725-733
AKDÄ	Die Wirksamkeit der SSRI bei der Behandlung der akuten depressiven Episode ist in mehreren klinischen Studien gegenüber Placebo gesichert.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 14
	Vergleichende klinische Studien ergaben keine klinisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen SSRI und NSMRI.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 14
	Innerhalb der Leitlinie formulierte Einschränkung zu dieser Empfehlung: Aufgrund der übereinstimmenden Ergebnisse einiger auch kontrollierter Studien ist allerdings fraglich, ob SSRI bei Patienten mit schweren, stationär behandelten Depressionen eine den NSMRI gleichwertige Wirksamkeit besitzen.	n. a.	n. a.	AKDÄ, S. 15
CPA	Clinical Recommendations for Prescribing Antidepressants: In adults and in the elderly, there are clear benefits with antidepressants and, in the case of adults, little or no evidence to support any risks for emergent suicidality. Hence, newer antidepressants such as the SSRIs, SNRIs, and novel agents remain first-line treatments for depression in these age groups	Level I	n. a.	CPA, S. 4
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression: When an antidepressant is to be prescribed in routine care, it should be a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), because SSRIs are as effective as tricyclic antidepressants and are less likely to be discontinued because of side effects.	n. a.	A	NICE 2007, S. 23 NICE 2004, S. 58, S. 171-209
	When prescribing an SSRI, consideration should be given to using a product in a generic form. Fluoxetine and citalopram, for example, would be reasonable choices because they are generally associated with fewer discontinuation / withdrawal symptoms.	n. a.	C	NICE 2007, S. 23 NICE 2004, S. 58, S. 171-209

(Fortsetzung)

Tabelle 13 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
SELEKTIVE SEROTONIN-RÜCKAUFNAHME-INHIBITOREN (SSRI)				
NICE	If a depressed patient being treated with an SSRI develops increased agitation early in treatment, the prescriber should provide appropriate information, and if the patient prefers the drug should be changed to a different antidepressant. Alternatively, a brief period of concomitant treatment with a benzodiazepine should be considered, followed by a clinical review within two weeks.	n. a.	C	NICE 2007, S. 23, 24 NICE 2004, S. 58, S. 171-209
	Particularly in the initial stages of SSRI treatment, healthcare professionals should actively seek out signs of akathisia, suicidal ideation, and increased anxiety and agitation. They should also advise patients of the risk of these symptoms in the early stages of treatment and advise them to seek help promptly if these are at all distressing.	n. a.	C	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 57, S. 237-239
	If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated and – after consideration of a range of other treatment options – the decision is made to offer a further course of antidepressants, then another single antidepressant should be prescribed.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	Reasonable choices for a second antidepressant include a different SSRI or mirtazapine, but consideration may also be given to other alternatives, including moclobemide, reboxetine, and tricyclic antidepressants (except dosulepin).	n. a.	B	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	When switching from one antidepressant to another, prescribers should be aware of the need for gradual and modest incremental increases of dose, of interactions between antidepressants and the risk of serotonin syndrome when combinations of serotonergic antidepressants are prescribed. Features include confusion, delirium, shivering, sweating, changes in blood pressure and myoclonus.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	Patients with cardiovascular disease			
	When initiating treatment in a patient with a recent myocardial infarction or unstable angina, sertraline is the treatment of choice as it has the most evidence for safe use in this situation.	n. a.	B	NICE 2007, S. 27 NICE 2004, S. 60, S. 232-237

(Fortsetzung)

Tabelle 13 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
SELEKTIVE SEROTONIN-RÜCKKAUFNAHME-INHIBITOREN (SSRI)				
NICE	Atypical Depression:			
	Patients whose depression has atypical features should be treated with an SSRI.	n. a.	C	NICE 2007, S. 31 NICE 2004, S. 63, S. 221-224
	Referral to mental health specialists should be considered for patients with atypical depression and significant functional impairment who have not responded to an SSRI.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 31 NICE 2004, S. 63, S. 221-224
NZGG	Management of depression in adult:			
	First-line treatment for an adult with moderate depression is either a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) or a psychological therapy (eg, 6–8 sessions of problem-solving therapy or cognitive behavioural therapy [CBT] over 10–12 weeks)	n. a.	B	NZGG, S. 67-89

Tabelle 14: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
MONOAMINOXIDASE (MAO)-INHIBITOREN				
AKDÄ	In der ambulanten hausärztlichen Versorgung kommt als MAO-Inhibitor vor allem der reversible und selektive MAO-A-Hemmer Moclobemid infrage.	n. a.	n. a.	AKDÄ, S. 17
	Die akute antidepressive Wirksamkeit von Moclobemid wurde anhand mehrerer klinischer Studien gegenüber Placebo belegt.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 17
	In den vorliegenden vergleichenden Studien konnten keine klinisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen Moclobemid und SSRI oder NSMRI gesichert werden.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 17
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression:			
	When switching from one antidepressant to another, prescribers should be aware of the need for gradual and modest incremental increases of dose, of interactions between antidepressants and the risk of serotonin syndrome when combinations of serotonergic antidepressants are prescribed. Features include confusion, delirium, shivering, sweating, changes in blood pressure and myoclonus.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	Before prescribing moclobemide, practitioners should take into account the need to wash out previously prescribed antidepressants.	n. a.	A	NICE 2007, S. 25 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	Phenelzine should be considered for patients whose depression has failed to respond to alternative antidepressants and who are prepared to tolerate the side effects and dietary restrictions associated with its use. However, its toxicity in overdose should be considered when prescribing for patients at high-risk of suicide.	n. a.	C	NICE 2007, S. 35, 36 NICE 2004, S. 65, S.248-259
	Atypical Depression:			
	Phenelzine should be considered for women whose depression is atypical, and who have not responded to, or who cannot tolerate, an SSRI. However, its toxicity in overdose should be considered when prescribing for patients at high-risk of suicide.	n. a.	C	NICE 2007, S. 38 NICE 2004, S. 67, S. 239-259

Tabelle 15: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) / Trizyklika (TZA)

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
NICHTSELEKTIVE MONOAMIN-RÜCKAUFNAHME-INHIBITOREN (NSMRI) / TRIZYKLIKA (TZA)				
AKDÄ	Die Wirksamkeit aller NSMRI ist bei der Behandlung akuter depressiver Störungen ähnlich und anhand zahlreicher placebokontrollierter Studien belegt.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 14
	Innerhalb der Leitlinie formulierte Einschränkung zu dieser Empfehlung: Insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Engwinkelglaukom, Prostatahypertrophie, Pylorusstenose und anderen ausgeprägten intestinalen Stenosen, schwerer Obstipation, kognitiven Störungen, Krampfleiden oder Verwirrheitszuständen bzw. Delir sollten keine NSMRI eingesetzt werden.	n. a.	n. a.	AKDÄ, S. 14
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression:			
	Patients who start on low-dose tricyclic antidepressants and who have a clear clinical response may be maintained on that dose with careful monitoring.	n. a.	C	NICE 2007, S. 25 NICE 2004, S. 59, S. 228-229
	Patients started on low-dose tricyclic antidepressants should be carefully monitored for side effects and efficacy, and the dose gradually increased if there is lack of efficacy and no major side effects.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 25 NICE 2004, S. 59, S. 228-229
	An ECG should be carried out and blood pressure measurement taken before prescribing a tricyclic antidepressant for a depressed patient at significant risk of cardiovascular disease.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 28 NICE 2004, S. 61, S. 232-237
	If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated and – after consideration of a range of other treatment options – the decision is made to offer a further course of antidepressants, then another single antidepressant should be prescribed.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209

(Fortsetzung)

Tabelle 15 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) / Trizyklika (TZA)

