IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen

Vorbericht (vorläufige Bewertung)

Auftrag: V15-02
Version: 1.0
Stand: 11.10.2016

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
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0
Fax: +49 221 35685-1
E-Mail: berichte@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

Dieser Bericht wurde unter Beteiligung externer Sachverständiger erstellt. Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Nr. 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von jedem der Sachverständigen ein ausgefülltes Formular „Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Bei dem vorliegenden Vorbericht handelt es sich um eine vorläufige Bewertung. Er wird zur Anhörung gestellt. Hierzu können schriftlich Stellungnahmen eingereicht werden. Das Ende der Stellungnahmefrist wird auf der Website des IQWiG (www.iqwig.de) bekannt gegeben. Stellungnahmen können von allen interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften abgegeben werden. Die Stellungnahmen müssen bestimmten formalen Anforderungen genügen, die ebenfalls auf der Website des IQWiG in einem entsprechenden Leitfaden dargelegt sind. Gegebenenfalls wird eine wissenschaftliche Erörterung zur Klärung unklarer Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen durchgeführt. Die Anhörung kann zu Änderungen und / oder Ergänzungen des Berichts führen.

Schlagwörter: Depressive Störung, Disease-Management-Programme, Methodische Leitlinienbewertung

Keywords: Depressive Disorder, Disease Management Programs, Methodological Guideline Appraisal

Kernaussage

Fragestellung

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 von Patienten in einem DMP Depressionen relevant sind.

Fazit

Auf Basis der Empfehlungsgrade oder alternativ der Evidenzgraduierungen der extrahierten Empfehlungen aus aktuellen evidenzbasierten Leitlinien konnten für ein DMP Depressionen, mit Ausnahme des Versorgungsaspekts Schulung der Versicherten, relevante und potenziell relevante Empfehlungen zu allen präspezifizierten Versorgungsaspekten identifiziert werden.

Zudem wurden Empfehlungen zu zusätzlichen Versorgungsaspekten / Themenaspekten identifiziert:

- Früherkennung,
- Grundsätze der Therapie und Therapieplanung,
- Kombinationsbehandlungen,
- Therapie spezieller Patientengruppen,
- Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr und
- Therapiedauer und Verlaufskontrolle.

Dabei handelte es sich unter anderem auch um Empfehlungen, in denen von der Anwendung einer Maßnahme abgeraten wird (Negativempfehlung).

Die fehlenden Inhalte zum Versorgungsaspekt Schulung der Versicherten lassen sich möglicherweise damit begründen, dass Schulungen häufig integrale Bestandteile psychotherapeutischer Maßnahmen bei der Behandlung von Patienten mit Depressionen sind und weniger als separates Angebot, wie beispielsweise bei somatischen Erkrankungen, gelten.

Inhaltsverzeichnis

Seite

Kernaussage ... **iv**
Tabellenverzeichnis ... **xii**
Abbildungsverzeichnis ... **xvi**
Abkürzungsverzeichnis ... **xvii**
1 Hintergrund ... **1**
2 Fragestellung ... **5**
3 Methoden ... **6**
4 Ergebnisse ... **8**
4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung ... **8**
4.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien ... **8**
4.2.1 Leitlinien mit Schwerpunkt unipolare depressive Störungen ... 8
4.2.2 Leitlinien mit Schwerpunkt bipolare Störungen ... 9
4.2.3 Leitlinien mit Schwerpunkt organisch affektive Störungen ... 10
4.3 Methodische Qualität der Leitlinien ... **10**
4.3.1 Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung ... 10
4.4 Umgang der Leitlinienautoren mit nicht oder nicht vollständig publizierten Daten ... **10**
4.5 Synthese der Empfehlungen ... **10**
4.5.1 Definitionen zu Formen affektiver Störungen ... 11
4.5.2 Teil A: unipolare depressive Störungen ... 14
4.5.2.1 Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen ... 19
4.5.2.2 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen ... 19
4.5.2.3 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 20
4.5.2.4 Therapeutische Maßnahmen ... 20
4.5.2.4.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 20
4.5.2.4.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 25
4.5.2.4.3 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) ... 25
4.5.2.4.3.1 Unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen ... 25
4.5.2.4.3.2 Unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 27
4.5.2.4.4 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) ... 28

4.5.2.4.4.1 Unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen ... 28
4.5.2.4.4.2 Unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 29
4.5.2.4.5 Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 29
4.5.2.4.6 Kombinationsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 30
4.5.2.4.7 Therapie bei speziellen Patientengruppen ... 30
4.5.2.4.7.1 Erwachsene mit psychischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen ... 30
4.5.2.4.7.2 Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen ... 31
4.5.2.4.7.3 Ältere Patienten mit unipolaren depressiven Störungen ... 32
4.5.2.4.7.4 Frauen mit unipolaren depressiven Störungen in der Peripartalzeit ... 33
4.5.2.4.8 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 33
4.5.2.4.9 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 34
4.5.2.4.10 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 34
4.5.2.4.11 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen ... 38
4.5.2.4.12 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit unipolaren depressiven Störungen ... 40
4.5.2.4.13 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 40
4.5.2.5 Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 41
4.5.2.6 Kooperation der Versorgungssektionen bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 42
4.5.3 Teil B: bipolare Störungen ... 44
4.5.3.1 Früherkennung bipolarer Störungen bei Erwachsenen ... 48
4.5.3.2 Früherkennung bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 48
4.5.3.3 Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen ... 48
4.5.3.4 Diagnostik bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 49
4.5.3.5 Therapieziele bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 49
4.5.3.6 Therapeutische Maßnahmen ... 50
4.5.3.6.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 50
4.5.3.6.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 55

4.5.3.6.3 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Erwachsenen ... 55
4.5.3.6.4 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 56
4.5.3.6.5 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) ... 57
4.5.3.6.5.1 Bipolare Störungen bei Erwachsenen ... 57
4.5.3.6.5.2 Bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 58
4.5.3.6.6 Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 59
4.5.3.6.7 Therapie bei speziellen Patientengruppen ... 59
4.5.3.6.7.1 Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei bipolaren Störungen ... 59
4.5.3.6.7.2 Ältere Patienten mit bipolaren Störungen ... 60
4.5.3.6.7.3 Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit ... 60
4.5.3.6.7.4 Rapid Cycling ... 60
4.5.3.6.8 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 61
4.5.3.6.9 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 62
4.5.3.6.10 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 62
4.5.3.6.11 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei bipolaren Störungen ... 67
4.5.3.6.12 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit bipolaren Störungen ... 67
4.5.3.6.13 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit ... 67
4.5.3.6.14 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 68
4.5.3.7 Rehabilitation bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 68
4.5.3.8 Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 68
4.5.3.9 Kooperation der Versorgungssektoren bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 70
5 Einordnung des Arbeitsergebnisses ... 71
6 Fazit ... 76
Details des Berichts ... 77
A1 Projektverlauf ... 77
A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts ... 77
A1.2 Dokumentation der Änderungen im Projektverlauf ... 77

A2 Details der Methoden ... 80
A2.1 Methodik gemäß Berichtsplan ... 80
A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung ... 80
A2.1.1.1 Population ... 80
A2.1.1.2 Versorgungsaspekte ... 80
A2.1.1.3 Übertragbarkeit ... 80
A2.1.1.4 Empfehlungskennzeichnung ... 81
A2.1.1.5 Publikationszeitraum ... 81
A2.1.1.6 Evidenzbasierung ... 81
A2.1.1.7 Tabellarische Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss ... 81
A2.1.2 Informationsbeschaffung ... 82
A2.1.2.1 Leitlinienrecherche ... 82
A2.1.2.2 Weitere Suchquellen zur Identifikation von Leitlinien ... 82
A2.1.2.3 Selektion relevanter Leitlinien ... 83
A2.1.3 Methodische Qualität der Leitlinien ... 83
A2.1.3.1 AGREE-II-Bewertung ... 83
A2.1.3.2 Umgang der Leitlinienautoren mit nicht oder nicht vollständig publizierten Daten ... 85
A2.1.4 Synthese der Empfehlungen ... 85
A2.2 Spezifizierungen und Änderungen der Methodik ... 86
A3 Details der Ergebnisse ... 88
A3.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung ... 88
A3.1.1 Ergebnisse der Recherche in Leitliniendatenbanken und bei Leitlinienanbietern ... 88
A3.1.2 Weitere Leitlinien ... 89
A3.1.2.1 Zusätzliche Informationen zu relevanten Leitlinien aus Autorenanfragen ... 89
A3.1.2.2 Informationen aus der Anhörung ... 91
A3.1.3 Resultierender Leitlinienpool ... 91
A3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien ... 94
A3.3 Methodische Qualität der Leitlinien ... 103
A3.3.1 Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung ... 103
A3.3.2 Umgang der Leitlinienautoren mit nicht oder nicht vollständig publizierten Daten ... 105
A3.4 Synthese der Empfehlungen ... 105
A3.4.1 Definitionen zu Formen affektiver Störungen ... 108
A3.4.2 Teil A: unipolare depressive Störungen ... 111
A3.4.2.1 Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen ... 111

A3.4.2.2 Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 114
A3.4.2.3 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen ... 114
A3.4.2.4 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 117
A3.4.2.5 Therapieziele bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 118
A3.4.2.6 Therapieziele bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 118
A3.4.2.7 Therapeutische Maßnahmen ... 118
A3.4.2.7.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 118
A3.4.2.7.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 142
A3.4.2.7.3 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen ... 143
A3.4.2.7.4 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 151
A3.4.2.7.5 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen ... 153
A3.4.2.7.6 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 158
A3.4.2.7.7 Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 160
A3.4.2.7.8 Kombinationsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 161
A3.4.2.7.9 Therapie bei speziellen Patientengruppen ... 162
A3.4.2.7.9.1 Erwachsene mit psychischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen ... 162
A3.4.2.7.9.2 Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen ... 166
A3.4.2.7.9.3 Ältere Patienten mit unipolaren depressiven Störungen ... 173
A3.4.2.7.9.4 Frauen mit unipolaren depressiven Störungen in der Peripartalzeit ... 175
A3.4.2.7.9.5 Zyklusassoziierte depressive Störungen ... 184
A3.4.2.7.10 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 184
A3.4.2.7.11 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 188
A3.4.2.8 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 189
A3.4.2.9 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen ... 207

A3.4.2.10 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit unipolaren depressiven Störungen ... 213
A3.4.2.11 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 214
A3.4.2.12 Rehabilitation bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 217
A3.4.2.13 Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen ... 218
A3.4.2.14 Kooperation der Versorgungssektoren bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen ... 224
A3.4.3 Teil B: bipolare Störungen ... 225
A3.4.3.1 Früherkennung bipolarer Störungen bei Erwachsenen ... 225
A3.4.3.2 Früherkennung bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 225
A3.4.3.3 Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen ... 226
A3.4.3.4 Diagnostik bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 231
A3.4.3.5 Therapieziele bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 233
A3.4.3.6 Therapieziele bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 233
A3.4.3.7 Therapeutische Maßnahmen ... 233
A3.4.3.7.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 233
A3.4.3.7.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 254
A3.4.3.7.3 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Erwachsenen ... 255
A3.4.3.7.4 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 262
A3.4.3.7.5 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Erwachsenen ... 262
A3.4.3.7.6 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 274
A3.4.3.7.7 Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 276
A3.4.3.7.8 Kombinationsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 282
A3.4.3.7.9 Therapie bei speziellen Patientengruppen ... 282
A3.4.3.7.9.1 Erwachsene mit psychischen Komorbiditäten bei bipolaren Störungen ... 282
A3.4.3.7.9.2 Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei bipolaren Störungen ... 283
A3.4.3.7.9.3 Ältere Patienten mit bipolaren Störungen ... 284
A3.4.3.7.9.4 Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit ... 288
A3.4.3.7.9.5 Rapid Cycling ... 297

