

Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen

**Dokumentation und Würdigung der
Anhörung zum vorläufigen Berichtsplan**

Auftrag: V15-02
Version: 1.0
Stand: 11.12.2015

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

26.08.2015

Interne Auftragsnummer:

V15-02

Anschrift des Herausgebers:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8 (KölnTurm)
50670 Köln

Tel.: +49 (0)221 – 35685-0

Fax: +49 (0)221 – 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation der Anhörung	1
2 Würdigung der Anhörung	2
2.1 Anmerkungen zum Kapitel „Hintergrund“ des vorläufigen Berichtsplans.....	2
2.2 Anmerkungen zum Kapitel „Fragestellung“ des vorläufigen Berichtsplans	2
2.3 Anmerkungen zum Kapitel „Methoden“ des vorläufigen Berichtsplans	2
2.3.1 Anmerkungen zur Patientenpopulation	2
2.3.1.1 Anmerkungen zu den Versorgungsaspekten	3
2.4 Anmerkungen zur Informationsbeschaffung	3
2.4.1 Anmerkungen zur Selektion relevanter Leitlinien	3
3 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte	5
3.1 Potenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen	5
Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen	7

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DMP	Disease-Management-Programm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

1 Dokumentation der Anhörung

Am 07.09.2015 wurde der vorläufige Berichtsplan in der Version 1.0 vom 31.08.2015 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 05.10.2015 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 2 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet.

Da sich aus den schriftlichen Stellungnahmen keine Unklarheiten ergaben, war die Durchführung einer Erörterung der Stellungnahmen nicht erforderlich.

Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten Aspekte befindet sich in Kapitel 2. Im überarbeiteten Berichtsplan sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der überarbeitete Berichtsplan ist auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

2 Würdigung der Anhörung

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Berichtsplans überprüft. Die wesentlichen Argumente werden im Folgenden diskutiert.

2.1 Anmerkungen zum Kapitel „Hintergrund“ des vorläufigen Berichtsplans

In einer Stellungnahme wird eine präzisere Beschreibung der Erkrankungen in den Abschnitten „Depressive Episode / rezidivierende depressive Störung“, „Dysthymia“ sowie „Zyklothymia“ im Kapitel 1 „Hintergrund“ vorgeschlagen.

Die Ergänzungen werden entsprechend im Berichtsplan übernommen.

Weiterhin schlägt eine Stellungnahme vor, im Abschnitt „Krankheitsfolgen / Auswirkungen für die Betroffenen“ im Kapitel 1 „Hintergrund“ weitere Daten zu Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von depressiven Erkrankungen zu ergänzen.

Da es das Ziel des Kapitels Hintergrund ist, nur grob orientierende Informationen zum Themenbereich des Auftrags bereitzustellen, wurde auf eine weitere Ergänzung des Abschnitts „Krankheitsfolgen / Auswirkungen für die Betroffenen“ verzichtet.

2.2 Anmerkungen zum Kapitel „Fragestellung“ des vorläufigen Berichtsplans

In einer Stellungnahme wird vorgeschlagen, unter anderem im Kapitel 2 „Fragestellung“ zu verdeutlichen, dass nicht alle Ergebnisse der Leitliniensynopse automatisch in die Anforderungen an ein mögliches DMP Depressionen eingehen. Insbesondere sei noch unklar, welche konkreten Bereiche der affektiven Störungen in einem DMP berücksichtigt würden beziehungsweise welche Depressionsdiagnosen besser und welche möglicherweise schlechter für ein DMP geeignet seien.

Gemäß Auftrag sollen für die Versorgung in einem möglichen DMP Depressionen relevante Leitlinienempfehlungen extrahiert werden. Dies schließt zunächst alle Depressionsdiagnosen ein. Im Abschnitt 4.4 „Synthese der Empfehlungen“ wird das Vorgehen zur Beurteilung der Relevanz von Leitlinienempfehlungen beschrieben. Die Umsetzung der Ergebnisse in konkrete Anforderungen an ein DMP erfolgt dann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und ist nicht Gegenstand dieses Berichts. Vor diesem Hintergrund wird eine Anpassung der Fragestellung als nicht notwendig erachtet.

2.3 Anmerkungen zum Kapitel „Methoden“ des vorläufigen Berichtsplans

2.3.1 Anmerkungen zur Patientenpopulation

In einer Stellungnahme fanden sich Kommentare, die sich auf die Berücksichtigung der Subgruppe der Depression bei älteren Patienten bezieht. Es wird in der Stellungnahme darauf hingewiesen, dass insbesondere in der Erfassung und Kontrolle der Risikofaktoren sowie in

der Prävention die Gruppe der älteren Patienten mit Depressionen eine große Herausforderung darstellt und häufig in Leitlinien und Empfehlungen unterrepräsentiert sei.