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
NICHTSELEKTIVE MONOAMIN-RÜCKAUFNAHME-INHIBITOREN (NSMRI) / TRIZYKLIKA (TZA)				
NICE	Toxicity in overdose should be considered when choosing an antidepressant for patients at significant risk of suicide. Healthcare professionals should be aware that the highest risk in overdose is with tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) but that venlafaxine is also more dangerous in overdose than other equally effective drugs recommended for routine use in primary care.	n. a.	C	NICE 2007, S. 23 NICE 2004, S. 58, S. 237-239
	Before prescribing tricyclic antidepressants, practitioners should take into account their poorer tolerability compared with other equally effective antidepressants, the increased risk of cardiotoxicity and their toxicity in overdose.	n. a.	B	NICE 2007, S. 25 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	Where a tricyclic is chosen as an antidepressant, lofepramine is a reasonable choice because of its relative lack of cardiotoxicity.	n. a.	C	NICE 2007, S. 25 NICE 2004, S. 59, S. 171-210
	For male patients with chronic depression who have not responded to an SSRI, consideration should be given to a tricyclic antidepressant because men tolerate the side effects of tricyclic antidepressants reasonably well.	n. a.	C	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 63, S. 217-220
	Venlafaxine and tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) should not be prescribed for patients with a: high risk of serious cardiac arrhythmias, recent myocardial infarction.	n. a.	C	NICE, S. 28
	Patient characteristics – Gender:			
	When considering which antidepressants to prescribe for female patients, the fact that they have poorer tolerance of imipramine should be taken into account.	n. a.	B	NICE 2007, S. 27 NICE 2004, S. 219
NZGG	Good practice points; Management of depression in adults:			
	First-line treatment for an adult with melancholic depression is a tricyclic antidepressant.	n. a.	GPP	NZGG, S. 69-89

Tabelle 16: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, weitere Antidepressiva, Kombinations- und Augmentationstherapien

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE ANTIDEPRESSIVA (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a.), KOMBINATIONS- / AUGMENTATIONSTHERAPIEN				
ACP	Recommendation 1: The American College of Physicians recommends that when clinicians choose pharmacologic therapy to treat patients with acute major depression, they select second-generation antidepressants on the basis of adverse effect profiles, cost, and patient preferences	moderate	Strong	ACP, S. 725-733
AKDÄ	In den letzten Jahren wurde eine Reihe neuerer Antidepressiva wie z. B. Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin und Reboxetin auf den Markt gebracht, die weitgehend selektiv die serotonerge und/oder noradrenerge Neurotransmission beeinflussen bei relativ günstigem Nebenwirkungsprofil.			
	Die akute antidepressive Wirksamkeit von Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin und Reboxetin ist anhand placebokontrollierter klinischer Studien gut belegt.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 17
	Im Vergleich zu NSMRI und SSRI scheinen Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin und Reboxetin von weitgehend ähnlicher antidepressiver Wirksamkeit zu sein.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 17
ICSI	Augmentation strategies may be used for partial responders, and combinations of antidepressants (when each has a different mechanism) have been shown to be options in those who fail to achieve remission. (Annotation #14)	A, D	n. a.	ICSI, S. 37-39
	Key Clinical Practice Recommendations: In those patients presenting with either pain or depressive symptoms, assess both domains. Depression may be more than a facet of chronic pain when significant depression symptoms are present. If comorbidity is found between chronic pain and mild to moderate major depression, treat both conditions for optimal outcomes. If comorbid severe major depressive disorder is diagnosed concurrently with chronic pain, depressive symptoms should be the primary focus of treatment.	M, D, B, R	n. a.	ICSI, S. 20, 21

(Fortsetzung)

Tabelle 16 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, weitere Antidepressiva, Kombinations- und Augmentationstherapien

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE ANTIDEPRESSIVA (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a.), KOMBINATIONS- / AUGMENTATIONSTHERAPIEN				
	Given that depression and pain symptoms appear to follow the same descending pathways of the central nervous system involving a functional deficiency of the neurotransmitters serotonin, norepinephrine, and dopamine, antidepressant medication is warranted, especially the dual-action tricyclic antidepressants such as amitriptyline or dual-action atypical antidepressant re-uptake inhibitors such as venlafaxine or duloxetine. Duloxetine is indicated for the management of neuropathic pain associated with diabetic peripheral neuropathy. Duloxetine, dosed orally at 60 mg once or twice daily, improved mean pain scores from baseline and increased the proportion of patients with at least 50% reduction in pain scores from baseline	A	n. a.	ICSI, S. 21

(Fortsetzung)

Tabelle 16 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, weitere Antidepressiva, Kombinations- und Augmentationstherapien

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE ANTIDEPRESSIVA (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a.), KOMBINATIONS- / AUGMENTATIONSTHERAPIEN				
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression:			
	Dosulepin, phenelzine, combined antidepressants and lithium augmentation of antidepressants should only be routinely initiated by specialist mental health professionals, including General Practitioners with a Special Interest in Mental Health.	n. a.	C	NICE 2007, S. 23 NICE 2004, S. 58, S. 171-210
	Toxicity in overdose should be considered when choosing an antidepressant for patients at significant risk of suicide. Healthcare professionals should be aware that the highest risk in overdose is with tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) but that venlafaxine is also more dangerous in overdose than other equally effective drugs recommended for routine use in primary care.	n. a.	C	NICE 2007, S. 23 NICE 2004, S. 58, S. 237-239
	If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated and – after consideration of a range of other treatment options – the decision is made to offer a further course of antidepressants, then another single antidepressant should be prescribed.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	Reasonable choices for a second antidepressant include a different SSRI or mirtazapine, but consideration may also be given to other alternatives, including moclobemide, reboxetine and lofepramine. Other tricyclic antidepressants (except dosulepin) and venlafaxine may be considered, especially for more severe depression.	n. a.	B	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	When switching from one antidepressant to another, prescribers should be aware of the need for gradual and modest incremental increases of dose, of interactions between antidepressants and the risk of serotonin syndrome when combinations of serotonergic antidepressants are prescribed. Features include confusion, delirium, shivering, sweating, changes in blood pressure and myoclonus.	n. a.	C	NICE 2007, S. 24 NICE 2004, S. 59, S. 171-210
	Before prescribing mirtazapine, practitioners should take into account its propensity to cause sedation and weight gain.	n. a.	A	NICE 2007, S. 25 NICE 2004, S. 59, S. 171-209
	Before prescribing reboxetine, practitioners should take into account the relative lack of data on side effects. Patients taking reboxetine should be monitored carefully.	n. a.	B	NICE 2007, S. 25 NICE 2004, S. 59, S. 171-209

(Fortsetzung)

Tabelle 16 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, weitere Antidepressiva, Kombinations- und Augmentationstherapien

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE ANTIDEPRESSIVA (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a.), KOMBINATIONS- / AUGMENTATIONSTHERAPIEN				
NICE	Before prescribing venlafaxine, practitioners should take into account the increased likelihood of patients stopping treatment because of side effects, and its higher cost, compared with equally effective SSRIs.	n. a.	B	NICE 2007, S. 25
	Before prescribing venlafaxine, practitioners should ensure pre-existing hypertension is controlled in line with the current NICE guideline on hypertension (see www.nice.org.uk/CG034).	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 25
	For patients prescribed venlafaxine, blood pressure should be checked on initiation and regularly during treatment, particularly during dosage titration. For patients who experience a sustained increase in blood pressure, the dose should be reduced or discontinuation considered.	n. a.	C	NICE 2007, S. 26
	Practitioners should monitor patients prescribed venlafaxine for the signs and symptoms of cardiac dysfunction, particularly in those with known cardiovascular disease, and take appropriate action as necessary.	n. a.	C	NICE 2007, S. 26
	When prescribing antidepressants (particularly fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, tricyclic antidepressants, or venlafaxine), practitioners should be aware of clinically significant interactions with concomitant drugs. They should consider consulting appendix 1 of the 'British National Formulary'.	n. a.	C	NICE 2007, S. 26
	Venlafaxine should only be prescribed at high dose (300 mg/day or more) under the supervision or advice of a specialist mental health medical practitioner.	n. a.	C	NICE 2007, S. 26

(Fortsetzung)

Tabelle 16 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, weitere Antidepressiva, Kombinations- und Augmentationstherapien

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE ANTIDEPRESSIVA (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a.), KOMBINATIONS- / AUGMENTATIONSTHERAPIEN				
NICE	Patients with cardiovascular disease:			
	Venlafaxine and tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) should not be prescribed for patients with a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ high risk of serious cardiac arrhythmias ▪ recent myocardial infarction. 	n. a.	C	NICE 2007, S. 28
	Stopping or Reducing Antidepressants:			
	Patients should be advised to take the drugs as prescribed. This may be particularly important for drugs with a shorter half-life, such as paroxetine and venlafaxine, in order to avoid discontinuation/withdrawal symptoms.	n. a.	C	NICE 2007, S. 28 NICE 2004, S. 61, S. 230-232
	Treatment-resistant depression:			
	A trial of lithium augmentation should be considered for patients whose depression has failed to respond to several antidepressants and who are prepared to tolerate the burdens associated with its use.	n. a.	B	NICE 2007, S. 34 NICE 2004, S. 65, S. 248-259
	Before initiating lithium augmentation, an ECG should be carried out.	n. a.	C	NICE 2007, S. 34 NICE 2004, S. 65, S. 232-237
	If venlafaxine has not been used before, it should be considered for patients whose depression has failed to respond to two adequate trials of other antidepressants. Consideration should be given to increasing the dose up to “British National formulary” limits if required, provided patients can tolerate the side effects. C See pages 23-28 for prescribing advice.	n. a.	C	NICE 2007, S. 35