A3.4.3.7.10 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 297
A3.4.3.7.11 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 301
A3.4.3.8 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 301
A3.4.3.9 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei bipolaren Störungen ... 329
A3.4.3.10 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit bipolaren Störungen ... 330
A3.4.3.11 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit ... 331
A3.4.3.12 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 332
A3.4.3.13 Rehabilitation bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 333
A3.4.3.14 Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen ... 335
A3.4.3.15 Kooperation der Versorgungssektoren bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen ... 342
A3.4.4 Kommentar ... 343
A4 Literatur ... 345
A5 Leitlinienlisten ... 349
A5.1 Liste der eingeschlossenen Leitlinien ... 349
A5.2 Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen ... 356
A6 Leitlinienrecherche ... 362
A6.1 Suchstrategien ... 362
A6.2 Liste aller durchsuchten Leitlinienanbieter beziehungsweise -datenbanken ... 363
A7 Empfehlungskategorien nach dem Verfahren der NVL und Evidenzeinstufungen nach der Verfahrensordnung des G-BA ... 366
A8 Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien und ihre Kategorisierung ... 367
A9 Mortalitätsstrata zur Übertragbarkeit von Leitlinien ... 389
B1 Tabellarische Darstellung der Empfehlungen ... 391
B1.1 Tabellarische Darstellung der Empfehlungen zu Definitionen von Formen der affektiven Störungen ... 391
B1.2 Tabellarische Darstellung der Empfehlungen zu unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen ... 401
B1.3 Tabellarische Darstellung der Empfehlungen zu bipolaren Störungen bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen ... 644

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1: Abkürzungen der eingeschlossenen Leitlinien und die herausgebenden Institutionen ... 8
Tabelle 2: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu unipolaren depressiven Störungen ... 14
Tabelle 3: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu bipolaren Störungen ... 44
Tabelle 4: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss ... 82
Tabelle 5: Übersicht zu Autorenanfragen ... 90
Tabelle 6: Eingeschlossene Leitlinien ... 92
Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien ... 94
Tabelle 8: AGREE-II-Bewertung: standardisierte Domänenwerte und Gesamtbewertung ... 104
Tabelle 9: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien zu unipolaren depressiven Störungen Empfehlungen enthalten ... 106
Tabelle 10: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien zu bipolaren Störungen Empfehlungen enthalten ... 107
Tabelle 11: WHO-Mitglieder, nach Mortalitätsstrata und Regionen sortiert ... 389
Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen ... 391
Tabelle 13: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen ... 401
Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen ... 406
Tabelle 15: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 418
Tabelle 16: Leitlinienempfehlungen zu Therapiezielen – unipolare depressive Störungen ... 419
Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen ... 421
Tabelle 18: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 467
Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen ... 471
Tabelle 20: Leitlinienempfehlungen zu nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 489
Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen ... 493
Tabelle 22: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen ... 506

Tabelle 23: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen 509
Tabelle 24: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen 512
Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten 514
Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten 522
Tabelle 27: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten 541
Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit 545
Tabelle 29: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – zyklusassoziierte depressive Störungen 556
Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen 558
Tabelle 31: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen 568
Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen 569
Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten 606
Tabelle 34: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei älteren Patienten 621
Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen 624
Tabelle 36: Leitlinienempfehlungen zur Rehabilitation – unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen 630
Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen 631
Tabelle 38: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen 642
Tabelle 39: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung bipolarer Störungen bei Erwachsenen 644
Tabelle 40: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen 646
Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen. 647
Tabelle 42: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen 660
Tabelle 43: Leitlinienempfehlungen zu Therapiezielen – bipolare Störungen 662
Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen 665

Tabelle 45: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen 710
Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen 712
Tabelle 47: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen 730
Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen 731
Tabelle 49: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen 753
Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen 754
Tabelle 51: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen 766
Tabelle 52: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten 767
Tabelle 53: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten 769
Tabelle 54: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten 772
Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit 778
Tabelle 56: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – rapid cycling 790
Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen 792
Tabelle 58: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen 801
Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen 802
Tabelle 60: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten 859
Tabelle 61: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei älteren Patienten 861
Tabelle 62: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen in der Peripartalzeit 863
Tabelle 63: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen 867
Tabelle 64: Leitlinienempfehlungen zur Rehabilitation – bipolaren Störungen bei Erwachsenen 869
Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen 872

Tabelle 66: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen 885

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 1: Ergebnis der Leitlinienrecherche und des Leitlinienscreenings 89

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADHD	Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung
AGREE	Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation-Instrument
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BMI	Body-Mass-Index
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
DMP	Disease-Management-Programm
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKG	Elektrokardiogramm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GoR	Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad)
HbA1c	Glycosylated Hemoglobin (glykosyliertes Hämoglobin)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IOM	Institute of Medicine
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LDL	Low Density Lipoprotein
LoE	Level of Evidence (Evidenzlevel)
MAO-Hemmer	Monoaminooxidase-Hemmer
NGC	National Guideline Clearinghouse
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinie
OTC	Over the Counter
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SSNRI	Selective Serotonin Noradrenalin reuptake Inhibitor (Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer)
SSRI	Selective Serotonin reuptake Inhibitor (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)
TSH	Thyreoidea-stimulierendes Hormon
VaDoD	Department of Veteran Affairs, Department of Defense
WHO	World Health Organization

1 Hintergrund

Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen. Im Rahmen der Programme werden vorrangig Behandlungsmethoden eingesetzt, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen [1]. Die Patienten erhalten damit eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich verhindern und die Lebensqualität der Patienten verbessern soll. Das Ziel der DMP ist es unter anderem, die Behandlung zu optimieren, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu fördern und somit diagnostische und therapeutische Abläufe besser miteinander zu verzahnen [2].

Betreffendes Krankheitsbild

Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand von deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf, wobei depressive Menschen durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt sind. Alltägliche Aufgaben sind nur schwer für depressive Menschen zu bewältigen. Sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und einer Grübelneigung [3]. Depressionen werden auf Basis der ICD-10 oder des US-amerikanischen Diagnosemanuals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) über klinische und explizit formulierte diagnostische Kriterien diagnostiziert. Nach der ICD-10 werden Depressionen den sogenannten affektiven Störungen (F30 bis F39) zugeordnet. Affektive Störungen lassen sich in depressive Störungen und manische beziehungsweise manisch-depressive Erkrankungen (bipolare Störungen) unterteilen [4]. An anderer Stelle des ICD-Katalogs wird eine weitere Gruppe von Depressionen aufgeführt, die durch eine nachhaltige typische Veränderung der Stimmung oder des Affektes charakterisiert sind, die aber als Folge einer organischen Störung beschrieben werden (ICD-10-Code F06.3).

Unipolare depressive Störungen

Depressive Episode / rezidivierende depressive Störung

Ein wesentliches Merkmal einer klinischen Depression im Sinne einer depressiven Episode (ICD-10-Code F32) oder einer Major Depression nach DSM ist, dass depressive Kernsymptome mindestens 2 Wochen lang klinisch bedeutsam ausgeprägt vorliegen und eine deutliche Veränderung gegenüber dem normalen Befinden darstellen müssen. Treten mehrere depressive Episoden im Verlauf eines Lebens auf, werden diese als rezidivierende depressive Störung bezeichnet (ICD-10-Code F33) [4].

Dysthymie und chronische Depression

Hauptmerkmal der Dysthymie (ICD-10-Code F34.1) ist eine chronisch depressive Verstimmung, die im Vergleich zu depressiven Episoden ein leichteres Störungsbild aufweist

und über mindestens 2 Jahre an dem überwiegenden Teil aller Tage vorhanden ist. Sie beginnt meist im Jugendalter und nimmt häufig einen chronischen Verlauf an. Die Dysthymie ist in 10 bis 25 % der Fälle mit wiederholt auftretenden voll ausgeprägten depressiven Episoden verbunden [4].

Von einer chronischen Depression wird gesprochen, wenn eine depressive Episode länger als 2 Jahre ohne Besserung in diesem Zeitraum besteht, unabhängig von Behandlungsversuchen [5,6].

Bei der Dysthymie ist die depressive Symptomatik im Vergleich zur chronischen Depression nicht so schwer ausgeprägt [5].

Peripartale Depressionen

Laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ umfassen Depressionen in der Peripartalzeit antepartale (in der Schwangerschaft beginnende) und postpartale Depressionen (mit dem Beginn und bis 4 Wochen nach der Entbindung) [3]. Bei Depressionen in der Peripartalzeit treten Symptome wie Stillprobleme, Zwangsgedanken, -impulse, das Kind betreffend ambivalente Gefühle, Gefühllosigkeit gegenüber dem Kind, Versagensängste, Insuffizienzgefühle als Mutter und häufiges Erwachen vor dem Kind auf [7].

Bipolare Störungen

Bipolare affektive Störungen

Bipolare affektive Störungen (ICD-10-Code F31) liegen dann vor, wenn mindestens 2 Episoden affektiver Syndrome manischer und / oder depressiver Art auftreten, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau der Betroffenen gestört sind. Im Krankheitsverlauf wechseln sich manische oder hypomane Episoden mit depressiven Episoden ab. Bei ca. 4 bis 7 % aller Depressionen entwickeln sich im weiteren Verlauf bipolare Störungen [4].

Zyklothymie

Eine weitere Sonderform der affektiven Störungen stellt die Zyklothymie dar (ICD-10-Code F34.0). Sie zeichnet sich durch anhaltende Stimmungsinstabilität mit zahlreichen Episoden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung, die nicht den Schweregrad depressiver oder manischer Episoden erreichen, aus [8].

Organisch affektive Störungen

Organisch affektive Störungen (ICD-10-Code F06.3) zeichnen sich durch eine Veränderung der Stimmung oder des Affekts aufgrund einer organischen Ursache aus. Dabei tritt die Veränderung der Stimmung oder des Affekts häufig gemeinsam mit einer Veränderung der gesamten Aktivitätslage auf. Es können sich depressive, hypomanische, manische oder bipolare Zustände als Folge einer organischen Störung abzeichnen (z. B. nach Schlaganfall, Hirnverletzung, Krebserkrankungen) [9].

Anpassungsstörungen beziehungsweise reaktive Depression

Die oben aufgeführten Störungsbilder sind von den Anpassungsstörungen bzw. der reaktiven Depression aufgrund der Symptomatik und des Verlaufs sowie durch bestimmte ursächliche Faktoren abzugrenzen. Bei den Ursachen für diese Störungsbilder handelt es sich um ein außergewöhnliches belastendes Lebensereignis, welches zu einer Belastungsreaktion führt, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer dauerhaft unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Die Anpassungsstörungen bzw. reaktive Depressionen treten als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas auf im Gegensatz zu den oben aufgeführten Störungsbildern [10].

Häufigkeit von Depressionen

Laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) 2015 liegt das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression (alle Formen) zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), national wie international bei 16 bis 20 %. Die 12-Monats-Prävalenz in Deutschland beträgt insgesamt 7,7 %, wobei depressive Episoden (als Einzelverläufe oder im Rahmen rezidivierender Verläufe) mit 6,0 % die häufigste Erkrankungsform sind, gefolgt von Dysthymien (2,0 %) und Depressionen im Rahmen von bipolaren Störungen (1,5 %). Dabei ist zu beachten, dass das Erkrankungsrisiko bei Frauen mit einer Lebenszeitprävalenz von 10,6 % mehr als doppelt so hoch ist wie bei Männern (4,8 %) [3].

Krankheitsfolgen / Auswirkungen für die Betroffenen

Depressionen zählen zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Störungen und sind weltweit eine der Hauptursachen krankheitsbedingter Behinderung. Sie tragen einen großen Teil zur globalen Krankheitslast bei [11].

Depressive Störungen gehen mit einer hohen Suizidalität einher. Nach Angaben der NVL 2015 ist die Suizidrate bei Depressiven 30-mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung [3].

Die Dauer der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen betrug durchschnittlich 30 Tage, wobei depressiv erkrankte Arbeitnehmer sogar 39 Tage im Schnitt fehlten [12].

Leitlinien

Für den vorliegenden Berichtsplan wird der Begriff „Leitlinien“ entsprechend der Definition des Institute of Medicine (IOM) verwendet: Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie haben zum Ziel, die Patientenversorgung zu verbessern. Ihren Empfehlungen liegen eine systematische Überprüfung der Evidenz und eine Bewertung des Nutzens und Schadens der alternativen Behandlungsoptionen zugrunde [13,14].

Häufig werden von den Leitlinienautoren Grade of Recommendation (GoR) und Level of Evidence (LoE) vergeben. Leitlinienersteller verwenden jedoch unterschiedliche Systeme zur

Evidenzeinstufung und räumen den verschiedenen klinischen und epidemiologischen Studien sowie gegebenenfalls weiteren potenziell verzerrenden Faktoren einen unterschiedlichen Stellenwert innerhalb der LoE ein.

2 Fragestellung

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 von Patienten in einem DMP Depressionen relevant sind.

3 Methoden

In die Untersuchung wurden spezifisch für Depressionen entwickelte Leitlinien eingeschlossen. Die Zielpopulation der Leitliniensynopse bildeten Patienten mit depressiven Erkrankungen. Dies umfasst unipolare depressive Störungen wie die depressive Episode / rezidivierende depressive Störung sowie die Dysthymie und chronische Depression. Weiterhin umfassen depressive Erkrankungen Depressionen in der Peripartalzeit, die bipolaren Störungen, einschließlich der Zyklothymie, sowie organisch affektive Störungen.