Bei der im Berichtsplan genannten Patientenpopulation handelt es sich um Patienten mit affektiven Störungen wie der depressiven Episode / rezidivierenden depressiven Störungen, der bipolaren affektiven Störung, Dysthymia sowie Zylothymia. Es liegt demnach keine Altersbegrenzung der Patienten vor, sodass auch Leitlinien eingeschlossen werden können, die auch die Subgruppe „Depressionen bei älteren Patienten“ berücksichtigen, sofern sie die im Berichtsplan genannten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen.

Weiterhin wird in einer Stellungnahme angemerkt, dass die mit dem ICD-10-Code F06.3 beschriebene Diagnose organische affektive Störungen ebenfalls in die Leitliniensynopse einbezogen werden sollte.

Die mit dem ICD-10-Code F06.3 beschriebene organische affektive Störung wurde im Hintergrund und im Abschnitt 4.1.1 Population ergänzt.

2.3.1.1 Anmerkungen zu den Versorgungsaspekten

In einer Stellungnahme werden konkrete Vorschläge zur Umbenennung und Erweiterung der im vorläufigen Berichtsplan genannten Versorgungsaspekte dargestellt.

Die im vorläufigen Berichtsplan dargestellten Versorgungsaspekte orientieren sich grundsätzlich an den Anforderungen bereits bestehender DMP. Durch die aus den eingeschlossenen Leitlinien extrahierten Empfehlungen können sich zusätzlich zu den aufgelisteten Versorgungsaspekten weitere Themenaspekte ergeben, die entsprechend im Bericht ergänzt werden. Eine Anpassung der genannten Versorgungsaspekte im Berichtsplan ist daher nicht notwendig.

2.4 Anmerkungen zur Informationsbeschaffung

Eine Stellungnahme weist auf, für das DMP Depressionen relevante Leitlinien und weitere Publikationen hin.

Die in der Stellungnahme benannten Publikationen werden, wie im Berichtsplan beschrieben, von einem Reviewer gesichtet. Sofern darin Leitlinien enthalten sind, bewertet er diese anhand der im Berichtsplan formulierten Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich ihrer Relevanz; ein zweiter Reviewer überprüft den gesamten Prozess inklusive der Bewertungen.

2.4.1 Anmerkungen zur Selektion relevanter Leitlinien

In einer Stellungnahme wird vorgeschlagen, im Abschnitt 4.2.3 „Selektion relevanter Leitlinien“ eindeutiger darzustellen, dass bei der Selektion relevanter Leitlinien geprüft wird, inwieweit die über die Recherche identifizierten Leitlinien die im Berichtsplan formulierten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen.

Im Abschnitt 4.2.3 „Selektion relevanter Leitlinien“ des Berichtsplans wurde präziser dargestellt, dass bei der Selektion relevanter Leitlinien geprüft wird, inwieweit die über die Recherche identifizierten potenziell relevanten Leitlinien die im Berichtsplan formulierten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen.

3 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte

Im Folgenden sind die potenziellen Interessenkonflikte der Stellungnehmenden zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“. Das Formblatt ist unter www.iqwig.de abrufbar. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

3.1 Potenzielle Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen

Organisation/ Institution	Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Thomas, Christine	Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte liegt nicht vor.					
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Hauth, Iris ¹	ja	nein	nein	nein	nein	nein

¹ Version 11/2013

Im „Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ wurden folgende 6 Fragen gestellt (Version 11/2013):

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Haben Sie und / oder hat die Einrichtung², für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Haben Sie und/oder hat die Einrichtung², für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

² Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.

Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.....	A 2
A.1.2 – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.....	A 7

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.

Autoren:

- Thomas, Christine



5. Oktober 2015

Stellungnahme der DGGPP e.V. zum Vorläufigen Berichtsplan zum Auftrag [V15-02] Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen

Sehr geehrte Damen und Herren,

In Namen und Auftrag des Vorstandes der Dt. Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie möchte ich zum Projekt „Leitliniensynopse für ein DMP Depression“ folgende Anmerkungen aus der Sicht unseres Fachgebietes machen.