(Fortsetzung)

Tabelle 16 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, weitere Antidepressiva, Kombinations- und Augmentationstherapien

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE ANTIDEPRESSIVA (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a.), KOMBINATIONS- / AUGMENTATIONSTHERAPIEN				
NICE	Treatment - resistant depression			
	Augmenting an antidepressant with another antidepressant should be considered for patients whose depression is treatment resistant and who are prepared to tolerate the side effects. There is evidence for benefits from the addition of mianserin or mirtazapine to SSRIs.	n. a.	C	NICE 2007, S. 35 NICE 2004, S. 65, S.248-259
	Where patients are treated with one antidepressant augmented by another, careful monitoring of progress and side effects is advised and the importance of this should be explained to the patient. Particular care should be taken to monitor for serotonin syndrome.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 35 NICE 2004, S. 65, S.248-259
	When used to augment another antidepressant, mianserin should be used with caution, particularly in older adults, because of the risk of agranulocytosis.	n. a.	C	NICE 2007, S. 35 NICE 2004, S. 65, S.248-259
	Where combinations of antidepressants other than mianserin with SSRIs and mirtazapine with SSRIs are considered, healthcare professionals should reevaluate the adequacy of previous treatments carefully before proceeding, and consider seeking a second opinion. Any discussion should be documented in the notes.	n. a.	C	NICE 2007, S. 35 NICE 2004, S. 65, S.248-258
	Phenelzine should be considered for patients whose depression has failed to respond to alternative antidepressants and who are prepared to tolerate the side effects and dietary restrictions associated with its use. However, its toxicity in overdose should be considered when prescribing for patients at high-risk of suicide.	n. a.	C	NICE 2007, S. 35, 36 NICE 2004, S. 65, S.248-259
	Augmentation of an antidepressant with carbamazepine, lamotrigine, buspirone, pindolol, valproate or thyroid supplementation is not recommended in the routine management of treatment-resistant depression.	n. a.	B	NICE 2007, S. 36 NICE 2004, S. 65, S.248-259

(Fortsetzung)

Tabelle 16 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, weitere Antidepressiva, Kombinations- und Augmentationstherapien

Leitlinie	Empfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE ANTIDEPRESSIVA (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a.), KOMBINATIONS- / AUGMENTATIONSTHERAPIEN				
NICE	Treatment - resistant depression			
	Dosulepin should not be initiated routinely because evidence supporting its tolerability relative to other antidepressants is outweighed by the increased cardiac risk and toxicity in overdose.	n. a.	C	NICE 2007, S. 36 NICE 2004, S. 66, S.171-210
	There is insufficient evidence to recommend the use of benzodiazepine augmentation of antidepressants.	n. a.	C	NICE 2007, S. 36 NICE 2004, S. 65, S.248-258
	Psychotic depression			
	For patients with psychotic depression, augmenting the current treatment plan with antipsychotic medication should be considered, although the optimum dose and duration of treatment are unknown	n. a.	C	NICE 2007, S. 38 NICE 2004, S. 66, S.171-210

Tabelle 17: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Phytotherapeutika

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PHYTOTHERAPEUTIKA				
AKDÄ	<p>Johanniskraut, Wirksamkeit bei leichter bis mittelgradiger Depression:</p> <p>Sieben placebokontrollierte Studien wurden in die metaanalytische Bewertung einbezogen, da sie keine oder nur leichte Qualitätsmängel aufwiesen. Im Ergebnis zeigte sich für Johanniskraut gegenüber Placebo eine Verbesserung in der Hamilton-Depressions-Skala mit einer gewichteten Mittelwertsdifferenz von 3,8 Scorepunkten (95 %-Konfidenzintervall: 3,0-4,6) und im Anteil der Responder mit einer Odds Ratio 2,4 (1,9-3,1). Die Wirksamkeit von Johanniskraut muss daher als statistisch gesichert gelten. Generell fanden sich jedoch eine statistisch signifikante Heterogenität in den Ergebnissen und eine deutliche Abhängigkeit des Effektschätzers von der Studienqualität, d. h., je schlechter die Qualität der Studien, desto größer stellt sich das Ausmaß der aufgezeigten Effekte dar und umgekehrt. Bei Betrachtung allein derjenigen Studien mit der besten methodischen Qualität („biometrische Qualität: keine Mängel“) zeigt Johanniskraut nur einen marginalen Effekt unterhalb der von Montgomery definierten Relevanzschwelle. Hinzu kommt, dass sich aus dem „Funnel Plot“ der Meta-Analyse Hinweise auf einen Publication Bias ergeben, der zu einer Überschätzung des Therapieeffektes führt, sodass der Effekt von Johanniskraut insgesamt noch geringer sein dürfte. Eine nach Erstellung unserer Meta-Analyse publizierte Studie erbringt aufgrund methodischer Defizite keine Änderungen der obigen Aussage.</p> <p>Johanniskraut, Wirksamkeit bei mittelgradiger bis schwerer Depression:</p> <p>Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Johanniskraut bei mittelgradiger bis schwerer Depression liegen nur zwei placebokontrollierte Studien vor, von denen eine Studie keine, die andere lediglich leichte Mängel der biometrischen Qualität aufwies. In keiner der beiden Studien zeigte sich Johanniskraut in den Wirksamkeitskriterien signifikant von Placebo verschieden.</p>	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 20
		↔	n. a.	AKDÄ, S. 20

(Fortsetzung)

Tabelle 17 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Phytotherapeutika

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PHYTOTHERAPEUTIKA				
AKDÄ	Wirksamkeit von Johanniskraut im Vergleich zu chemisch definierten Antidepressiva (NSMRI/SSRI):			
	Zum Vergleich von Johanniskraut mit chemisch definierten Antidepressiva wie Amitriptylin, Imipramin, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin liegen mehrere Äquivalenzstudien mit positiven, negativen, zum Teil aber auch nicht beurteilbaren Ergebnissen vor. Dazu erlauben einige Studien aufgrund grober Mängel ihrer biometrischen Qualität oder zu niedriger Dosierung der Referenzsubstanzen kaum eine Bewertung. Für die Behandlung der Depression lässt sich aufgrund der starken und variablen Placebo-Effekte die so genannte »Assay-Sensitivität« als wesentliche Voraussetzung für die Interpretierbarkeit von Äquivalenzstudien nur durch das Mitführen einer Placebo-Kontrollgruppe garantieren. Dies war lediglich in einer Studie gegeben. Insgesamt kann aufgrund der inkonsistenten und unzureichenden Datenlage derzeit keine Aussage über die Vergleichbarkeit von Johanniskrautpräparaten und chemisch definierten Antidepressiva getroffen werden.	↔	n. a.	AKDÄ, S. 20
	Unerwünschte Wirkungen von Johanniskraut: Johanniskrautpräparate haben sich in den publizierten Studien als sehr gut verträglich erwiesen, obwohl die Ergebnisse der meist kleinen Studien für seltenere, evtl. aber auch schwerere Neben- oder Wechselwirkungen nur von sehr limitierter Aussagekraft sind. Zur oft erwähnten Phototoxizität existieren nur vereinzelte Berichte. Von gesicherter klinischer Relevanz sind jedoch ausgeprägte Wechselwirkungen. Johanniskraut kann als Induktor von Isoenzymen des Cytochroms P450 zur Wirkungsbeeinträchtigung (inkl. oraler Kontrazeption) und gegebenenfalls bei Absetzen zur erhöhten Toxizität zahlreicher Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite wie z. B. Ciclosporin, Tacrolimus, Digoxin, Theophyllin, Antidepressiva (Amitriptylin, Nortriptylin), Antikoagulantien, Antikonvulsiva und mehreren HIV-wirksamen Arzneimitteln führen.	n. a.	n. a.	AKDÄ, S. 20
	Daten zur remissionsstabilisierenden Wirksamkeit liegen nicht vor.	↔	n. a.	AKDÄ, S. 20