Es wurden ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien eingeschlossen, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind und nach Januar 2010 publiziert wurden. Die Empfehlungen mussten formal eindeutig gekennzeichnet sein.

Hierzu wurde im Internet eine systematische Recherche nach Leitlinien in Leitliniendatenbanken, bei fachübergreifenden Leitlinienanbietern und bei fachspezifischen Leitlinienanbietern durchgeführt. Die Recherche erfolgte im Zeitraum ab Juli 2015 bis September 2015. Darüber hinaus wurden Informationen aus der Anhörung zum vorläufigen Berichtsplan gesichtet. Die Selektion relevanter Leitlinien erfolgte anhand eines Titel- und Abstractscreenings mit anschließender Volltextbewertung der potenziell relevanten Leitlinien.

Die eingeschlossenen Leitlinien wurden mithilfe des Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation(AGREE)-II-Instruments methodisch bewertet. Das AGREE-II-Instrument dient der Einschätzung der methodischen Qualität einer Leitlinie. Es enthält insgesamt 23 Beurteilungskriterien. Diese Kriterien sind 6 Domänen zugeordnet, die jeweils eine separate Dimension methodologischer Leitlinienqualität beschreiben. Die Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung waren kein Kriterium für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung, sondern dienten der transparenten Darstellung von methodischen Stärken oder Schwächen der eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien.

Die für die Fragestellung relevanten Leitlinienempfehlungen wurden mit den dazugehörigen Grade of Recommendation (GoR) und Level of Evidence (LoE) zu den jeweiligen Versorgungsaspekten in Tabellen extrahiert. Dabei verleiht der GoR der Stärke einer Empfehlung Ausdruck und beruht in der Regel auf einer Abwägung des Nutzens und Schadens einer (medizinischen) Intervention, dem jeweils spezifischen Versorgungskontext sowie der Stärke der zugrunde gelegten Evidenz beziehungsweise dem LoE. Der von den Leitlinienautoren angegebene LoE stellt eine Bewertung der internen Validität der den Empfehlungen zugrunde gelegten Studien dar, wobei systematische Übersichten von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) üblicherweise den höchsten LoE erhalten. Außerdem wurde bei der Extraktion der Empfehlungen für jeden einzelnen GoR und LoE angegeben, ob diese für die Beurteilung der DMP-Relevanz einer hohen (↑) oder niedrigen (↓) Empfehlungs- / Evidenzkategorie zugeordnet wurden.

Die Leitlinienempfehlungen und die Definitionen des Erkrankungsbilds wurden in einer strukturierten Informationssynthese inhaltlich zusammengefasst. Sofern dies inhaltlich

sachgerecht möglich war, wurden Einzelempfehlungen zu übergreifenden Themenaspekten gemeinsam dargestellt und hinsichtlich der DMP-Relevanz bewertet. Zur Einschätzung der Relevanz einer Empfehlung für ein DMP Depressionen wurde der dazugehörige GoR und, wenn dieser nicht angegeben war, alternativ der LoE herangezogen:

- Eine DMP-Relevanz wurde festgestellt, wenn von verschiedenen Leitlinien zu einem Themenaspekt inhaltlich konsistente Empfehlungen mit mehrheitlich hohem GoR oder alternativ mehrheitlich hohem LoE vorlagen.
- Eine potenzielle DMP-Relevanz wurde für Empfehlungen festgestellt, die zu einem Themenaspekt inhaltlich konsistente Aussagen treffen, jedoch nur teilweise und nicht mehrheitlich mit einem hohen GoR oder alternativ hohen LoE versehen waren. Letzteres wird im Weiteren als uneinheitlicher GoR oder alternativ uneinheitlicher LoE bezeichnet. Außerdem wurde eine potenzielle DMP-Relevanz festgestellt, wenn nur eine Leitlinie zu einem Themenaspekt Empfehlungen gab und diese mit einem hohen GoR oder alternativ hohen LoE versehen waren.
- Eine weitere Überprüfung der DMP-Relevanz wurde dann vorgeschlagen, wenn von verschiedenen Leitlinien zu einem Themenaspekt inhaltlich inkonsistente Empfehlungen vorlagen, die zumindest teilweise hohe GoR oder alternativ hohe LoE aufwiesen.
- Keine Aussage zur DMP-Relevanz konnte gemacht werden, wenn zu einem Themenaspekt für die Mehrheit der Empfehlungen keine GoR und LoE angegeben waren oder sich diese nicht eindeutig den Empfehlungen zuordnen ließen.
- Keine DMP-Relevanz wurde festgestellt, wenn zu einem Themenaspekt für mindestens die Hälfte der Empfehlungen ein GoR oder alternativ ein LoE angegeben ist, aber kein hoher GoR oder alternativ hoher LoE vergeben wurde.

Weiterhin wurden in der Synthese Empfehlungen als „IQWiG-Kennzeichnung“ ausgewiesen, für die aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt wurde, bei denen es sich jedoch teilweise um Empfehlungen handelt, die als gute klinische Praxis gelten und bei der Erstellung eines DMP Depressionen entsprechend berücksichtigt werden sollten. Auf die zusätzliche Einordnung dieser Empfehlungen im Sinne einer möglichen DMP-Relevanz wurde bewusst verzichtet.

Für alle (potenziell) DMP-relevanten Empfehlungen wurde geprüft, ob dazu anderslautende IQWiG-Berichte existieren. Zudem wurden im Fall von (potenziell) DMP-relevanten Empfehlungen zu einer medikamentösen Behandlung die indikationsspezifische Verordnungsfähigkeit und der Zulassungsstatus in Deutschland geprüft.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Die systematische Recherche im Internet ergab nach Titel- und Abstract-Screening 68 potenziell relevante Dokumente, die im Volltext gesichtet wurden. Nach Prüfung der allgemeinen und methodischen Einschlusskriterien konnten 14 relevante Leitlinien eingeschlossen werden.

Tabelle 1: Abkürzungen der eingeschlossenen Leitlinien und die herausgebenden Institutionen

Abkürzung	Herausgeber
DGBS 2014 [15]	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
DGKJP 2013[16]	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
ICSI 2013[17]	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
KCE 2014 [18]	Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE)
KPCI 2012 [18]	Kaiser Permanente Care Management Institute (KPCI)
NCCMH 2014 [19]	National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)
NCCMH 2010 adults [20]	National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)
NCCMH 2010 physical [21]	National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)
NICE 2015 [22]	The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
NVL 2015 [6]	Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
RNAO 2010 [23]	Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)
SIGN 2012 [24]	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
SIGN 2010 [25]	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
VaDoD 2010 [26]	Department of Veterans Affairs, Department of Defense (VaDoD)

4.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien wurden von Institutionen aus Großbritannien (n = 6), Belgien (n = 1), den USA (n = 2) und aus Kanada (n = 2) herausgegeben. 3 Leitlinien stammen aus Deutschland.

4.2.1 Leitlinien mit Schwerpunkt unipolare depressive Störungen

11 Leitlinien beschäftigen sich mit der Diagnostik beziehungsweise dem Erkennen und der Therapie unipolarer depressiver Störungen (DGKJP 2013, ICSI 2013, KCE 2014, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NICE 2015, NVL 2015, RNAO 2010, SIGN

2012, SIGN 2010). Die Leitlinie SIGN 2012 thematisiert zusätzlich die Anwendungsbereiche Prognose und Prävention.

Die Leitlinie SIGN 2012 richtet sich explizit an die unipolare Depression und darüber hinaus allgemein auf affektive Störungen in der Peripartalzeit.

Alle Leitlinien enthalten Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen. Dabei enthält die Leitlinie SIGN 2010 ausschließlich Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung und die Leitlinie KCE 2014 spezifische Empfehlungen zur Psychotherapie. Mit dem pflegerischen Management von älteren Patienten mit psychischen und psychiatrischen Erkrankungen beschäftigt sich eine Leitlinie (RNAO 2010).

In 8 Leitlinien sind erwachsene Patienten (≥ 18 Jahre) mit unipolaren depressiven Störungen die Zielpopulation (ICSI 2013, KCE 2014, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, RNAO 2010, SIGN 2010).

2 Leitlinien wurden spezifisch für Kinder und Jugendliche mit unipolaren depressiven Störungen (NICE 2015, DGKJP 2013) erstellt. Bei der Patientenpopulation der Leitlinie SIGN 2012 handelt es sich ausschließlich um Patientinnen mit prä- und postpartalen Stimmungsschwankungen sowie Angststörungen.

In 4 Leitlinien finden sich außerdem Angaben zu den ausgeschlossenen Patientenpopulationen (DGKJP 2013, ICSI 2013, KCE 2014, SIGN 2012).

8 Leitlinien richten sich an einen breiten Adressatenkreis aus Ärzten, Fachärzten, nicht ärztlichen Gesundheitsberufen, Patienten, Angehörigen und Kosten- und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen (DGKJP 2013, KCE 2014, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, SIGN 2012, SIGN 2010). 2 Leitlinien nehmen Einschränkungen des Adressatenkreises vor (ICSI 2013, RNAO 2010). Die Leitlinie NICE 2015 nennt allgemein alle im Gesundheitswesen Tätigen.

Alle Leitlinien enthalten ein Klassifizierungssystem für den LoE und / oder GoR, wobei eine Leitlinie nur eine Evidenzgraduierung angibt (RNAO 2010).

4.2.2 Leitlinien mit Schwerpunkt bipolare Störungen

3 Leitlinien beschäftigen sich mit der Diagnostik und der Therapie bipolarer Störungen (DGBS 2014, NCCMH 2014, VaDoD 2010). Dabei thematisiert die Leitlinie VaDoD 2010 zusätzlich die Suizidprävention.

Alle 3 Leitlinien enthalten Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen. Die Leitlinie VaDoD 2010 enthält zusätzlich spezifische Empfehlungen zur Therapie von älteren Patienten.

In den 3 Leitlinien sind erwachsene Patienten (≥ 18 Jahre) mit bipolaren Störungen die Zielpopulation (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010). 2 dieser Leitlinien nennen zusätzlich Kinder und Jugendliche (DGBS 2014, NCCMH 2014).

In 2 Leitlinien finden sich außerdem Angaben zu den ausgeschlossenen Patientenpopulationen (NCCMH 2014, VaDoD 2010).

Eine Leitlinie richtet sich an einen breiten Adressatenkreis aus Ärzten, Fachärzten, nicht ärztlichen Gesundheitsberufen, Patienten, Angehörigen und Kosten- und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen (DGBS 2014). 2 Leitlinien nehmen Einschränkungen des Adressatenkreises vor (NCCMH 2014, VaDoD 2010).

Alle Leitlinien enthalten ein Klassifizierungssystem für den LoE und / oder GoR.

4.2.3 Leitlinien mit Schwerpunkt organisch affektive Störungen

Zu dieser Thematik wurden keine Leitlinien und keine Empfehlungen identifiziert.

4.3 Methodische Qualität der Leitlinien

4.3.1 Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung

Insgesamt erhielten die Leitlinien im Mittel die höchsten standardisierten Domänenwerte in den Domänen „Geltungsbereich und Zweck“ sowie „Klarheit und Gestaltung“. Die deutlichsten Mängel wurden in der Domäne „Anwendbarkeit“ sichtbar. Das heißt, die Angaben in den Leitlinien zur Unterstützung ihrer Implementierung, zu förderlichen und hinderlichen Faktoren sowie die Beschreibung des finanziellen Ressourcenbedarfs und von Messkriterien zur Bewertung der Prozess- und / oder Ergebnisqualität waren unzureichend.

In der Gesamtbewertung erhielten 7 der 14 eingeschlossenen Leitlinien die beste Bewertung (DGKJP 2013, KCE 2014, NCCMH 2014, NICE 2015, NVL 2015, SIGN 2012, SIGN 2010), wobei ausschließlich die Leitlinie NVL 2015 in 3 Domänen jeweils den höchsten standardisierten Domänenwert erzielen konnte.

4.4 Umgang der Leitlinienautoren mit nicht oder nicht vollständig publizierten Daten

Von den 14 eingeschlossenen Leitlinien machen 9 Leitlinien Angaben zur Informationsbeschaffung von nicht oder nicht vollständig publizierten Daten und / oder dem Umgang mit diesen. 6 Leitlinien beinhalten Angaben zur Informationsbeschaffung von nicht oder nicht vollständig publizierten Daten. Angaben zum Umgang mit nicht oder nicht vollständig publizierten Daten und wie diese gegebenenfalls die einzelnen Empfehlungen beeinflussen, finden sich in 7 Leitlinien zu unipolaren depressiven Störungen und in 2 Leitlinien zu bipolaren Störungen.