1. Anmerkungen zur projektspezifischen Methodik unter jeweiliger Angabe wissenschaftlicher Literatur zur Begründung der Anmerkung

In der Leitliniensynopse ist auf die Subgruppe der Depression bei Älteren ein besonderes Augenmerk zu legen. Insbesondere in der Erfassung und Kontrolle der Risikofaktoren sowie in der Prävention stellt diese Gruppe eine grosse Herausforderung dar und wird bislang häufig unterrepräsentiert in Leitlinien und Empfehlungen. In der Gerontopsychiatrie ist der Anteil der Depressionserkrankungen signifikant. Ihre Prävalenz beträgt nach der AgeCoDe-Studie 9.7% (95% Konfidenzintervall 8.7-10.7). Univariate Assoziationen fanden sich insbesondere mit steigendem Alter, sozialen Faktoren (Single-Haushalt, Scheidung und geringer Bildung) sowie somatischer Komorbidität, funktionellen Einschränkungen und komorbider kognitiver Störung (Weyerer, Eifflaender-Gorfer et al. 2008). Die Inzidenz der Depressionen steigt mit dem Alter erheblich an. Nach einer Langzeitbeobachtung der selben Forschergruppe stieg die Inzidenz der Depression von 35.4 (95% CI: 29.7-41.9) pro 1000 Personenjahre im Alter von 75 bis 79 J. bis auf 75.2 (95% CI: 53.2-103.2) für 85-Jährige und ältere Menschen years. Nach der Adjustierung konfundierender Variablen zeigten sich signifikante Hazard Ratios (HR) für das Auftreten einer Depression bei Über 85-jährigen (HR: 1.83, 95% CI: 1.24-2.70), im Besonderen bei Menschen mit Mobilitätseinschränkungen (HR: 2.53, 95% CI: 1.97-3.25), sowie bei Seh-einschränkungen (HR: 1.41, 95% CI: 1.04-1.91), und leichten kognitiven Störungen (HR: 1.52, 95% CI: 1.10-2.10), subjektiven Gedächtniseinbußen (HR: 1.33, 95% CI: 1.01-1.74) und bei Rauchern (HR:

Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262 [REDACTED]
Fax: 02262 [REDACTED]
GS@dggpp.de

Vorstand

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin
Präsident

PD Dr. med. M. Haupt
Düsseldorf
Vizepräsident

R. Kortus
St. Ingbert
Schatzmeister

Dr. med. D. K. Wolter
Flensburg
Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte
Gummersbach

Dr. med. L. M. Drach
Schwerin

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf

PD Dr. med. Ch. Thomas
Stuttgart

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. S. Kanowski
Berlin

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

Prof. Dr. med. H. Radebold
Kassel

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und
Ärztbank Saarbrücken
IBAN: DE [REDACTED]
BIC: DA [REDACTED]

www.dggpp.de

1.69, 95% CI: 1.13-2.53).(Weyerer, Eifflaender-Gorfer et al. 2013)
Diagnostisch ist die Abgrenzung einer organischen Ursache der Depression, z.B. einer „sog. Vascular Depression“) sowie die Abgrenzung einer Depression bei Demenz wichtig, da gegebenenfalls eine ursachenbezogene Therapie zusätzlich zur symptombezogenen Therapie erfolgen muß. Die Kategorie der F06.3 Diagnose (organisch-affektive Störung) muß daher ebenfalls in die Leitliniensynopse einbezogen werden. Sie ist in den Leitlinien allerdings zumeist unterrepräsentiert.

Hinsichtlich einer ausführlichen psychiatrischen wie organischen Diagnostik bei der psychiatrischen Untersuchung Erwachsener ist die brandneue amerikanische Leitlinie sinnvoll (Silverman JJ et al. 2015)
Zusätzlich ist –auch angesichts der im Alter massiv ansteigenden Suizidrate (siehe NVL Depression) – ein Augenmerk auf die Prävention von Suizidalität zu legen. Daneben stellt die Depression einen unabhängigen Risikofaktor eines Delirs dar, sodass die Prävention eines (häufig multifaktoriellen) Delirs im Verlauf einer Depressionserkrankung oder unter anti-depressiver Therapie ebenfalls Beachtung erfordert.(Inouye, Westendorp et al. 2014) Hier wird auf die gängigen Delir-Leitlinien verwiesen. (Yue, Tabloski et al. 2014, American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults 2015).

2. Verweise auf qualitativ angemessene Unterlagen einschließlich einer Begründung für ihre jeweilige fragestellungsbezogene Eignung und Validität.

Entsprechend unseren Ausführungen zu Punkt 1 verweisen wir auf die hier aufgeführten Guidelines. Eine systematische Erhebung zur Depression bei chronischer Erkrankung erscheint zusätzlich noch sinnvoll.