(Fortsetzung)

Tabelle 17 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Phytotherapeutika

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PHYTOTHERAPEUTIKA				
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression:			
	Although there is evidence that St John’s wort may be of benefit in mild or moderate depression, healthcare professionals should not prescribe or advise its use by patients because of uncertainty about appropriate doses, variation in the nature of preparations and potential serious interactions with other drugs (including oral contraceptives, anticoagulants and anticonvulsants).	n. a.	C	NICE 2007, S. 26 NICE 2004, S. 60, S. 171-210
	Patients who are taking St John’s wort should be informed of the different potencies of the preparations available and the uncertainty that arises from this. They should also be informed of the potential serious interactions of St John’s wort with other drugs (including oral contraceptives, anticoagulants and anti-convulsants).	n. a.	C	NICE 2007, S. 26 NICE 2004, S. 60, S. 171-210

Tabelle 18: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ERHALTUNGSTHERAPIE / REZIDIVPROPHYLAXE				
ACP	Recommendation 4: The American College of Physicians recommends that clinicians continue treatment for 4 to 9 months after a satisfactory response in patients with a first episode of major depressive disorder. For patients who have had 2 or more episodes of depression, an even longer duration of therapy may be beneficial.	Moderate	Strong	ACP, S. 725 - 733
AKDÄ	Zur remissionsstabilisierenden Erhaltungstherapie bei Patienten mit unipolarer Depression wird nach erfolgreicher Akuttherapie das hierbei eingesetzte Antidepressivum in unveränderter Dosierung über einen Zeitraum von sechs Monaten weitergegeben.	n. a.	n. a.	AKDÄ, S. 24
	Die remissionsstabilisierende Wirkung ist für zahlreiche Antidepressiva belegt. Durch eine derartige Erhaltungstherapie kann das Rückfallrisiko um 70 % gesenkt werden.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 24
	Die wirksame Verhinderung von Rezidiven bei unipolaren Patienten durch eine Langzeitmedikation mit verschiedenen Antidepressiva ist gut belegt. Sowohl für NSMRI als auch für SSRI ist die Verhinderung von Rezidiven bei unipolaren Depressionen bei einer bis zweijährigen Medikation gegenüber Placebo nachgewiesen. In einigen viel zitierten Studien wurde dabei freilich die volle, zuvor akut verordnete Dosis, z. B. von Imipramin, weiterhin verabreicht.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 24
	Für Lithiumsalze ist der phasenprophylaktische Effekt in neun doppelblinden Studien an unipolaren und ebenso zahlreichen Studien an bipolaren Patienten eindeutig belegt. In einer prospektiven Studie, die Lithium mit der – in Deutschland für die Langzeitmedikation üblichen – Dosis von ca. 100 mg/Tag Amitriptylin verglich, war Lithium Amitriptylin überlegen. Wenn es auch sinnvoll erscheint, eine in der akuten Phase erfolgreiche antidepressive Therapie als prophylaktische, unter Umständen also lebenslange Medikation fortzuführen, so werden doch die individuelle Verträglichkeit und das individuelle Suizidrisiko für die Therapieentscheidung eine wichtige Rolle spielen müssen.	↑↑	n. a.	AKDÄ, S. 24

(Fortsetzung)

Tabelle 18 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ERHALTUNGSTHERAPIE / REZIDIVPROPHYLAXE				
AKDÄ	Im Falle der Unverträglichkeit von Lithium oder bei nicht ausreichendem Ansprechen kommt als zweite Wahl das Antikonvulsivum Carbamazepin in Frage. Lamotrigin ist zur Prophylaxe depressiver Episoden bei bipolar affektiven Erkrankungen zugelassen. Die Phasenprophylaxe bipolarer Erkrankungen sollte durch einen psychiatrischen Facharzt erfolgen. In neueren Studien wurde gezeigt, dass Lamotrigin vor allem zur Prävention depressiver Phasen geeignet ist, während Lithium eher manische Phasen verhindert. Es existieren jedoch auch interessante Hinweise, dass es sich bei Lamotrigin-Respondern um eine spezielle Subgruppe des bipolaren Spektrums handelt. Für unipolare Verläufe gibt es für diese Substanz keine systematischen Untersuchungen.	↑	n. a.	AKDÄ, S. 24
	Für andere Antikonvulsiva wie z. B. Valproat, Gabapentin oder Topiramate wurde eine rezidivprophylaktische Wirksamkeit weder bei uni- noch bei bipolaren Störungen hinreichend nachgewiesen. Für das in den USA viel verwandte, in Deutschland für die Langzeitprophylaxe affektiver Störungen kürzlich – aus Sicht der AKDÄ ohne hinreichende Evidenz – zugelassene Valproat liegt ein negatives Cochrane Review vor. Auch zeigte eine große Studie am Material zweier amerikanischer Versicherungen ein 2,7fach erhöhtes Suizidrisiko bei Patienten mit Valproat im Vergleich zur Lithiummedikation.	↔	n. a.	AKDÄ, S. 24/25
	Johanniskraut: Daten zur remissionsstabilisierenden Wirksamkeit liegen nicht vor.	↔	n. a.	AKDÄ, S. 20

(Fortsetzung)

Tabelle 18 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ERHALTUNGSTHERAPIE / REZIDIVPROPHYLAXE				
ICSI	Consider other strategies, Key points:			
	Augmentation strategies may be used for partial responders, and combinations of antidepressants (when each has a different mechanism) have been shown to be options in those who fail to achieve remission.	A, D, C, R	n. a.	ICSI, S. 37-39
ICSI	Clinical Highlights and Recommendations:			
	If the primary care provider is seeing incremental improvement, continue working with that patient to augment treatment or increase medication dosage to reach remission. This can take up to three months. Don't give up on the patient whether treating in primary care or referring. Studies have shown that primary care can be just as successful as specialty care. (Annotations #11, 12) For medication treatment, patients may show improvement at two weeks but need a longer length of time to really see response and remission. Most people need to be on medication at least 6-12 months after adequate response to symptoms. For psychotherapy treatment, it can take 8-10 weeks to show improvement.	C, A	n. a.	ICSI, S. 3, S. 42

(Fortsetzung)

Tabelle 18 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ERHALTUNGSTHERAPIE / REZIDIVPROPHYLAXE				
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression:			
	Patients started on antidepressants who are not considered to be at increased risk of suicide should normally be seen after two weeks. Thereafter they should be seen on an appropriate and regular basis, for example, at intervals of two to four weeks in the first three months and at longer intervals thereafter, if response is good.	n. a.	C	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 57, S. 171-208
	Antidepressants should be continued for at least six months after remission of an episode of depression, because this greatly reduces the risk of relapse.	n. a.	A	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 58, S. 224-227
	When a patient has taken antidepressants for six months after remission, healthcare professionals should review with the patient the need for continued antidepressant treatment. This review should include consideration of the number of previous episodes, presence of residual symptoms, and concurrent psychosocial difficulties.	n. a.	C	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 58, S. 224-227
NICE	Recurrent depression and relapse prevention:			
	Patients who have had multiple episodes of depression, and who have had a good response to treatment with an antidepressant and lithium augmentation, should remain on this combination for at least six months.	n. a.	B	NICE 2007, S. 37 NICE 2004, S. 66, S. 224-227
	When one drug is to be discontinued in a patient taking an antidepressant with lithium augmentation, this should be lithium in preference to the antidepressant.	n. a.	C	NICE 2007, S. 37 NICE 2004, S. 66, S. 224-227
	The use of lithium as a sole agent to prevent recurrence of depression in patients with previous recurrences is not recommended.	n. a.	C	NICE 2007, S. 37 NICE 2004, S. 66, S. 224-228
	Phenelzine should be considered for women whose depression is atypical, and who have not responded to, or who cannot tolerate, an SSRI. However, its toxicity in overdose should be considered when prescribing for patients at high-risk of suicide.	n. a.	C	NICE 2007, S. 38 NICE 2004, S. 67, S. 239-259
	All patients receiving phenelzine require careful monitoring (including taking blood pressure) and advice on interactions with other medicines and foodstuffs, and should have their attention drawn to the product information leaflet.	n. a.	C	NICE 2007, S. 38 NICE 2004, S. 67, S. 222-224

(Fortsetzung)