4.5 Synthese der Empfehlungen

Die Leitliniensynopse beruht auf der Analyse von 14 Leitlinien.

Im Folgenden werden für die einzelnen Versorgungsaspekte die Leitlinienempfehlungen zusammengefasst, für die sich gemäß der angewendeten Methodik eine DMP-Relevanz beziehungsweise eine potenzielle DMP-Relevanz ergibt oder für die eine weitere Überprüfung einer DMP-Relevanz für ein DMP „Depressionen“ vorgeschlagen wird (vgl. Kapitel 3).

4.5.1 Definitionen zu Formen affektiver Störungen

Die in den Leitlinien dargestellten Definitionen der Formen affektiver Störungen sind nicht als Empfehlungen gekennzeichnet. Für das Verständnis der in diesem Bericht dargestellten Empfehlungen werden die von den Leitlinien angegebenen Definitionen im Folgenden kurz zusammengefasst.

Primäre affektive Störungen lassen sich in unipolare depressive Störungen und bipolare Störungen unterteilen.

(Unipolare) depressive Störungen

Depressionen sind psychische Störungen, die Beeinträchtigungen im emotionalen, kognitiven, behavioralen und somatischen Bereich umfassen. Sie sind durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung sowie starken Selbstzweifeln und Konzentrationsstörungen über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet. Zum anderen treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden, wie z. B. Schlafstörungen und Appetitlosigkeit, sowie soziale Beeinträchtigungen, wie z. B. sozialer Rückzug und Probleme bei der Alltagsbewältigung, auf.

Bei depressiven Episoden handelt es sich nach der ICD-10-Klassifizierung um eine mindestens 2-wöchige Episode, während derer gleichzeitig mindestens 4 Symptome vorliegen müssen. Diese umfassen Hauptsymptome wie depressive Stimmung, Interesselosigkeit, Antriebsminderung (wovon mindestens 2 vorliegen müssen) und Zusatzsymptome wie Selbstwertverlust, unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. Suizidalität, kognitive Defizite, psychomotorische Veränderungen, Schlafstörungen und Appetitstörungen.

Depressive Episoden mit somatischem Syndrom zeichnen sich nach der ICD-10-Klassifizierung durch mindestens 4 der folgenden Symptome aus: deutlicher Verlust von Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten oder Interessenverlust, mangelnde emotionale Reagibilität, morgendliches Früherwachen (Aufwachen 2 oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit), Morgentief, beobachtbare psychomotorische Hemmung oder Erregung, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust (von mindestens 5 % des Körpergewichts über den Zeitraum der vergangenen 4 Wochen), deutlicher Libidoverlust.

Postpartale Depressionen können als jegliche depressive Störung, die während des ersten postpartalen Jahres auftreten, betrachtet werden. Bei einem großen Anteil der betroffenen Frauen entsteht die Erkrankung bereits präpartal.

Bipolare Störungen

Eine bipolare Störung ist durch episodisch auftretende affektive Störungen mit erheblichen Störungen des psychischen Befindens und Verhaltens sowie dazwischenliegenden Phasen mit einer ausgeglichenen Stimmung gekennzeichnet. Das Hauptmerkmal ist das Auftreten manischer oder hypomanischer Episoden. Akute Phasen gehen häufig mit einer Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsvermögens einher. Eine bipolare Störung kann dann diagnostiziert werden, wenn mindestens 2 affektive Episoden vorliegen (davon mindestens eine hypomanische, manische oder gemischte Episode), in denen Stimmung und Antrieb beziehungsweise Aktivitätsniveau so deutlich gestört sind, dass die Kriterien, wie im ICD-10-Klassifizierungssystem beschrieben, erfüllt sind.

Eine Bipolare-II-Störung ist dadurch gekennzeichnet, dass im Verlauf der Erkrankung mindestens eine hypomanische und zusätzlich mindestens eine depressive Episode aufgetreten sind, jedoch keine manische Episode.

Manische Episoden sind durch eine der Situation unangemessene und dadurch auffällig gehobene, expansive oder gereizte Stimmung über einen Zeitraum von mindestens einer Woche gekennzeichnet. Das Erregungsniveau ist deutlich erhöht und kann schnell in aggressive Erregung kippen. Antriebssteigerung, Rededrang, Ideenflucht, reduzierte soziale Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, Ablenkbarkeit, riskantes Verhalten und gesteigerte Libido sind weitere mögliche Symptome. Manische Episoden gehen häufig mit einem Verlust der psychosozialen Funktionsfähigkeit, dem Auftreten psychotischer Merkmale und der Notwendigkeit einer stationären Betreuung einher.

Hypomanische Episoden unterscheiden sich hinsichtlich der geforderten Symptomdauer (4 Tage) sowie des Vorliegens bestimmter Symptome von manischen Episoden. So sind Konzentrationsschwierigkeiten hier und Ideenflucht oder Gedankenrasen dort kennzeichnend. Des Weiteren sind eine andauernde (leicht) gehobene Stimmung, gesteigerter Antrieb, überhöhtes Selbstwertgefühl und Schlafstörungen charakteristisch. In der Regel bleibt das psychosoziale Funktionsvermögen erhalten und psychotische Merkmale fehlen. Besonders auffällige Manie-Symptome wie der Verlust sozialer Hemmungen, überhöhte Selbsteinschätzung / Größenwahn, andauernder Wechsel von Aktivitäten sowie rücksichtsloses und tollkühnes Verhalten, ohne seine Risiken zu erkennen, gehen eher schon über eine Hypomanie hinaus.

Gemischte Episoden sind durch eine Mischung oder einen raschen Wechsel (innerhalb weniger Stunden) von depressiven und (hypo-)manischen Symptomen gekennzeichnet. Depressive und (hypo-)manische Symptome müssen dabei gleichermaßen die meiste Zeit während einer mindestens ein- bis 2-wöchigen Periode auftreten. Gemischte Episoden gehen häufig mit einem Verlust der psychosozialen Funktionsfähigkeit, der Notwendigkeit einer stationären Betreuung und psychotischen Merkmalen einher.

Für das Vorliegen von Rapid Cycling müssen nach der ICD-10-Klassifikation innerhalb von 12 Monaten mindestens 4 voneinander abgrenzbare affektive Episoden aufgetreten sein.

Eine Zyklothymie ist gekennzeichnet durch eine Stimmungsinstabilität über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren, die jedoch zu keiner Zeit so stark ausgeprägt ist, dass die Kriterien einer Manie oder einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sind.

4.5.2 Teil A: unipolare depressive Störungen

Die in der folgenden Tabelle angegebenen Zahlen zeigen die Anzahl der jeweiligen Beurteilungen der Relevanz für ein DMP (DMP-relevant, potenziell DMP-relevant, Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz). In der Tabelle werden keine Versorgungsaspekte / Themenaspekte dargestellt, für die entweder keine Empfehlungen identifiziert, keine DMP-Relevanz festgestellt wurden oder keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz getroffen werden konnten.

Tabelle 2: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu unipolaren depressiven Störungen

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen	1	1	-	X[a]
Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen				
▪ Symptomatik und Diagnosestellung	1	3	-	-
▪ Berücksichtigung transkultureller Aspekte	1	-	-	-
▪ Suizidalität	1	-	-	-
▪ Diagnostik bei Komorbiditäten	-	2	-	-
Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen	-	1	-	-
Therapeutische Maßnahmen				
▪ Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen				
▫ Allgemeine Empfehlungen	-	4	-	-
▫ Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung	2	8	-	-
▫ Berücksichtigung transkultureller Aspekte	1	-	-	X[a]
▫ Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen	4	11	-	X[a]

(Fortsetzung)

Tabelle 2: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu unipolaren depressiven Störungen (Fortsetzung)

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
▫ Notwendige Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung	-	-	-	X
▫ Patienten mit Komorbiditäten	1	21	-	-
▫ Ältere Patienten	-	1	-	X[a]
▫ Depressionen in der Peripartalzeit	-	-	-	X
▪ Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen	1	4	-	-
▪ Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen				
▫ Aktiv-abwartende Begleitung und Maßnahmen mit niedriger Intensität	-	3	-	-
▫ Psychotherapie	1	6	-	-
▫ Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren	-	5	1	X[a]
▪ Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen				
▫ Aktiv-abwartende Begleitung und Maßnahmen mit niedriger Intensität	-	2	-	X[a]
▫ Psychotherapie	1	1	-	-
▪ Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen				
▫ Antidepressiva	1	9	-	X[a]
▫ Pflanzliche Arzneimittel	-	1	1	-
▪ Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen	-	4	-	-
▪ Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen	-	4	-	-

(Fortsetzung)

Tabelle 2: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu unipolaren depressiven Störungen (Fortsetzung)

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
▪ Kombinationsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen	-	2	-	-
▪ Therapie bei speziellen Patientengruppen				
▫ Erwachsene mit psychischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen				
- Allgemeine Empfehlungen	1	1	-	-
- Medikamentöse Behandlung	-	2	-	-
▫ Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen				
- Nichtmedikamentöse Behandlung	-	6	-	-
- Medikamentöse Behandlung	-	13	-	-
▫ Ältere Patienten mit unipolaren depressiven Störungen				
- Nichtmedikamentöse Behandlung	-	1	-	-
- Medikamentöse Behandlung	1	2	-	-
▫ Frauen mit unipolaren Störungen in der Peripartalzeit				
- Nichtmedikamentöse Behandlung	-	2	-	-
- Medikamentöse Behandlung	-	2	-	X[a]
▪ Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen	4	5	-	-
▪ Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen	-	1	-	-

(Fortsetzung)

Tabelle 2: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu unipolaren depressiven Störungen (Fortsetzung)

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen				
▪ Therapiedauer (Akutphase)	-	3	-	-
▪ Verlaufskontrolle	-	10	-	-
▪ Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie	-	13	-	-
▪ Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe	2	8	-	-
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen				
▪ Therapiedauer (Akuttherapie)	-	3	-	X[a]
▪ Verlaufskontrolle	-	4	-	X[a]
▪ Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie	-	5	-	-
▪ Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe	-	2	-	-
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit unipolaren depressiven Störungen	-	3	-	
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen				
▪ Verlaufskontrolle	-	2	-	-
▪ Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie	-	2	-	-
▪ Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe	-	1	-	-
Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen				
▪ Allgemeine Empfehlungen	1	7	-	X[a]
▪ Patienten mit Komorbiditäten	-	5	-	-
▪ Ältere Patienten	-	-	-	X

(Fortsetzung)

Tabelle 2: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu unipolaren depressiven Störungen (Fortsetzung)

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
Kooperation der Versorgungssektoren bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen	-	2	-	-
a: Das „X“ bedeutet, dass für einige der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt / Themenaspekt keine DMP-Relevanz festgestellt wurde, diese aber dennoch „gute klinsiche Praxis“ darstellen. Die IQWiG-Kennzeichnungn wurden jedoch nicht für alle, als nicht DMP-relevant beurteilten Empfehlungen vergeben. Diese weiterhin nicht DMP-relevanten Empfehlungen sind nicht Gegenstand dieser Tabelle. Sie finden sich in der Synthese der Empfehlungen im Abschnitt A3.4. -: Es liegen keine Angaben vor				

4.5.2.1 Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

6 Leitlinien beinhalten Empfehlungen zur Früherkennung.

Von 3 Leitlinien werden Früherkennungsmaßnahmen insbesondere für Personen empfohlen, die aufgrund früherer depressiver Störungen oder komorbider somatischer Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen aufweisen (Empfehlungen DMP-relevant).

Zur Früherkennung sollen laut einer Leitlinie standardisierte Instrumente angewendet werden (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.2 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

Insgesamt 5 Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Diagnostik.

Symptomatik und Diagnosestellung

Insgesamt 3 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Symptomatik und Diagnosestellung.

2 Leitlinien empfehlen, bei der Diagnosestellung das Vorhandensein typischer Symptome einer depressiven Störung aktiv zu explorieren (Empfehlungen potenziell DMP-relevant). Die Leitlinien empfehlen ebenso, eine weiterführende Diagnostik bei Verdacht auf eine depressive Störung durch einen qualifizierten Arzt durchführen zu lassen (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie betont die Beachtung möglicher Lernbehinderungen oder kognitiver Einschränkungen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Zur Diagnosestellung und Differenzierung zwischen Schweregraden und verschiedenen Formen einer Depression gibt eine Leitlinie eine Empfehlung zur Verwendung eines anerkannten Klassifikationssystems (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Berücksichtigung transkultureller Aspekte

4 der 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Berücksichtigung transkultureller, ethischer und migrationsspezifischer Einflussfaktoren (Empfehlungen DMP-relevant).