Einzubeziehende Leitlinien:

American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults (2015). "Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatrics Society." J Am Coll Surg **220**(2): 136-148 e131.

(Yue, Tabloski et al. 2014)

Yue, J., P. Tabloski, S. L. Dowal, M. R. Puella, R. Nandan and S. K. Inouye (2014). "NICE to HELP: operationalizing National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines to improve clinical practice." J Am Geriatr Soc **62**(4): 754-761.

Nice guideline on Parkinson's disease (update expected in April 2017)

NICE guideline Stroke rehabilitation (CG162)

NICE guideline Depression in adults with a chronic physical health problem (CG91)

Maguire MJ, Weston J, Singh J, Marson AG. Antidepressants for people with epilepsy and depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Dec 3;12:CD010682. doi: 10.1002/14651858.CD010682.pub2.

Boyce RD, Hanlon JT, Karp JF, Kloke J, Saleh A, Handler SM. A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 May ;13(4):326-31.

Silverman JJ et al. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *Am J Psychiatry* 2015 Aug 1; 172:798. (<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.1720501>)

Nursing:

Harvath TA, McKenzie G. Depression in older adults. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2012. p. 135-62. (<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43922>)

Interdisziplinär:

CCSMH National Guidelines for Seniors' Mental Health: <http://www.ccsmh.ca/en/guidelinesUsers.cfm>

References:

American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults (2015). "Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatrics Society." *J Am Coll Surg* **220**(2): 136-148 e131.

Inouye, S. K., R. G. Westendorp and J. S. Saczynski (2014). "Delirium in elderly people." *Lancet* **383**(9920): 911-922.

Weyerer, S., S. Eifflaender-Gorfer, L. Kohler, F. Jessen, W. Maier, A. Fuchs, M. Pentzek, H. Kaduszkiewicz, C. Bachmann, M. C. Angermeyer, M. Lippa, B. Wiese, E. Mosch, H. Bickel and g. German AgeCoDe Study (2008). "Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older." *J Affect Disord* **111**(2-3): 153-163.

Weyerer, S., S. Eifflaender-Gorfer, B. Wiese, M. Lippa, M. Pentzek, H. Bickel, C. Bachmann, M. Scherer, W. Maier and S. G. Riedel-Heller (2013). "Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study." *Age Ageing* **42**(2): 173-180.

Yue, J., P. Tabloski, S. L. Dowal, M. R. Puella, R. Nandan and S. K. Inouye (2014). "NICE to HELP: operationalizing National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines to improve clinical practice." *J Am Geriatr Soc* **62**(4): 754-761.

Silverman JJ et al. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *Am J Psychiatry* 2015 Aug 1; 172:798. f

Mit freundlichen Grüßen
PD Dr. Christine Thomas

A.1.2 – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

Autoren:

- Hauth, Iris

Stellungnahme

02.10.2015

DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

Stellungnahme der DGPPN zur Leitliniensynopse für ein DMP Depression

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, eine Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen durchzuführen. Die DGPPN nimmt im Folgenden Stellung zum vorläufigen Berichtsplan des IQWiG.

Zu 1. Hintergrund / Depressive Episode / rezidivierende depressive Störung

Der Satz „Treten mehrere depressive Episoden auf, werden diese als rezidivierende depressive Störung bezeichnet (ICD-10-Code F33) [4].“ sollte folgendermaßen ergänzt werden: „Treten mehrere depressive Episoden im Verlauf eines Lebens auf, werden diese als rezidivierende depressive Störung bezeichnet (ICD-10-Code F33) [4].“

Zu 1. Hintergrund / Dysthymia

Eine sinnvolle Ergänzung zu dieser Unterüberschrift könnte sein: „Dysthymia und chronische Depressionen“.

Zu 1. Hintergrund / Zykllothymia

Hier heißt es: „Eine weitere Sonderform der Depression stellt die Zykllothymia dar (ICD-10-Code F34.0).“ Aus unserer Sicht wäre die korrekte Formulierung: „Eine weitere Sonderform der affektiven Störungen stellt die Zykllothymia dar (ICD-10-Code F34.0).“

Zu 1. Hintergrund / Krankheitsfolgen / Auswirkungen für die Betroffenen

Im dritten Absatz wird der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeitstagen beschrieben. Hier wäre es sicherlich zielführender, auf den Anteil der depressiven Erkrankungen im Speziellen zu verweisen, als es allgemein zu halten. Zahlen dazu liegen vor. (Quellen: Gesundheitsberichte der Krankenkassen; Faktencheck Depression der Bertelsmann Stiftung).