Tabelle 18 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ERHALTUNGSTHERAPIE / REZIDIVPROPHYLAXE				
NICE	Recurrent depression and relapse prevention:			
	Patients who have had two or more depressive episodes in the recent past, and who have experienced significant functional impairment during the episodes, should be advised to continue antidepressants for two years.	n. a.	B	NICE 2007, S. 36 NICE 2004, S. 66, S. 224-227
	Patients on maintenance treatment should be re-evaluated, taking into account age, comorbid conditions and other risk factors in the decision to continue maintenance treatment beyond two years.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 37 NICE 2004, S. 66, S. 224-227
	The antidepressant dose used for the prevention of recurrence should be maintained at the level at which acute treatment was effective.	n. a.	C	NICE 2007, S. 37 NICE 2004, S. 66, S. 224-227
	Recognised depression in specialist mental health services:			
	Specialist mental health professionals, including GPs with a Special Interest in Mental Health, provide assessment, treatment and consultancy services for this group of patients. They may do this in secondary care services or through attachment to primary care mental health teams. Patients may enter care directly at this step if they are assessed as requiring specialist services.			
	In specialist mental health services, after a thorough review of previous treatments for depression has been undertaken, consideration should be given to reintroducing previous treatments that have been inadequately delivered or adhered to.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 33 NICE 2004, S. 25, S. 65
	Medication in secondary-care mental health services should be initiated under the supervision of a consultant psychiatrist.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 34 NICE 2004, S. 25, S. 64

(Fortsetzung)

Tabelle 18 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
ERHALTUNGSTHERAPIE / REZIDIVPROPHYLAXE				
NZGG	Management of depression in adults:			
	If an adult on antidepressant medication has had only a partial response after 3–4 weeks, consider increasing the dose.	n. a.	C	NZGG, S. 67
	If an adult on antidepressant medication has not responded to treatment by 4–6 weeks, review the treatment plan and consider either increasing the dose, changing the antidepressant, or changing or adding a psychological therapy.	n. a.	C	NZGG, S. 68
	An adult being treated for depression should be actively monitored and supported (eg, by phone, text, email or face-to-face) by an appropriately trained member of the primary care team, informed by clear treatment protocols.	n. a.	B	NZGG, S. 68
	An adult with depression who is treatment resistant should be referred urgently to secondary care mental health services while continuing treatment. Treatment resistance is defined as an unsatisfactory response after adequate trial of two antidepressants (with or without psychological therapy).	n. a.	C	NZGG, S. 68
	An adult with depression who is responding to antidepressant treatment should normally continue to take the antidepressant for at least 6 months after remission of an episode of depression in order to reduce the risk of relapse	n. a.	B	NZGG, S. 68
	Good practice points of the Management of depression in adults:			
	If an adult on antidepressant medication has had no or minimal response after 3–4 weeks, or if side effects are unacceptable, review the treatment plan and consider changing to a different antidepressant, or changing to or adding a psychological therapy	n. a.	GPP	NZGG, S. 69

Tabelle 19: Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Suizidprävention in der Akut- und Erhaltungstherapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
SUIZIDPRÄVENTION				
AKDÄ	Es wurde bislang nicht ausreichend belegt, dass eine Langzeitmedikation mit Antidepressiva die zu erwartende Rate suizidaler Handlungen vermindern kann.	↔	n. a.	AKDÄ, S. 25
	Jedoch existieren eine Reihe übereinstimmender retrospektiver Untersuchungen, eine kontrollierte prospektive Studie sowie eine Meta-Analyse kontrollierter Studien, die insgesamt sehr wahrscheinlich machen, dass eine Medikation mit Lithiumsalzen die Zahl von Suiziden und Suizidversuchen bei unipolaren und bipolaren Patienten signifikant vermindert und die sonst um das Zwei- bis Dreifache erhöhte Mortalität von Patienten mit affektiven Störungen normalisieren kann. In einer prospektiven Studie zeigte sich diesbezüglich eine sehr deutliche Überlegenheit von Lithium gegenüber Carbamazepin.	↑	n. a.	AKDÄ, S. 25
CPA	Clinical Recommendations for Prescribing Antidepressants:			
	In adults and in the elderly, there are clear benefits with antidepressants and, in the case of adults, little or no evidence to support any risks for emergent suicidality. Hence, newer antidepressants such as the SSRIs, SNRIs, and novel agents remain first-line treatments for depression in these age groups.	Level I	n. a.	CPA, S. 4
	Close monitoring for suicidality is important in patients with depression, especially in the early phases of treatment when suicidal risk is highest. If antidepressants are used, treatment should include prior discussion with the patient (and family if appropriate) of potential side effects that may affect suicidality, such as anxiety (including panic attacks), agitation (including irritability, hostility, and impulsivity), hypomania, and activation syndrome. Early reassessment is indicated when initiating an antidepressant. For Example, in children and adolescents, regular weekly contact (such as appointments or telephone calls) should be scheduled within the first month of prescribing and antidepressant to assess for these adverse events.	Level 2	n. a.	CPA, S. 5
ICSI	Consider Other Strategies, Key Points:			
	Partial or full hospitalization may be indicated in patients who have failed outpatient management, particularly if safety issues are a concern.	n. a.	n. a.	ICSI, S. 37, S. 39

(Fortsetzung)

Tabelle 19 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Suizidprävention in der Akut und Erhaltungstherapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
SUIZIDPRÄVENTION				
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression:			
	Patients started on antidepressants who are considered to present an increased suicide risk or are younger than 30 years (because of the potential increased risk of suicidal thoughts associated with the early stages of antidepressant treatment for this group) should normally be seen after one week and frequently thereafter as appropriate until the risk is no longer considered significant.	n. a.	C	NICE 2007, S. 21 NICE 2004, S. 57, S. 237-239
	For patients at high risk of suicide, a limited quantity of antidepressants should be prescribed.	n. a.	C	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 57, S. 237-239
	When a patient with depression is assessed to be at a high risk of suicide, the use of additional support such as more frequent direct contacts with primary care staff or telephone contacts should be considered.	n. a.	C	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 57, S. 237-239
	Particularly in the initial stages of SSRI treatment, healthcare professionals should actively seek out signs of akathisia, suicidal ideation, and increased anxiety and agitation. They should also advise patients of the risk of these symptoms in the early stages of treatment and advise them to seek help promptly if these are at all distressing.	n. a.	C	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 57, S. 237-239
	In the event that a patient develops marked and/or prolonged akathisia or agitation while taking an antidepressant, the use of the drug should be reviewed.	n. a.	C	NICE 2007, S. 22 NICE 2004, S. 57, S. 237-239
	Toxicity in overdose should be considered when choosing an antidepressant for patients at significant risk of suicide. Healthcare professionals should be aware that the highest risk in overdose is with tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) but that venlafaxine is also more dangerous in overdose than other equally effective drugs recommended for routine use in primary care.	n. a.	C	NICE 2007, S. 23 NICE 2004, S. 57, S. 237-239

(Fortsetzung)

Tabelle 19 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Pharmakotherapie, Suizidprävention in der Akut und Erhaltungstherapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
SUIZIDPRÄVENTION				
NZGG	Management of depression in adults:			
	An adult starting antidepressant treatment who is considered at increased risk of suicide or is younger than 30 years should be followed up at 1 week and monitored 1–2 weekly, preferably face-to-face, until the risk is no longer considered significant, then at least 2 weekly until there is clear improvement.	n. a.	C	NZGG, S. 67-89
	An adult starting antidepressant treatment who is not considered at increased risk of suicide should be reviewed by the health practitioner within 1–2 weeks and monitored at least 2 weekly until there is clear improvement.	n. a.	C	NZGG, S. 67-89
	Assessing severity of depression and when to refer:			
	An adult with serious suicidal intent, psychotic symptoms or severe and persistent self-neglect should be referred immediately to secondary care mental health services.	n. a.	C	NZGG, S. 55-66

Tabelle 20: Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOSOZIALE INTERVENTION				
ICSI	Antidepressant medications and / or referral for psychotherapy are recommended as treatment for major depression. Factors to consider in making treatment recommendations are symptom severity, presence of psychosocial stressors, presence of comorbid conditions, and patient preferences. Physical activity and active patient engagement are also useful in easing symptoms of major depression.	A-R	n. a.	ICSI, S. 3
	If the primary care provider is seeing incremental improvement, continue working with that patient to augment treatment or increase medication dosage to reach remission. This can take up to three months. Don't give up on the patient whether treating in primary care or referring. Studies have shown that primary care can be just as successful as specialty care. For psychotherapy treatment, it can take 8-10 weeks to show improvement.	A	n. a.	ICSI, S. 3