Suizidalität

3 der 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Diagnostik von Suizidalität. Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur regelmäßigen klinischen Einschätzung der Suizidalität sowie zur Beurteilung von Suizidalität vor dem Hintergrund vorhandener sozialer Unterstützung und Ressourcen (Empfehlungen DMP-relevant).

Diagnostik bei Komorbiditäten

2 der 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Diagnostik depressiver Störungen bei Vorliegen von Komorbiditäten.

Eine Leitlinie empfiehlt eine weiterführende Diagnostik durch einen entsprechend qualifizierten Arzt bei Verdacht auf Vorliegen einer depressiven Störung (Empfehlungen potenziell DMP-relevant). Die Leitlinie gibt weiterhin eine Empfehlung zur Berücksichtigung möglicher Lernbehinderungen oder kognitiver Einschränkungen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.2.3 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Nur eine Leitlinie gibt spezifische Empfehlungen zur Diagnosestellung bei Kindern oder Jugendlichen. Die Leitlinie empfiehlt, die Diagnosestellung nur durch dafür ausgebildetes Fachpersonal durchführen zu lassen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4 Therapeutische Maßnahmen

4.5.2.4.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 8 Leitlinien geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen.

Allgemeine Empfehlungen

2 der 8 Leitlinien geben allgemeine Empfehlungen zur Behandlung von Erwachsenen.

Beide Leitlinien empfehlen einen integrativen Versorgungsansatz. Dieser sollte, laut einer Leitlinie, insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode oder einer mittelgradigen depressiven Episode und Vorliegen einer komplexeren Problematik in Betracht gezogen werden (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen für die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandler und Patienten sowie dessen Angehörigen oder Bezugspersonen, wie die Entwicklung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und Gespräche in einer offenen und optimistischen Atmosphäre und die aktive Aufklärung über Behandlungsoptionen und Krankheitsverläufe. Die Leitlinie gibt weiterhin Empfehlungen zur Durchführung von Interventionen bei depressiven Patienten mit einer Lernbehinderung, die, wenn notwendig, entsprechend den vorliegenden Einschränkungen angepasst werden sollen. Ebenso rät die Leitlinie von der regelhaften Verschreibung von Medikamenten als alleinige Intervention zur Therapie depressiver Patienten ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung

Insgesamt 4 von 8 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapieplanung und partizipativen Entscheidungsfindung.

2 Leitlinien empfehlen einen gemeinsam mit den Patienten zu vereinbarenden Behandlungsplan. Insbesondere bei schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren

Problematik sollte dabei ein multidisziplinärer Behandlungsplan entwickelt werden, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Professionen festgehalten sind und der Strategien für ein Krisenmanagement beinhaltet. Der Behandlungsplan sollte für den Hausarzt und weitere relevante Personen, die in die Betreuung des Patienten eingebunden sind, verfügbar sein (Empfehlungen DMP-relevant).

3 Leitlinien empfehlen, im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung mögliche Behandlungsstrategien sowie den damit verbundenen Nutzen und die Risiken zu erörtern (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode eine Behandlungseinwilligung nach vorheriger aussagekräftiger Aufklärung einzuholen. Bei rezidivierenden schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Merkmalen sollten laut der Leitlinie mit Einverständnis der Patienten die im Vorfeld mit den Patienten getroffenen Behandlungsvereinbarungen an Angehörige oder Bezugspersonen übermittelt werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Bei Vorliegen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode empfehlen 2 Leitlinien, über verschiedene spezifische Interventionen zu informieren und die Behandlungsform unter Berücksichtigung von Faktoren wie Präferenz der Behandler und der Patienten und mögliche Nebenwirkungen auszuwählen. Beide Leitlinien empfehlen bei der Auswahl eines Antidepressivums Faktoren wie Patientenpräferenzen, Ansprechen auf einen Wirkstoff in der Vergangenheit sowie mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu berücksichtigen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie rät von einer regelhaften Modifizierung empfohlener Therapiestrategien aufgrund unterschiedlicher Depressionsformen oder Patientencharakteristika ab. Die Leitlinie empfiehlt ein psychotherapeutisches Verfahren mit hoher Intensität unter Berücksichtigung von Faktoren wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und Patientenpräferenzen auszuwählen. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin, bei einem hohen Rückfallrisiko oder einem Rückfall in der Vergangenheit die Entscheidung über weiterführende Maßnahmen zur Vermeidung von Rezidiven gemeinsam mit den Patienten zu treffen. Ebenso sollte gemeinsam mit den Patienten über die Durchführung einer elektrokonvulsiven Therapie mit Hinweis auf die Möglichkeit zum Rückzug von und der Änderung der Vereinbarung sowie unter Berücksichtigung der juristischen Rahmenbedingungen entschieden werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Berücksichtigung transkultureller Aspekte

5 von 8 Leitlinien empfehlen, im Rahmen der Behandlung kulturelle, ethnische sowie migrationsspezifische Einflussfaktoren zu berücksichtigen (Empfehlungen DMP-relevant).

Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen

3 von 8 Leitlinien geben Empfehlungen zur Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Aufklärung der Patienten über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Erkrankung. Dabei sollte laut der beiden Leitlinien eine verständliche Sprache verwendet, Fachausdrücke vermieden und gegebenenfalls ein unabhängiger Dolmetscher hinzugezogen werden. Es sollten leicht verständliche Patienteninformationen und Audioformate zur Verfügung gestellt und Patienten sowie Angehörige und Bezugspersonen insbesondere bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode oder einer chronischen Depression über das Angebot von Selbsthilfegruppen informiert werden (alle Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt die Empfehlung, vorliegende Bedenken mit Patienten mit einer leichten depressiven Episode zu diskutieren, wenn im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung von einer depressionsspezifischen Behandlung zunächst abgesehen werden kann (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen zu Beginn einer medikamentösen Behandlung eine intensive Aufklärung der Patienten mit der Erörterung von Aspekten, wie Bedenken gegenüber Antidepressiva, mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Nebenwirkungen und Behandlungsdauer (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Des Weiteren wird von einer Leitlinie empfohlen, auf die Bedeutung der Adhärenz gegenüber der verschriebenen medikamentösen Behandlung sowie der Weiterführung der Behandlung nach einer Remission im Rahmen der Aufklärung hinzuweisen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Zur Unterstützung des Aufklärungsgespräches bei Beginn einer medikamentösen Behandlung empfehlen 2 Leitlinien, Angehörige oder Selbsthilfegruppen einzubeziehen sowie schriftliches Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Dabei sollten laut der beiden Leitlinien die Patienten über das mögliche Auftreten von Symptomen, wie Suizidgedanken, Unruhe- und Angstzustände, insbesondere zu Beginn einer medikamentösen Behandlung oder bei einem Therapiewechsel, aufgeklärt werden. Bei frühzeitigem Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum wird von den beiden Leitlinien empfohlen, dass Patienten den Arzt kontaktieren und entsprechende Informationen erhalten (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung, die Gründe für eine Kombination von Wirkstoffen mit dem Patienten zu besprechen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Nach Erreichen einer Remission empfiehlt eine Leitlinie, die Patienten über die Fortführung der medikamentösen Behandlung für mindestens 6 Monate zu beraten mit dem Hinweis, dass

eine Fortführung der Therapie das Rezidivrisiko reduziert und Antidepressiva mit keiner Suchtentwicklung einhergehen. Des Weiteren sollten Patienten über Symptome, die beim Absetzen der Antidepressiva auftreten können, informiert werden sowie zur zeitnahen Kontaktaufnahme des behandelnden Arztes bei Auftreten einschlägiger Symptome angeregt werden. Ebenso empfiehlt die Leitlinie, Patienten mit einer saisonal bedingten depressiven Episode über die unsichere Studienlage zur Effektivität einer Lichttherapie zu informieren. Patienten mit einer Doppeldepression (Double Depression: Vorhandensein einer depressiven Episode mit gleichzeitiger Dysthymie) oder chronischen Depression sollten auch über die höhere Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie informiert werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Patienten mit Komorbiditäten

3 von 8 Leitlinien geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie bei depressiven Patienten mit Komorbiditäten.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Inhalte eines integrierten Versorgungsansatzes, wie Fallmanagement und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in der haus- und fachärztlichen Versorgung. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin, Patienten mit einer leichten depressiven Episode und einer chronischen somatischen Komorbidität im Rahmen einer aktiv-abwartenden Begleitung über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Erkrankung aufzuklären. Bei der Information und Aufklärung von Patienten soll laut der Leitlinie eine verständliche Sprache verwendet, Fachausdrücke vermieden, gegebenenfalls ein unabhängiger Dolmetscher hinzugezogen und leicht verständliche Patienteninformationen zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung empfiehlt die Leitlinie, mögliche Behandlungsstrategien sowie den damit verbundenen Nutzen und die Risiken zu erörtern. Insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode sollte eine Einwilligung der Patienten in die Behandlung nach vorheriger aussagekräftiger Aufklärung eingeholt werden. Im Rahmen der Patienteninformation empfiehlt die Leitlinie, kulturelle, ethnische und migrationsspezifische Einflussfaktoren zu berücksichtigen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Die Leitlinie gibt weiterhin eine Empfehlung für die Regelung der Verantwortlichkeiten in einem Behandlungsplan, wenn die Behandlung von Patienten sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting erfolgt. Der Behandlungsplan sollte nach Angaben der Leitlinie für den Patienten und, wenn sinnvoll, für Angehörige oder Bezugspersonen zur Verfügung gestellt werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Für die Zusammenarbeit zwischen Behandler und Patienten sowie dessen Angehörigen oder Bezugspersonen empfiehlt die Leitlinie Rahmenbedingungen wie die Entwicklung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und Gespräche in einer offenen und optimistischen Atmosphäre (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Ebenso gibt die Leitlinie eine Empfehlung für die Information der Patienten über das Angebot von Selbsthilfegruppen. Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf Maßnahmen niedriger Intensität ansprechen, sollten über verschiedene spezifische Interventionen wie eine medikamentöse Behandlung oder psychotherapeutische Interventionen mit hoher Intensität informiert werden. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin eine intensive Aufklärung der Patienten bei Beginn einer medikamentösen Behandlung. Dabei sollten Aspekte, wie Bedenken gegenüber Antidepressiva, mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Nebenwirkungen und die Behandlungsdauer, erörtert werden. Zur Unterstützung des Aufklärungsgespräches kann entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere zu Beginn einer medikamentösen Behandlung oder bei einem Therapiewechsel sollten laut der Leitlinie Patienten über das mögliche Auftreten von Symptomen wie Suizidgedanken, Unruhe- und Angstzustände informiert werden. Bei frühzeitigem Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum sollten die Patienten entsprechende Informationen erhalten. Des Weiteren sollten Patienten über Symptome, die bei Absetzen einer Therapie mit Antidepressiva auftreten können, sowie über die Kontaktaufnahme des behandelnden Arztes bei Auftreten deutlicher Symptome informiert werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Beachtung medikamentöser Wechselwirkungen. Die Leitlinie empfiehlt außerdem eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Einrichtungen, insbesondere bei Patienten mit einer komplexen Problematik und schweren depressiven Episoden und Vorliegen chronischer somatischer Komorbiditäten. Die Leitlinie gibt zudem eine Empfehlung für die Beratung der Patienten zur Fortführung einer medikamentösen Behandlung nach Erreichen einer Remission mit dem Hinweis, dass eine Fortführung der Therapie das Rezidivrisiko reduziert und Antidepressiva mit keiner Suchtwirkung assoziiert sind (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Die Leitlinie gibt weiterhin eine Empfehlung zur Wahl eines psychotherapeutischen Verfahrens mit hoher Intensität unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Verlauf und Behandlung der chronischen somatischen Komorbidität sowie Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und der Patientenpräferenzen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Laut der Leitlinie sollen depressive Patienten mit einer Lernbehinderung Interventionen analog zu anderen depressiven Patienten erhalten. Die Interventionen sollen, wenn notwendig, entsprechend den vorliegenden Einschränkungen angepasst werden (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für eine prioritäre Behandlung der Depression bei begleitender Angststörung. Steht eine Angststörung mit begleitender Depression im Vordergrund, kann gegebenenfalls eine primäre Behandlung der Angststörung eingeleitet werden (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, bei einer Komorbidität von depressiver Symptomatik und Alkoholabhängigkeit erst nach einer 2- bis 4-wöchigen Abstinenz die Therapieindikation zu stellen und eine Depressionsbehandlung zu beginnen, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstellung möglich sind (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Ältere Patienten

Eine von 8 Leitlinien gibt Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie bei unipolaren depressiven Störungen im Alter. Die Leitlinie empfiehlt, Pflegefachkräfte über die zur Verfügung stehenden Mehrkomponenten-Interventionen zur Pflege älterer Patienten mit Depressionen zu informieren, und gibt Empfehlungen zu entsprechenden Schulungs- und Fortbildungsprogrammen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

2 von 8 Leitlinien geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen.