VERGLEICHENDE PSYCHIATRIE

Dr. med. Ina Hübner

VERGLEICHENDE PSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Arno Dressel

VERGLEICHENDE PSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Peter Falz

KASSENÄRZTE

Dr. med. Andreas Kufmann

REIZITER AUS-LEBE- UND WARTERHEITUNG

Prof. Dr. med. Fritz Höpker

REIZITERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nabila Lamm

REIZITER FÜRKSCHUNG, BIODEGISCHE THEERIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

REIZITER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Czerul

REIZITERIN PSYCHOTHERAPIE

UNIVERSITÄRE LEHRE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

REIZITER PSYCHOSOMATIK

PSYCHOSOMATIKOLOGIE

Prof. Dr. med. Martin Driessens

REIZITERIN PUBLIC HEALTH

VERSÜRGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

REIZITER FORBATIONEN, EUSCHERTE

ELEARNUNG

Prof. Dr. med. Elmar Sp. Frank Schwaiblmair

REIZITER TRANQUILISIERENDE PSYCHIATRIE

PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEIZION

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Mühl

VERLEITER BVDN

Dr. med. Frank Brüggen

VERLEITERIN BVDN

Dr. med. Christa Roth-Salcedo

VERLEITER ERCHNUNGEN PSYCHIATRIE

PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Thomas Rübner-Fer

VERLEITER JUNGE PSYCHIATRIE

Dr. med. Bernd Malchow

HYPOVERLEITERIN GUNDEIN

www.dgppn.de

10117 Berlin

VERLEITERIN AMIGRETTEN | Berlin-Charlottenburg

Zu 2. Fragestellung

Der Satz „Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, aktuelle, thematisch relevante, evidenzbasierte Leitlinien zu identifizieren, deren Empfehlungen zu extrahieren und diejenigen Empfehlungen zu kennzeichnen, die für die Versorgung in einem DMP Depressionen relevant sind.“ sollte geändert werden zu „... relevant sein können“. Es ist derzeit vollkommen offen, welche Störungsbereiche der affektiven Störungen von Bedeutung für ein DMP Depression sind. Aber es ist so zu verstehen, dass hier der G-BA wohl das Thema weitestgehend offen halten will. Die DGPPN selbst hat ja einen sehr viel „strengeren“ Vorschlag gemacht, welche Störungsgruppen eher in eine DMP gehören und welche nicht.

Zu 4.1.2 Versorgungsaspekte

Der Punkt „Monitoring“ sollte umbenannt werden in „Wirkungsprüfung und Monitoring“. Der Aspekt „Rehabilitation“ sollte wie folgt erweitert werden: „Akutbehandlung, Rückfall- und Rezidivprophylaxe, Nachsorge und Rehabilitation“. Das Thema „Umgang mit Suizidalität“ findet in der aktuellen Aufzählung keine Berücksichtigung, was unserer Ansicht nach aber dringend geboten ist. Der Punkt „Schulungen der Versicherten“ könnte differenzierter dargestellt werden, bspw. durch „Psychoedukation, Patientenschulung und Selbstmanagement“.

Zu 4.1.7 Tabellarische Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Äquivalent zu den Anmerkungen bei Punkt 4.1.2 müsste hier eine Anpassung erfolgen.

Zu 4.2.3 Selektion relevanter Leitlinien

Im letzten Satz des ersten Absatzes heißt es: „Die daraus resultierenden potenziell relevanten Leitlinien werden anschließend im Volltext von 2 Reviewern unabhängig voneinander auf ihre Relevanz bewertet.“ Der Begriff Relevanz erscheint hier nicht eindeutig. Es wäre passender, zu sagen, dass die Bedeutung der Kriterien, die oben eine Rolle spielen (s. Tab.) vermutlich der Maßstab der Relevanz sein sollen.

Zu 4.4 Synthese der Empfehlungen

Der sechste Absatz beschreibt: „Inhaltlich konsistente und mehrheitlich (> 50 %) mit einem hohen GoR oder alternativ einem hohen LoE versehene Empfehlungen verschiedener Leitlinien zu einem Themenaspekt werden als DMP-relevant gekennzeichnet.“ Dies ist sicher formal so in Ordnung, allerdings steht und fällt doch die DMP-Relevanz u. a. auch dadurch, dass sehr klar entschieden werden muss, welche Depressionsdiagnosen besser und welche möglicherweise weniger gut für ein DMP geeignet sind.