(Fortsetzung)

Tabelle 20 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOSOZIALE INTERVENTION				
NICE	Recognised depression in primary care – mild depression			
	In both mild and moderate depression, psychological treatment specifically focused on depression (such as problem-solving therapy, brief Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and counselling) of six to eight sessions over 10 to 12 weeks should be considered.	n. a.	B	NICE 2007, S. 18 NICE 2004, S. 55, S 114-S. 154
	In patients with depression who have significant comorbidity, consideration should be given to extending the duration of treatment for depression, making use, where appropriate, of treatments that focus specifically on the comorbid problems.	n. a.	C	NICE 2007, S. 18 NICE 2004, S. 55, S 114-S. 154
	The full range of psychological interventions should be made available to older adults with depression, because they may have the same response to psychological interventions as younger people.	n. a.	C	NICE 2007, S. 19 NICE 2004, S. 55, S 114-S. 154
	Current research suggests that the delivery of cognitive behavioural therapy via a computer interface (CCBT) may be of value in the management of anxiety and depressive disorders. This evidence is, however, an insufficient basis on which to recommend the general introduction of this technology into the NHS.	n. a.	NICE 2002	NICE 2007, S. 19 NICE 2004, S. 55, S 114-S. 154
	Since the publication of NICE guidance on CCBT (NICE 2002), new evidence reporting positive results for CCBT with mild and moderate depression has emerged. Clinicians considering the use of CCBT should consider this evidence in making decisions about the use of CCBT, pending the publication of the updated NICE guidance, which is scheduled for June 2005.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 19 NICE 2004, S. 55, S. 88

(Fortsetzung)

Tabelle 20 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOSOZIALE INTERVENTION				
NICE	Recognised depression in primary care – mild depression:			
	In all psychological interventions, healthcare professionals should develop and maintain an appropriate therapeutic alliance, because this is associated with a positive outcome independent of the type of therapy provided.	n. a.	C	NICE 2007, S. 19 NICE 2004, S. 55. S. 114-116
	Healthcare professionals providing psychological treatment should be experienced in the treatment of the disorder and competent in the delivery of the treatment provided.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 19 NICE 2004, S. 55
	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression:			
	When considering individual psychological treatments for moderate, severe and treatment-resistant depression, the treatment of choice is Cognitive Behavioural Therapy (CBT). Interpersonal Therapy (IPT) should be considered if the patient expresses a preference for it or if, in the view of the healthcare professional, the patient may benefit from it.	n. a.	B	NICE 2007, S. 29/30 NICE 2004, S. 62, S. 114-154
	For moderate and severe depression, the duration of all psychological treatments should typically be in the range of 16 to 20 sessions over six to nine months.	n. a.	B	NICE 2007, S. 30 NICE 2004, S. 62, S. 114-155
	CBT should be offered to patients with moderate or severe depression who do not take or who refuse antidepressant treatment.	n. a.	B	NICE 2007, S. 30 NICE 2004, S. 62, S. 114-155
	CBT should be considered for patients who have not had an adequate response to a range of other treatments for depression (for example, antidepressants and brief psychological interventions).	n. a.	C	NICE 2007, S. 30 NICE 2004, S. 62, S. 114-155
	CBT should be considered for patients with severe depression in whom the avoidance of side effects often associated with antidepressants is a clinical priority or personal preference.	n. a.	B	NICE 2007, S. 30 NICE 2004, S. 62, S. 114-155
	For patients with severe depression who are starting a course of CBT, consideration should be given to providing two sessions per week for the first month of treatment.	n. a.	C	NICE 2007, S. 30 NICE 2004, S. 62, S. 114-155
	Where patients have responded to a course of individual CBT, consideration should be given to follow-up sessions, which typically consist of two to four sessions over 12 months.	n. a.	C	NICE 2007, S. 30 NICE 2004, S. 62, S. 114-155

(Fortsetzung)

Tabelle 20 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOSOZIALE INTERVENTION				
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression			
	When patients present initially with severe depression, a combination of antidepressants and individual CBT should be considered as the combination is more cost-effective than either treatment on its own.	n. a.	B	NICE 2007, S. 30 NICE 2004, S. 62, S. 114-155
	Couple-focused therapy should be considered for patients with depression who have a regular partner and who have not benefited from a brief individual intervention. An adequate course of couple-focused therapy should be 15 to 20 sessions over five to six months.	n. a.	B	NICE 2007, S. 31 NICE 2004, S. 62, S. 114-155
	Psychodynamic psychotherapy may be considered for the treatment of the complex comorbidities that may be present along with depression.	n. a.	C	NICE 2007, S. 31 NICE 2004, S. 63, S. 114-156
	Recognised depression in primary care – chronic depression			
	Patients with chronic depression should be offered a combination of CBT and antidepressant medication.	n. a.	A	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 63, S. 114-156
	For people with chronic depression who would benefit from additional social support, befriending should be considered as an adjunct to pharmacological or psychological treatments. Befriending should be by trained volunteers providing, typically, at least weekly contact for between two and six months.	n. a.	C	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 63, S. 114-156
	Recognised depression in primary care – treatment-resistant depression			
	For patients whose depression is treatment-resistant, the combination of antidepressant medication with Cognitive Behavioural Therapy (CBT) should be considered.	n. a.	B	NICE 2007, S. 34 NICE 2004, S. 63, S. 114-156
	For patients with treatment-resistant moderate depression who have relapsed while taking, or after finishing, a course of antidepressants, the combination of antidepressant medication with CBT should be considered.	n. a.	B	NICE 2007, S. 34 NICE 2004, S. 63, S. 114-156

(Fortsetzung)

Tabelle 20 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOSOZIALE INTERVENTION				
NICE	Recurrent depression and relapse prevention			
	CBT should be considered for patients with recurrent depression who have relapsed despite antidepressant treatment, or who express a preference for psychological interventions.	n. a.	C	NICE 2007, S. 37 NICE 2004, S. 67, S. 114-156
	Where a patient with depression has a previous history of relapse and poor or limited response to other interventions, consideration should be given to CBT.	n. a.	B	NICE 2007, S. 37 NICE 2004, S. 67, S. 114-156
	When patients with moderate or severe depression have responded to another intervention but are unable or unwilling to continue with that intervention, and are assessed as being at significant risk of relapse, a maintenance course of CBT should be considered.	n. a.	B	NICE 2007, S. 37 NICE 2004, S. 67, S. 114-156
	Mindfulness-based CBT, usually delivered in a group format, should be considered for people who are currently well but have experienced three or more previous episodes of depression, because this may significantly reduce the likelihood of future relapse.	n. a.	B	NICE 2007, S. 38 NICE 2004, S. 67, S. 114-156

(Fortsetzung)

Tabelle 20 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
PSYCHOTHERAPIE / PSYCHOSOZIALE INTERVENTION				
NZGG	Management of depression in adults:			
	First-line treatment for an adult with mild depression is active support, advice on exercise and self-management, and referral to psychosocial helping agencies as required (eg, relationship counselling).	n. a.	C	NZGG, S. 67-89
	If an adult with mild depression does not respond to supportive treatment (psychosocial support and self-management strategies) within 2-4 weeks (ie, $\geq 50\%$ reduction in symptoms) the patient and practitioner should review the treatment plan and consider intensifying, changing or augmenting measures taken to date.	n. a.	GPP	NZGG, S. 69-89
	For an adult presenting initially with severe depression, the practitioner should consider a combination of antidepressant medication with a structured psychological intervention (eg, CBT or interpersonal psychotherapy [IPT], 16-20 sessions).	n. a.	B	NZGG, S. 67-89
	Good practice points of the Management of depression in adults:			
	The primary care team should include members skilled in conducting brief psychological interventions for depression.	n. a.	GPP	NZGG, S. 69-89
	Psychological therapies offered should use a recognised therapeutic approach which targets depression and related problems and which focuses on resilience and behavioural support.	n. a.	GPP	NZGG, S. 69-89

(Fortsetzung)