Eine Leitlinie empfiehlt die stationäre oder teilstationäre Behandlung u. a. in Abhängigkeit des Schweregrades der Erkrankung und der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes sowie der regionalen Versorgungskapazitäten und bei vorliegender Suizidalität (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Beide Leitlinien geben Empfehlungen zur Festlegung von Zielkriterien der Therapie und zur Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens sowie zu Vermeidungsstrategien von Rückfällen und Rezidiven. Dabei weist eine Leitlinie auf die mangelhafte Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention im Vergleich zu einer anderen hin (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen, Patienten und ihre Bezugspersonen sowie behandelnde Hausärzte über frühe Warnzeichen und Verhalten bei Auftreten dieser Anzeichen aufzuklären sowie Strategien zum Verhalten beim Auftreten dieser Warnzeichen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt zu entwickeln (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, Bezugspersonen über mögliche Hilfen zu informieren. Die Leitlinie empfiehlt zudem, ältere Jugendliche mit einer rezidivierenden unipolaren depressiven Störung entsprechend den Leitlinienempfehlungen für Erwachsene zu behandeln (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.3 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase)

4.5.2.4.3.1 Unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen

Insgesamt 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Aktiv-abwartende Begleitung und Maßnahmen mit niedriger Intensität

2 beziehungsweise 3 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zu aktiv-abwartenden und Maßnahmen mit niedriger Intensität.

2 Leitlinien empfehlen eine zunächst aktiv-abwartende Begleitung bei Patienten mit einer leichten depressiven Episode (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

3 Leitlinien geben Empfehlungen zu Maßnahmen mit niedriger Intensität bei Fortbestehen einer leichten depressiven Symptomatik oder bei einer mittelgradigen depressiven Episode, wie z. B. psychoedukativ-supportive Gespräche, qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, computergestützte kognitive Verhaltenstherapie und strukturierte Bewegungsprogramme (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt die Empfehlung, Patienten über Lebensgewohnheiten, die einen erholsamen Schlaf fördern, zu beraten (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Psychotherapie

Alle 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Durchführung einer Psychotherapie.

2 Leitlinien empfehlen eine Psychotherapie bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 weitere Leitlinien geben Empfehlungen zu Formen der Psychotherapie mit hoher Intensität wie z. B. individuelle kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie und eine Verhaltensaktivierung (Empfehlungen DMP-relevant). Beide Leitlinien geben Empfehlungen für die Durchführung einer Paartherapie, wenn diese einen therapeutischen Nutzen hat (Empfehlungen potenziell DMP-relevant). Dabei empfiehlt eine Leitlinie, psychotherapeutische Verfahren unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und Patientenpräferenzen, auszuwählen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden und Planung eines alleinigen Behandlungsverfahrens, eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Behandlung anzubieten (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Weiterhin geben 2 Leitlinien Empfehlungen zur Durchführung psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen durch adäquat geschultes Fachpersonal, das sich regelmäßiger Supervisionen unterzieht (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Rezidivprophylaxe (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

3 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zu nichtmedikamentösen somatischen Therapieverfahren.

2 Leitlinien empfehlen eine elektrokonvulsive Therapie als Behandlungsalternative bei einer schweren, vital bedrohlichen oder therapieresistenten depressiven Episode. Dabei rät eine der Leitlinien von dem regelhaften Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie bei mittelgradigen depressiven Episoden ab; sie kann jedoch nach mehreren erfolglosen medikamentösen und psychologischen Therapieversuchen in Erwägung gezogen werden. Weiterhin empfiehlt die Leitlinie eine regelmäßige Überprüfung des klinischen Status und der kognitiven Funktion bei Durchführung einer elektrokonvulsiven Therapie (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Nach einer erfolgreichen Behandlungsserie mit einer elektrokonvulsiven Therapie geben 2 Leitlinien Empfehlungen für eine Pharmakotherapie beziehungsweise eine kombinierte Pharmako- und Psychotherapie mit oder ohne zusätzliche elektrokonvulsive Therapie als Erhaltungstherapie und zur Rezidivprophylaxe (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen für eine Lichttherapie bei leichten bis mittelgradigen saisonal bedingten depressiven Episoden (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien machen inhaltlich inkonsistente Aussagen zum Einsatz einer transkraniellen Magnetstimulation. Während das Verfahren in einer Leitlinie bei Nichtansprechen auf eine primäre medikamentöse Behandlung indiziert ist, soll es laut der anderen Leitlinie aufgrund unzureichender Evidenzlage nur in klinischen Studien eingesetzt werden (Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz).

4.5.2.4.3.2 Unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Aktiv-abwartende Begleitung und Maßnahmen mit niedriger Intensität

Beide Leitlinien empfehlen aktiv-abwartende oder Maßnahmen mit niedriger Intensität bei Kindern und Jugendlichen mit leichten unipolaren depressiven Störungen und geben Empfehlungen zum Zeitraum für die Durchführung aktiv-abwartender oder Maßnahmen mit niedriger Intensität (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Psychotherapie

Beide Leitlinien geben Empfehlungen zu psychotherapeutischen Verfahren.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für den generellen Vorrang einer Psychotherapie (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Beide Leitlinien empfehlen eine spezifische Psychotherapie insbesondere bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden (Empfehlungen DMP-relevant).

4.5.2.4.4 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase)

4.5.2.4.4.1 Unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen

Insgesamt 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Antidepressiva

4 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zu einer Therapie mit Antidepressiva.

3 Leitlinien geben Empfehlungen zu einer medikamentösen Behandlung mit einem Antidepressivum bei fortbestehender depressiver Symptomatik und leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden sowie Nichtansprechen auf psychosoziale Interventionen mit niedriger Intensität (Empfehlungen DMP-relevant). 2 Leitlinien raten von dem routinemäßigen Einsatz von Antidepressiva bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode ab (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt die Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung und rät von einer alleinigen medikamentösen Behandlung bei schweren depressiven Episoden ab (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Eine weitere Leitlinie gibt Empfehlungen für eine medikamentöse Behandlung bei Dysthymien und Doppeldepressionen sowie bei einer chronischen depressiven Episode (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen bei der Wahl eines Antidepressivums Faktoren, wie Patientenpräferenzen, das Ansprechen auf einen Wirkstoff in der Vergangenheit sowie mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, zu berücksichtigen. Dabei empfiehlt eine der beiden Leitlinien den regelhaften Einsatz eines SSRI bei der Verschreibung eines Antidepressivums (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Beachtung von Komplikationen (v. a. erhöhte Blutungsneigung bei älteren Patienten) bei einer Therapie mit SSRI oder bei gleichzeitiger Gabe nichtsteroidaler Antirheumatika sowie anderen Medikamenten mit schädigendem Potenzial für den Gastrointestinaltrakt. Dabei sind auch die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie die erhöhte Inzidenz für einen Therapieabbruch bei spezifischen SSRI zu berücksichtigen. Eine der beiden Leitlinien weist zudem auf die Berücksichtigung von bestimmten Risiken bei der Verschreibung von anderen Wirkstoffen als SSRI (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Verschreibung irreversibler Monoaminooxidase-Hemmer durch Fachärzte. Die Leitlinie rät weiterhin von einer Therapie mit Dosulepin ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Pflanzliche Arzneimittel

4 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zu einer Behandlung mit Johanniskraut.

3 Leitlinien geben Empfehlungen oder Negativempfehlungen zu einer Therapie mit Johanniskraut. Laut einer Leitlinie kann ein erster Therapieversuch mit Johanniskraut bei leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden in Erwägung gezogen werden. 2 Leitlinien raten generell von einer Therapie mit Johanniskraut ab. Es handelt sich um inhaltlich inkonsistente Aussagen (Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz).

2 Leitlinien empfehlen, Patienten bei Einnahme von Johanniskraut über Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten aufzuklären (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.4.2 Unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für den generellen Vorrang einer Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Eine weitere Leitlinie gibt eine Negativempfehlung zu einer alleinigen medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva bei mittelgradigen bis schweren depressiven Störungen; sie wird nur in Kombination mit einer gleichzeitig stattfindenden Psychotherapie empfohlen. Werden psychotherapeutische Maßnahmen im Rahmen einer Kombinationstherapie abgelehnt, kann eine alleinige medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva unter einer engmaschigen Verlaufskontrolle durchgeführt werden (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt eine medikamentöse Behandlung mit dem Antidepressivum Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und dem Antidepressivum Fluoxetin als Alternative zu einer Psychotherapie. Zudem rät die Leitlinie von dem Einsatz trizyklischer Antidepressiva sowie Paroxetin, Venlafaxin und Mirtazapin ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.5 Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 4 Leitlinien geben Empfehlungen zu einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie.

Alle 4 Leitlinien geben Empfehlungen für eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Eine Leitlinie rät dabei explizit von einer alleinigen medikamentösen Behandlung bei Patienten mit schweren depressiven Episoden in der Akutphase ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen, zur Planung eines alleinigen Behandlungsverfahrens bei Patienten mit akuten mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden eine Psychotherapie gleichwertig zur medikamentösen Behandlung anzubieten. Auch bei chronischen Depressionen und Doppeldepression empfehlen die beiden Leitlinien eine Kombinationsbehandlung. Dabei sollten die Patienten darüber informiert werden, dass eine Kombinationsbehandlung wirksamer ist als eine Monotherapie (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.6 Kombinationsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zu einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie.

Beide Leitlinien geben Empfehlungen zu einer Kombinationsbehandlung aus Fluoxetin und Psychotherapie als Alternative zu einer alleinigen Psychotherapie oder einer Pharmakotherapie bei älteren Kindern und Jugendlichen v. a. mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Eine der beiden Leitlinien rät von einer alleinigen medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.7 Therapie bei speziellen Patientengruppen

4.5.2.4.7.1 Erwachsene mit psychischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie.

Allgemeine Empfehlungen

Alle 3 Leitlinien enthalten allgemeine Empfehlungen zur Therapie.

2 Leitlinien geben Empfehlungen für eine prioritäre Behandlung der Depression bei begleitender Angststörung oder zusätzlicher somatischer Komorbidität (Empfehlung DMP-relevant). Eine Leitlinie empfiehlt eine erneute Prüfung der Behandlungsindikation bei Alkoholabhängigkeit und Depression 3 bis 4 Wochen nach einem Entzug (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Medikamentöse Behandlung

Eine von 3 Leitlinien gibt Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung depressiver Patienten mit psychischen Komorbiditäten.

Die Leitlinie gibt Empfehlungen für eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva bei Komorbidität von depressiver Störung und Alkoholabhängigkeit, insbesondere bei Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Die Leitlinie rät weiterhin von dem alleinigen Einsatz von SSRIs zur Reduktion des Alkoholkonsums bei depressiven Patienten mit einer komorbiden Alkoholabhängigkeit ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.7.2 Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie.

Nichtmedikamentöse Behandlung

Beide Leitlinien geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie empfiehlt eine zunächst aktiv-abwartende Begleitung bei Patienten mit einer leichten depressiven Episode. Die Leitlinie empfiehlt eine medikamentöse Behandlung oder psychotherapeutische Maßnahmen mit hoher Intensität, wie eine gruppenbasierte oder individuelle kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf Maßnahmen mit niedriger Intensität ansprechen, oder bei Patienten mit initialer mittelgradiger depressiver Episode. Auch eine Paartherapie wird von der Leitlinie empfohlen, wenn die Einbeziehung des Partners einen therapeutischen Nutzen haben könnte. Zudem sollten laut der Leitlinie Patienten über Lebensgewohnheiten, die einen erholsamen Schlaf fördern, beraten werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Die andere Leitlinie empfiehlt eine Psychotherapie bei depressiven Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung oder Diabetes mellitus (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Durchführung psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen durch adäquat qualifiziertes Fachpersonal (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Medikamentöse Behandlung

Beide Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie gibt eine Negativempfehlung für den routinemäßigen Einsatz von Antidepressiva bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode. Die Leitlinie empfiehlt allerdings bei Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität und einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf Maßnahmen mit niedriger Intensität ansprechen, eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum. Weiterhin empfiehlt die Leitlinie, bei der Wahl eines Antidepressivums Faktoren, wie mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, zu berücksichtigen. Gibt es Unsicherheiten bezüglich möglicher Wechselwirkungen von Medikamenten, soll laut der Leitlinie ein Facharzt konsultiert werden oder gegebenenfalls eine Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung erfolgen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Aufgrund des Risikos für gastrointestinale Blutungen und des blutverdünnenden Effekts rät die Leitlinie von einer regelhaften Verordnung von SSRIs bei Patienten, die nichtsteroidale Antirheumatika oder Warafin oder Heparin einnehmen, ab. Auch eine Verordnung bei der Einnahme von Aspirin sollte nur mit Vorsicht erfolgen. Ebenso rät die Leitlinie von einer Therapie mit SSRIs bei Patienten, die Triptane zur Behandlung von Migräne einnehmen, ab. Auch von einer gemeinsamen Gabe von SSRIs und den Monoaminooxidase-B-Hemmern Selegilin und Rasagilin rät die Leitlinie ab. In beiden Fällen werden als sichere Alternative beispielsweise trizyklische Antidepressiva von der Leitlinie empfohlen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine weitere Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Bevorzugung von SSRIs bei Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung und einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Von trizyklischen Antidepressiva wird bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit und komorbider depressiver Störung abgeraten. Ebenso empfiehlt die Leitlinie die regelhafte Verordnung eines SSRI bei Patienten mit Diabetes mellitus (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Von einer Leitlinie wird die Verschreibung irreversibler Monoaminooxidase-Hemmer oder einer Kombination aus einem Antidepressivum und Lithium durch Fachärzte (specialist mental health professionals) empfohlen. Die Leitlinie rät zudem von einer Therapie mit Dosulepin ab. Auch von einer Therapie mit Johanniskraut bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode rät die Leitlinie ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für die grundsätzliche Verschreibung einer therapeutisch wirksamen Dosis von Antidepressiva und für die Vermeidung einer subtherapeutischen Dosierung bei depressiven Patienten (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.7.3 Ältere Patienten mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie bei älteren Patienten mit unipolaren depressiven Störungen.

Nichtmedikamentöse Behandlung

2 von 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für eine Psychotherapie bei älteren Patienten (ab 65 Jahre) (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Medikamentöse Behandlung

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Die 3 Leitlinien geben allgemeine Empfehlungen zur Berücksichtigung von Faktoren bei einer medikamentösen Behandlung, wie physiologische Veränderungen, Komorbiditäten,

Nebenwirkungsprofil, Verträglichkeit und mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (alle Empfehlungen DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen eine dem Alter angemessene Dosierung von Antidepressiva. Dabei kann es sinnvoll sein, die Anfangsdosis von Trizyklika zu halbieren und gegebenenfalls langsam aufzudosieren. Dabei empfiehlt eine Leitlinie, die erhöhte Blutungsneigung bei einer Therapie mit SSRI sowie die zusätzliche Gabe eines magenschützenden Medikamentes bei älteren Patienten, die nichtsteroidale Antirheumatika einnehmen, zu berücksichtigen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.7.4 Frauen mit unipolaren depressiven Störungen in der Peripartalzeit

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie.

Nichtmedikamentöse Behandlung

2 von 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für ante- oder postpartal durchzuführende prophylaktische psychotherapeutische oder psychosoziale Interventionen bei Vorliegen eines erhöhten Depressionsrisikos. Beide Leitlinien empfehlen eine Psychotherapie bei postpartalen Depressionen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Medikamentöse Behandlung

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Alle 3 Leitlinien geben Negativempfehlungen für eine Neuverordnung des Wirkstoffs Paroxetin zur Behandlung depressiver Störungen während der Schwangerschaft. Eine Leitlinie rät auch von einer Östrogentherapie im Rahmen der Behandlung postpartaler Depressionen ab (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.8 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 5 Leitlinien geben Empfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr. Dabei bezieht sich eine Leitlinie spezifisch auf depressive Patienten mit chronischen somatischen Komorbiditäten.

3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Beurteilung von Suizidalität vor dem Hintergrund der vorhandenen sozialen Unterstützung und Ressourcen (Empfehlungen DMP-relevant). Die Leitlinien empfehlen weiterhin eine intensivierte Betreuung von suizidgefährdeten Patienten und die Unterstützung entsprechend der Ausprägung des Suizidrisikos und vorhandenen Ressourcen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant). Ebenso geben die 3 Leitlinien Empfehlungen zum Einsatz von Antidepressiva zur Behandlung der Depression bei suizidalen depressiven Patienten unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung und Berücksichtigung der Toxizität bei Überdosierung mit bestimmten Antidepressiva (Empfehlungen DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen engmaschige Kontrolluntersuchungen nach Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva bei Patienten mit einem erhöhten Suizidrisiko oder die jünger als 30 Jahre sind (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Rezidivprophylaxe mit Lithium bei suizidgefährdeten Patienten zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

3 Leitlinien empfehlen eine stationäre Einweisung bei akuter Suizid- oder Fremdgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten Termin sowie unter Berücksichtigung der individuellen Sicherheitskautelen (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen zum Angebot aller zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Interventionen mit hoher Intensität im Rahmen einer stationären Betreuung sowie zur Sicherstellung der Weiterführung dieser Interventionen nach der Entlassung. Die Leitlinie empfiehlt ebenso den Einsatz von Kriseninterventions- und ambulanten Behandlungsteams (Home Treatment Teams) zum Krisenmanagement, zur Durchführung einer qualitativ hochwertigen Akutversorgung sowie zur Kontrolle des Suizidrisikos bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode und hohem Suizidrisiko sowie für Patienten, die frühzeitig nach Hause entlassen werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine weitere Leitlinie gibt Empfehlungen zu zeitnahen Kontrolluntersuchungen von Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt und entlassen wurden, sowie zu einer unmittelbaren Kontaktaufnahme zu dem Patienten bei Nichtwahrnehmen von Kontrollterminen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.9 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

Lediglich eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zum Umgang mit Suizidalität. Dabei empfiehlt die Leitlinie eine stationäre oder teilstationäre Behandlung unter Berücksichtigung des Schweregrades der Erkrankung, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes und der regionalen Versorgungskapazitäten sowie des Erfüllens weiterer bestimmter Kriterien (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.10 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Dauer einer Akuttherapie und Verlaufskontrolle sowie zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie, zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Therapiedauer (Akutphase)

3 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Dauer einer Akuttherapie.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen zu Dauer und Frequenz einzelner Maßnahmen mit niedriger Intensität bei Patienten mit fortbestehender depressiver Symptomatik oder einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode. Die Leitlinie gibt zusätzlich Empfehlungen zu Dauer und Frequenz einzelner psychotherapeutischer Interventionen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Alle 3 Leitlinien empfehlen beim Absetzen von Antidepressiva eine schrittweise Reduzierung der Dosierung über einen Zeitraum von 2 bis 4 Wochen oder über längere Zeiträume (bei Wirkstoffen mit längerer Halbwertszeit). Bei der Einnahme von Fluoxetin kann ein sofortiges Absetzen der Medikation in Betracht gezogen werden (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Verlaufskontrolle

4 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle.

Alle 4 Leitlinien geben Empfehlungen für regelmäßige Kontroll- und Nachuntersuchungen. Hierbei werden insbesondere in den ersten 4 Wochen der Akuttherapie häufigere Kontrollen und nach 3 Monaten, bei gutem Ansprechen auf die Therapie, längere Intervalle empfohlen. Dabei empfiehlt eine Leitlinie, die Einbeziehung der Patienten in die Beurteilung der Wirksamkeit ihrer Therapie durch den behandelnden Arzt sicherzustellen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

3 Leitlinien empfehlen zu Beginn einer Therapie mit Antidepressiva mögliche Nebenwirkungen und Symptome, die auf eine Erhöhung der Suizidalität hindeuten, zu überwachen. Dabei sollten bei Patienten mit einem erhöhten Suizidrisiko oder bei jüngeren erwachsenen Patienten (unter 30 Jahre) eine Woche nach Beginn der medikamentösen Behandlung und regelmäßig danach Kontrolluntersuchungen erfolgen, bis das Suizidrisiko als nicht mehr klinisch relevant erachtet wird. Dabei empfiehlt eine Leitlinie Symptome, die auf gesteigerte Unruhe, Angststörungen und Suizidalität in der initialen Therapiephase hinweisen, zu beachten. Es sollte weiterhin sichergestellt sein, dass der Patient weiß, wie er bei Vorliegen dieser Symptome schnell Hilfe findet. Zudem sollte die medikamentöse Behandlung bei anhaltenden und starken Unruhezuständen überprüft werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Kontrolle verschiedener Laborparameter und des Lithiumspiegels bei der Gabe von Lithium. 2 Leitlinien empfehlen, zudem die Nieren- und Schilddrüsenfunktion sowie die Schilddrüsengröße zu kontrollieren (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Überwachung von Gewicht, Lipid- und Glukosespiegel sowie Nebenwirkungen bei der Gabe von Antipsychotika. Ebenso empfiehlt die Leitlinie regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit einer Langzeittherapie in Abhängigkeit von vorliegenden Komorbiditäten, Rezidivrisiko sowie Schwere und Häufigkeit

der depressiven Episode. Weiterhin gibt die Leitlinie eine Empfehlung für die Überwachung von Symptomen, die bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung auftreten können (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie

3 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie.

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Überprüfung der Therapieadhärenz sowie gegebenenfalls der Dosierung der verschriebenen Medikation bei Nichtansprechen auf die Behandlung der ersten Wahl (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt eine intensivere Unterstützung durch den Behandler bei fehlendem oder minimalem Ansprechen 3 bis 4 Wochen nach initialer Therapie mit adäquater Behandlungsdosis. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin, eine Therapie bei leichten Verbesserungen der Symptomatik nach 4 Wochen fortzuführen sowie das Antidepressivum in bestimmten Situationen, wie z. B. Fortbestehen einer unzureichenden Response, zu wechseln (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für die sorgfältige Prüfung des Wechsels eines Antidepressivums und Berücksichtigung möglicher Neben- und Wechselwirkungen sowie Einhaltung von Sicherheitsabständen bei einem Wechsel der Medikation. Dabei rät eine Leitlinie von einem Therapiebeginn mit beziehungsweise dem Wechsel auf Dosulepin ab. Weiterhin weist die Leitlinie darauf hin, bei der Kombination verschiedener Antidepressiva oder der Augmentation von Antidepressiva bei Nichtansprechen auf eine initiale Therapie grundlegende Aspekte zu berücksichtigen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Alle 3 Leitlinien raten von einer Augmentation mittels Pindolol bei therapieresistenter Depression ab. 2 der 3 Leitlinien raten zusätzlich von einer regelhaften Augmentation mittels einzelner Antiepileptika, Buspiron, Dopaminagonisten, Psychostimulanzien sowie Schilddrüsen- oder anderen Hormonen ab. Weiterhin rät eine der Leitlinien von einer Augmentation mittels Benzodiazepinen für einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen ab (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, nach mehreren erfolglosen Versuchen einer Kombination von Therapien oder Augmentation eines Antidepressivums an einen Facharzt oder eine fachpsychiatrische Einrichtung zur Evaluation des Symptomprofils, des Therapieverlaufs und spezifischer Risiko- und Störfaktoren zu überweisen. Die Leitlinie empfiehlt auch, eine Medikation in fachpsychiatrischen Einrichtungen (secondary care mental health services) unter Aufsicht eines Psychiaters zu beginnen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen zu einer elektrokonvulsiven Therapie bei Patienten mit schweren depressiven Episoden, die lebensbedrohlich sind und ein sofortiges Therapieansprechen erfordern, sowie nach mehreren erfolglosen Psycho- und Pharmakotherapien.