Tabelle 20 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE NICHTMEDIKAMENTÖSE INTERVENTIONEN				
ICSI	Antidepressant medications and / or referral for psychotherapy are recommended as treatment for major depression. Factors to consider in making treatment recommendations are symptom severity, presence of psychosocial stressors, presence of comorbid conditions, and patient preferences. Physical activity and active patient engagement are also useful in easing symptoms of major depression.	A-R	n. a.	ICSI, S. 3
	Use of bright light therapy for treatment of major depression with a seasonal specifier is well established	A, M, D	n. a.	ICSI, S. 37-39
NICE	Mild depression: Sleep and anxiety management			
	Patients with mild depression may benefit from advice on sleep hygiene and anxiety management.	n. a.	C	NICE 2007, S. 17 NICE 2004, S. 29, S. 54
	Watchful waiting			
	For patients with mild depression who do not want an intervention or who, in the opinion of the healthcare professional, may recover with no intervention, a further assessment should be arranged, normally within two weeks (“watchful waiting”).	n. a.	C	NICE 2007, S. 17 NICE 2004, S. 54
	Healthcare professionals should make contact with patients with depression who do not attend follow-up appointments.	n. a.	C	
	Exercise			
	Patients of all ages with mild depression should be advised of the benefits of following a structured and supervised exercise programme of typically up to three sessions per week of moderate duration (45 minutes to one hour) for between 10 and 12 weeks.	n. a.	C	NICE 2007, S. 17/18 NICE 2004, S. 54

(Fortsetzung)

Tabelle 20 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE NICHTMEDIKAMENTÖSE INTERVENTIONEN				
NICE	Mild depression: Guided Self - help			
	For patients with mild depression, healthcare professionals should consider recommending a guided self-help programme based on cognitive behavioural therapy (CBT).	n. a.	B	NICE 2007, S. 18 NICE 2004, S. 54/55
	Guided self-help should consist of the provision of appropriate written materials and limited support from a health care professional, who typically introduces the self-help programme and reviews progress and outcome. This intervention should normally take place over six to nine weeks including follow-up.	n. a.	B	
WEITERE NICHTMEDIKAMENTÖSE INTERVENTIONEN – Elektrokrampftherapie (EKT)				
ICSI	Electroconvulsive treatment is effective and can sometimes be administered safely in an outpatient setting.	A, M	n. a.	ICSI, S. 37, S. 40
NICE	Depression needing inpatient care:			
	It is recommended that electroconvulsive therapy (ECT) is used only to achieve rapid and short-term improvement of severe symptoms after an adequate trial of other treatment options has proven ineffective, and/or when the condition is considered to be potentially life-threatening, in individuals with a severe depressive illness.	n. a.	NICE 2003	NICE 2007, S. 39 NICE 2004, S. 112
	The decision as to whether ECT is clinically indicated should be based on a documented assessment of the risks and potential benefits to the individual, including: the risks associated with the anaesthetic; current comorbidities; anticipated adverse events – particularly cognitive impairment – and the risks of not having treatment.	n. a.	NICE 2003	NICE 2007, S. 39 NICE 2004, S. 112
	The risks associated with ECT may be enhanced during pregnancy, in older people, and in children and young people, and therefore clinicians should exercise particular caution when considering ECT treatment in these groups.	n. a.	NICE 2003	NICE 2007, S. 39 NICE 2004, S. 112

(Fortsetzung)

Tabelle 20 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur nichtmedikamentösen Therapie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
WEITERE NICHTMEDIKAMENTÖSE INTERVENTIONEN – Elektrokrampftherapie (EKT)				
NICE	Depression needing inpatient care:			
	Valid consent should be obtained in all cases where the individual has the ability to grant or refuse consent. The decision to use ECT should be made jointly by the individual and the clinician(s) responsible for treatment, on the basis of an informed discussion. This discussion should be enabled by the provision of full and appropriate information about the general risks associated with ECT and about the risks and potential benefits specific to that individual. Consent should be obtained without pressure or coercion, which may occur as a result of the circumstances and clinical setting, and the individual should be reminded of their right to withdraw consent at any point. There should be strict adherence to recognised guidelines about consent and the involvement of patient advocates and/or carers to facilitate informed discussion is strongly encouraged.	n. a.	NICE 2003	NICE 2007, S. 40 NICE 2004, S. 113
	In all situations where informed discussion and consent is not possible, advance directives should be taken fully into account and the individual's advocate and/or carer should be consulted.	n. a.	NICE 2003	NICE 2007, S. 40 NICE 2004, S. 113
	Clinical status should be assessed after each ECT session and treatment should be stopped when a response has been achieved, or sooner if there is evidence of adverse effects. Cognitive function should be monitored on an ongoing basis, and at a minimum at the end of each course of treatment.	n. a.	NICE 2003	NICE 2007, S. 40 NICE 2004, S. 113
	It is recommended that a repeat course of ECT should be considered under the circumstances indicated in 4.7.2.1 only for individuals who have severe depressive illness, and who have previously responded well to ECT. In patients who are experiencing an acute episode but have not previously responded, a repeat trial of ECT should be undertaken only after all other options have been considered and following discussion of the risks and benefits with the individual and/or where appropriate their carer/advocate.	n. a.	NICE 2003	NICE 2007, S. 40 NICE 2004, S. 113
	Because the longer-term benefits and risks of ECT have not been clearly established, it is not recommended as a maintenance therapy in depressive illness.	n. a.	NICE 2003	NICE 2007, S. 41 NICE 2004, S. 113

Tabelle 21: Kernempfehlungen zur Rehabilitation

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
Massnahmen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation / Wiedereingliederung				
NICE	Recognised depression in primary care – Chronic depression			
	Where a patient's depression has resulted in loss of work or disengagement from other social activities over a longer term, a rehabilitation programme addressing these difficulties should be considered.	n. a.	C	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 63

Tabelle 22: Kernempfehlungen zu Aspekten der integrierten Versorgung

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
KOORDINATION VON MASSNAHMEN UND KOOPERATION DER VERSORGER				
ICSI	Key Implementation Recommendations: Mental health/behavioral medicine specialist involvement: Shared care – collaborative care between behavioral health specialists and primary care providers in the primary care setting. Care manager and /or primary care provider consulting with psychiatry on a regular basis regarding the caseload of patients with depression managed in the depression care management program.	M, A	n. a.	ICSI, S. 5
	Treatment Plan, Key Points: The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes. Erläuterungen zum „ Collaborative Care Model “ in der ICSI Leitlinie: “The redesign to a team-based collaborative care approach involves: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primary care providers using evidence-based approaches to depression care and a standard tool for measuring severity, response to treatment plan and remission; ▪ A systematic way of tracking and reminding patients at appropriate intervals of visits with their primary care physician and monitoring of treatment adherence and effectiveness; ▪ A team member (care manager role) to utilize the tracking system and make frequent contacts with the patients to provide further education, self-management support, and monitor for response in order to aid in facilitating treatment changes and in relapse prevention; and communication between primary care team and psychiatry to consult frequently and regularly regarding patient under clinical supervision, as well as direct patient visits as needed.” 	M, A	n. a.	ICSI, S. 24-35
	Partial or full hospitalization may be indicated in patients who have failed outpatient management, particularly if safety issues are a concern.	n. a.	n. a.	ICSI, S. 37, S. 39

(Fortsetzung)

Tabelle 22 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Aspekten der integrierten Versorgung

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
KOORDINATION VON MASSNAHMEN UND KOOPERATION DER VERSORGER				
ICSI	Key implementation Recommendations:			
	<p>The following system changes were identified by the guideline work group and represent a collaborative care model as key strategies for health care delivery systems to incorporate in support of the implementation of this guideline.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient-centered care, education and self-management programs ▪ Structured attention to patient preferences ▪ Patient and family education materials/protocols ▪ Patient self-management skills such as journal writing or self-monitoring ▪ Involving families, as well, in care management program ▪ Care manager role to coordinate the disease management for patients with depression including such things as patient contacts, education, self-management tools and tips. 	n. a.	n. a.	ICSI, S. 4-5

(Fortsetzung)

Tabelle 22 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Aspekten der integrierten Versorgung

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
KOORDINATION VON MASSNAHMEN UND KOOPERATION DER VERSORGER				
NICE	Good practice points relevant to the care of all people with depression:			
	Where a patient's management is shared between primary and secondary care, there should be clear agreement between individual health care professionals on the responsibility for the monitoring and treatment of that patient, and the treatment plan should be shared with the patient and, where appropriate, with families and carers.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 14 NICE 2004, S. 52
	All health care professionals involved in diagnosis and management should have a demonstrably high standard of consultation skills, so that a structured approach can be taken to the diagnosis and subsequent management of depression.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 14 NICE 2004, S. 52
	Healthcare professionals should ensure they maintain their competence in risk assessment and management.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 14 NICE 2004, S. 52
	Where a patient presents considerable immediate risk to self or others, urgent referral to a specialist mental health service should be arranged.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 20 NICE 2004, S. 56
	Referral to mental health specialists should be considered for patients with atypical depression and significant functional impairment who have not responded to an SSRI.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 31 NICE 2004, S. 63, S. 222-224
	Crisis resolution and home treatment teams should be used as a means of managing crises for patients with severe depression who are assessed as presenting significant risk, and as a means of delivering high-quality acute care. In this context, teams should pay particular attention to risk monitoring as a high-priority routine activity in a way that allows people to continue their normal lives without disruption.	n. a.	C	NICE 2007, S. 33 NICE 2004, S. 64
	Crisis resolution and home treatment teams should be considered for patients with depression who might benefit from an early discharge from hospital after a period of inpatient care.	n. a.	C	

(Fortsetzung)

Tabelle 22 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Aspekten der integrierten Versorgung

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
KOORDINATION VON MASSNAHMEN UND KOOPERATION DER VERSORGER				
NICE	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression: Common concerns about taking medication should be addressed. For example, patients should be advised that craving and tolerance do not occur, and that taking medication should not be seen as a sign of weakness.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 21 NICE 2004, S. 31, S. 57
	Recognised depression in primary care – moderate or severe depression Enhanced care in primary care: The provision of telephone support by appropriately trained members of the primary care team, informed by clear treatment protocols, should be considered for all patients, in particular for the monitoring of antidepressant medication regimes.	n. a.	B	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 54, S. 94-103
	Primary care organisations should consider establishing multifaceted care programmes that integrate – through clearly specified protocols – the delivery and monitoring of appropriate psychological and pharmacological interventions for the care of people with depression.	n. a.	C	NICE 2007, S. 32 NICE 2004, S. 54, S. 94-103
	Recognised depression in primary care – treatment-resistant depression: When a patient's depression has failed to respond to various strategies for augmentation and combination treatments, referral to a clinician with a specialist interest in treating depression should be considered.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 36 NICE 2004, S. 66
	Referral to mental health specialists should be considered for patients with atypical depression and significant functional impairment who have not responded to an SSRI.	n. a.	GPP	NICE 2007, S. 31 NICE 2004, S. 63, S. 224
	Inpatient treatment should be considered for people with depression who are at significant risk of suicide or self-harm.	n. a.	C	NICE 2007, S. 39 NICE 2004, S. 25, S. 68
	Crisis resolution and home treatment teams should be considered for patients with depression who might benefit from an early discharge from hospital after a period of inpatient care.	n. a.	C	NICE 2007, S. 39 NICE 2004, S. 25, S. 68

(Fortsetzung)

Tabelle 22 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zu Aspekten der integrierten Versorgung

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
KOORDINATION VON MASSNAHMEN UND KOOPERATION DER VERSORGER				
NZGG	Assessing severity of depression and when to refer:			
	An adult with serious suicidal intent, psychotic symptoms or severe and persistent self-neglect should be referred immediately to secondary care mental health services.	n. a.	C	NZGG, S. 64
	If another health practitioner delivers psychotherapy to an adult with depression, the primary care team should be in regular communication about the individual's progress.	n. a.	C	NZGG, S. 68
	A practitioner managing an adult with severe depression in primary care needs to have easy access to consultation with a psychiatrist.	n. a.	GPP	NZGG, S. 69
	The primary care team should include members skilled in conducting brief psychological interventions for depression.	n. a.	GPP	NZGG, S. 69

Tabelle 23: Kernempfehlungen zur Implementierung und Qualitätssicherung

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
IMPLEMENTIERUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG				
ICSI	<p>A reasonable way to evaluate whether a system is successfully functioning in its diagnosis, treatment plan and follow-up of major depression is to consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ how well the diagnosis is documented ▪ how well the treatment team engages and educates patients/families ▪ how reliably the ongoing patient contacts occur and response/remission to treatment are documented ▪ how well the outcomes are measured and documented <p>Key implementation Recommendations:</p> <p>The following system changes were identified by the guideline work group and represent a collaborative care model as key strategies for health care delivery systems to incorporate in support of the implementation of this guideline.</p> <p>1. Detection and diagnosis Systems in place to reliably determine if a patient is depressed Use of DSM-IV TR criteria and structured questionnaires (such as PHQ-9)</p> <p>2. Patient-centered care, education and self-management programs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structured attention to patient preferences ▪ Patient and family education materials/protocols ▪ Patient self-management skills such as journal writing or self-monitoring ▪ Involving families, as well, in care management programs ▪ Care manager role to coordinate the disease management for patients with depression including such things as patient contacts, education, self-management tools and tips. 	n. a.	n. a.	ICSI, S. 3
		n. a.	n. a.	ICSI, S.4

(Fortsetzung)

Tabelle 23 (Fortsetzung): Kernempfehlungen zur Implementierung und Qualitätssicherung

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
IMPLEMENTIERUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG				
ICSI	Key implementation Recommendations: The following system changes were identified by the guideline work group and represent a collaborative care model as key strategies for health care delivery systems to incorporate in support of the implementation of this guideline.			
	3. Mental health/behavioral medicine specialist involvement Shared care – collaborative care between behavioral health specialists and primary care providers in the primary care setting. Care manager and /or primary care provider consulting with psychiatry on a regular basis regarding the caseload of patients with depression managed in the depression care management program. Appointment availability – access to behavioral health in timely manner	n. a.	n. a.	ICSI, S. 5
	4. Outcomes measurement Build in plans for outcome measures, as well as ongoing process measures Response rate to various treatments Remission rates – improvement in response is stable over time	n. a.	n. a.	ICSI, S. 5
	5. Systems to coordinate care, ensure continuity and keep providers informed of status Build automated processes for the first four core elements wherever possible Reduce dependence on human behavior to ensure delivery of patient care processes Use of components of the chronic care model for depression care, e.g., use of registries, community outreach, etc. Structured, frequent monitoring and follow-up with patient Nurse/care manager phone care and use of other modalities for patient follow-up	n. a.	n. a.	ICSI, S. 5

Tabelle 24: Forschungsempfehlungen der NICE-Leitlinie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
FORSCHUNGSEMPFEHLUNGEN				
NICE	Key Research Recommendations:			
	Research is needed into the cost effectiveness of routine screening of populations known to be at high risk of depression.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43
	Adequately powered RCTs reporting all relevant outcomes, including relapse rates, comparing the efficacy of different models of CBT, IPT and behaviour therapy should be undertaken to identify differential individual response to treatment and how this relates to the severity of baseline depression symptoms.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43
	Efficacy studies of the role of guided self-help in a stepped-care programme are needed. The focus of such studies should be on the role of guided self-help in both early intervention and maintenance.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43
	Adequately powered RCTs reporting all relevant outcomes, including relapse rates and adverse events, comparing the effectiveness of different antidepressants should be undertaken in order to identify differential individual response to treatment, including how this relates to gender and ethnicity.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43
	Suicidal ideas, self-harming behaviour and completed suicide should be carefully and prospectively measured in large, independent multicentre trials using a variety of methods. Particular attention should be paid to the first 4 weeks of treatment.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43
	Trials should be undertaken of the efficacy of a range of social support interventions for socially isolated and vulnerable groups of people with depression.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43
	Long-term trials of maintenance treatment with antidepressants are needed to determine the optimum dose and duration of treatment.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43

(Fortsetzung)

Tabelle 24 (Fortsetzung): Forschungsempfehlungen der NICE-Leitlinie

Leitlinie	Kernempfehlung	LoE	GoR	Referenz/-en
FORSCHUNGSEMPFEHLUNGEN				
NICE	Key Research Recommendations:			
	Further research is needed on all aspects of the pharmacological treatment of depression in the elderly, in particular in those older than 80 years. There is a special need for research evidence on optimum treatment and maintenance doses for elderly people.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43
	An adequately powered RCT reporting all relevant outcomes should be undertaken to assess the efficacy of antipsychotics (both singly and in combination with antidepressants) in the treatment of psychotic depression.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43
	The efficacy of organisational interventions, such as chronic disease management programmes or other programmes of enhanced care for depression should be tested in large-scale multicentre trials in the NHS.	n. a.	n. a.	NICE 2007, S. 43/44 NICE 2004, S. 43