Dabei rät eine der beiden Leitlinien von dem regelhaften Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie bei mittelgradigen depressiven Episoden, mit Ausnahme mehrerer erfolgloser Psycho- und Pharmakotherapien, ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

4 von 5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

3 Leitlinien empfehlen die Fortführung einer Antidepressiva-Medikation für mindestens 4 beziehungsweise 9 Monate, gegebenenfalls auch länger, nach Erreichen einer Remission (Empfehlungen DMP-relevant). Dabei soll laut der Leitlinien die Antidepressiva-Medikation als remissionsstabilisierende Erhaltungstherapie mit der gleichen Dosierung, die bei der Akuttherapie wirksam war, fortgeführt werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Anzahl depressiver Episoden in der Vergangenheit und Vorliegen einer Restsymptomatik, die Therapie mit Antidepressiva 6 Monate nach Remission entweder fortzusetzen oder für eine bestimmte Patientenpopulation die medikamentöse Behandlung abzusetzen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Nach Erreichen einer Remission empfehlen 3 Leitlinien, die Antidepressiva-Medikation für mindestens 15 weitere Monate zur Langzeitprophylaxe fortzuführen, auch wenn Risikofaktoren wie Restsymptome, eine Vielzahl von vorherigen depressiven Episoden, schwere oder anhaltende depressive Episoden oder ein nicht ausreichendes Ansprechen auf die Therapie bei einem Rückfall vorliegen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

3 Leitlinien geben Empfehlungen für eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie bei Patienten mit einem hohen Rückfallrisiko oder einer Restsymptomatik, einem Rückfall trotz Antidepressivatherapie oder Patienten, die sich gegen eine Therapie mit Antidepressiva entschieden haben (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, bei vorliegendem hohen Rückfallrisiko oder einer rezidivierenden depressiven Episode in der Vergangenheit die Entscheidung über weiterführende Maßnahmen zur Vermeidung von Rezidiven gemeinsam mit dem Patienten zu treffen und Faktoren wie Ansprechen auf Therapien in der Vergangenheit, bestehende Restsymptomatik und Patientenpräferenzen zu berücksichtigen. Laut der Leitlinie sollte die Entscheidung über eine Weiterführung der Therapie über 2 Jahre hinaus ebenfalls gemeinsam mit dem Patienten getroffen und Faktoren wie Alter, Komorbiditäten und weitere Risikofaktoren berücksichtigt werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen für die Weiterführung einer pharmakologischen Kombinationsbehandlung mit einem Antidepressivum und einem Wirkstoff zur Augmentation bei Patienten mit multiplen depressiven Episoden, die gut auf diese Therapie angesprochen

haben, sofern die Nebenwirkungen tolerierbar und akzeptabel sind (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie rät zum Einsatz von Lithium als alleinige Medikation zur Rezidivprophylaxe ab (Empfehlung potenziell DMP- relevant).

Von 2 Leitlinien wird eine Pharmakotherapie beziehungsweise eine kombinierte Pharmako- und Psychotherapie als Erhaltungstherapie und zur Rezidivprophylaxe nach einer erfolgreichen Behandlungsserie mit einer elektrokonvulsiven Therapie empfohlen. Dabei sollte eine Augmentation mit Lithium in Betracht gezogen werden (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.11 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapiedauer, Verlaufskontrolle sowie zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie und Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Therapiedauer (Akuttherapie)

Lediglich eine der beiden Leitlinien gibt Empfehlungen zur Dauer einer Akuttherapie bei depressiven Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität.

Die Leitlinie gibt Empfehlungen zur Dauer und Frequenz von Maßnahmen mit niedriger Intensität bei Patienten mit fortbestehender depressiver Symptomatik oder leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden und einer chronischen somatischen Komorbidität sowie Patienten mit niedrigschwelliger Symptomatik. Weiterhin gibt die Leitlinie Empfehlungen zu der Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Interventionen mit hoher Intensität. Die Leitlinie empfiehlt zudem eine in der Regel schrittweise Reduzierung der Dosierung über einen Zeitraum von etwa 4 Wochen bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva. Bei der Einnahme von Fluoxetin kann ein sofortiges Absetzen der Medikation in Betracht gezogen werden. Teilweise können auch längere Zeiträume für die schrittweise Reduzierung in Betracht kommen, wenn Wirkstoffe mit einer längeren Halbwertszeit eingenommen werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Verlaufskontrolle

Beide Leitlinien geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle, v. a. bei depressiven Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität.

Eine Leitlinie empfiehlt Intervalle zu regelmäßigen Kontroll- und Nachuntersuchungen für Patienten, die eine Therapie mit Antidepressiva begonnen haben und kein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Hierbei werden insbesondere in den ersten Wochen der Akuttherapie in der Regel alle 2 Wochen Kontrollen und danach alle 2 bis 4 Wochen in den ersten 3 Monaten, bei gutem Ansprechen auf die Therapie, längere Intervalle empfohlen. Engmaschige

Kontrolluntersuchungen empfiehlt die Leitlinie bei Patienten mit einem erhöhten Suizidrisiko oder bei unter 30-jährigen Patienten nach Beginn mit einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva. Zudem empfiehlt die Leitlinie eine Überprüfung von Symptomen, die auf gesteigerte Unruhe, Angststörungen und Suizidalität hinweisen. Des Weiteren wird eine Prüfung der medikamentösen Behandlung bei anhaltenden und starken Unruhezuständen nach Beginn einer Therapie mit Antidepressiva empfohlen. Auch sollten Symptome, die bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung auftreten können, überwacht werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie

Lediglich eine der beiden Leitlinien gibt Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie bei depressiven Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität.

Die Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Inhalte eines integrierten Versorgungsansatzes, wie Fallmanagement und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in Einrichtungen für physische Gesundheit der Primär- und Sekundärversorgung, Patientenschulungen, psychotherapeutische und medikamentöse Maßnahmen, Medikationsmanagement und eine Langzeit-Koordination der Versorgung sowie Nachuntersuchungen. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin die Überprüfung der Therapie-Adhärenz sowie der Dosierung der verschriebenen Medikation bei Nichtansprechen auf die Behandlung mit einem Antidepressivum der ersten Wahl. Bei fehlendem oder unzureichendem Ansprechen auf die initiale Therapie nach 3 bis 4 Wochen empfiehlt die Leitlinie eine intensivierte Unterstützung durch den Behandler sowie einen Wechsel oder eine Aufdosierung des Antidepressivums. Bei leichten Verbesserungen der Symptomatik nach 4 Wochen sollte die Therapie fortgeführt werden. In bestimmten Situationen, wie z. B. unzureichender Response oder aufgrund von Patientenpräferenzen, sollte ein Wechsel des Antidepressivums unter Beachtung einer schrittweisen Aufdosierung des neuen Antidepressivums, möglicher Wechselwirkungen sowie des Risikos eines serotonergen Syndroms bei der Kombination serotonerg wirkender Antidepressiva vorgenommen werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Lediglich eine der beiden Leitlinien gibt Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe bei depressiven Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität.

Die Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Unterstützung der Patienten zur Fortführung einer Antidepressiva-Medikation für mindestens 6 Monate nach Erreichen einer Remission. Ebenso empfiehlt die Leitlinie unter Berücksichtigung von Faktoren wie Anzahl depressiver Episoden in der Vergangenheit und Vorliegen einer Restsymptomatik eine Fortsetzung oder ein Absetzen der Therapie mit Antidepressiva 6 Monate nach Remission (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.12 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle. Es liegen in diesem Abschnitt keine Empfehlungen für die Therapiedauer in der Akutphase vor.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für eine regelmäßige Kontrolle von möglichen Nebenwirkungen bei einer Therapie mit Antidepressiva im Alter. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin ein hämatologisches Monitoring bei einer Therapie mit Mianserin. Eine weitere Leitlinie empfiehlt die Kontrolle möglicher Rückfälle nach der Remission einer depressiven Episode im Rahmen der Betreuung und Pflege von älteren Personen durch Pflegefachkräfte (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.4.13 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle, Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie sowie zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Verlaufskontrolle

Beide Leitlinien geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zur regelmäßigen Überprüfung des Therapieerfolgs unter der Beachtung, dass dieser frühestens nach 4 Wochen Therapie eingeschätzt werden kann. 2 Leitlinien empfehlen eine regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Überprüfung des Therapieerfolgs sowie sorgfältige Kontrollen möglicher Nebenwirkungen bei einer medikamentösen Behandlung (alle Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie

Beide Leitlinien geben Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie.

Eine Leitlinie gibt allgemeine Empfehlungen zur Veränderung der medikamentösen und / oder nichtmedikamentösen Behandlungsmodalitäten, wenn nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsame Verbesserung beziehungsweise nach 4-wöchiger Pharmakotherapie keine Response vorliegt. Eine weitere Leitlinie empfiehlt eine multidisziplinäre Fallevaluation und daraus zu ziehende Konsequenzen bei Nichtansprechen auf eine Psychotherapie nach 4 bis 6 Sitzungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Dabei kann z. B. eine Psychotherapie für Familienangehörige bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren empfohlen werden. Bei Jugendlichen kann gegebenenfalls eine medikamentöse Behandlung mit einem SSRI angeboten werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Eine der beiden Leitlinien gibt Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen für die gemeinsame Entwicklung von Lösungsansätzen zur Vermeidung von Rückfällen und Rezidiven. Patienten und ihre Bezugspersonen sollen über das Rückfall- und Rezidivrisiko durch die Behandelnden aufgeklärt werden, um Strategien zum Umgang mit frühen Warnzeichen zu entwickeln. Die behandelnden Hausärzte sollen nach Zustimmung des Patienten darüber informiert werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.5 Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 6 Leitlinien geben Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Allgemeine Empfehlungen

5 von 6 Leitlinien geben allgemeine Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zu einer Überweisung an einen qualifizierten Arzt (appropriate professional) für eine weiterführende Untersuchung bei Verdacht auf eine depressive Störung und gegebenenfalls zur Information des Hausarztes über die Überweisung (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für einen integrativen Versorgungsansatz, insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode oder einer mittelgradigen depressiven Episode und Vorliegen einer aufgrund von Rahmenbedingungen, Verlauf der Erkrankung oder Vorliegen von Komorbiditäten komplexeren Problematik (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt die Entwicklung eines multidisziplinären Behandlungsplans bei schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren Problematik, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Berufsgruppen festgehalten sind und der Strategien für ein Krisenmanagement beinhaltet. Der Behandlungsplan soll dem Hausarzt und weiteren relevanten Personen, die in die Betreuung des Patienten eingebunden sind, bei Vorliegen einer komplexen und schweren depressiven Episode zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin empfiehlt die Leitlinie die Dokumentation von im Vorfeld mit dem Patienten getroffenen Behandlungsvereinbarungen bei Vorliegen von rezidivierenden schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Merkmalen sowie die Verfügbarkeit dieser Dokumentation für Leistungserbringer in der Primär- und Sekundärversorgung (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

3 Leitlinien geben Empfehlungen für eine Überweisung in eine fachpsychiatrische Einrichtung bei akuter Suizid- oder Fremdgefährdung oder sehr hohem Selbstverletzungsrisiko sowie fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten Termin (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt die Rücksprache mit einem Psychiater bei einer Kombination von Wirkstoffen in der hausärztlichen Versorgung. Des Weiteren gibt die Leitlinie eine Empfehlung für eine Anpassung einer Medikation unter Aufsicht eines Psychiaters bei Nichtansprechen auf eine Therapie und zur Vermeidung von Rezidiven (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Patienten mit Komorbiditäten

2 von 6 Leitlinien geben Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren bei depressiven Patienten mit chronischen somatischen Komorbiditäten.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen zu einer Überweisung an einen qualifizierten Arzt für eine weiterführende Untersuchung bei Verdacht auf eine depressive Störung und zur erforderlichen Information des Hausarztes über die Überweisung (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinie empfehlen einen integrierten Versorgungsansatz wie Fallmanagement und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in der Primär- und Sekundärversorgung für Patienten mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden und chronischer somatischer Komorbidität mit funktionellen Beeinträchtigungen, die nicht auf eine initiale psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung oder eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie ansprechen. Eine Leitlinie empfiehlt die Entwicklung eines multidisziplinären Behandlungsplans bei Patienten mit schweren Depressionen und Vorliegen komplexer Problematik, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Berufsgruppen festgehalten sind. Der Therapieplan sollte dem Patienten sowie dem Hausarzt sowie weiteren relevanten Personen zur Verfügung gestellt werden. Zudem sollte eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Einrichtungen im Rahmen einer medikamentösen Behandlung bei Patienten mit einer komplexen Problematik und schweren depressiven Episoden und Vorliegen chronischer somatischer Komorbiditäten angestrebt werden. Ebenso empfiehlt die Leitlinie die Konsultation eines Facharztes bei Unsicherheiten hinsichtlich möglicher Wechselwirkungen von Wirkstoffen sowie, wenn notwendig, eine Überweisung an eine fachpsychiatrische Einrichtung zur weiteren Verordnung von Medikamenten (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.2.6 Kooperation der Versorgungssektionen bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für eine multidisziplinäre Fallevaluation bei Nichtansprechen auf eine Psychotherapie nach 4 bis 6 Wochen bei Kindern und Jugendlichen mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Die zweite Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Information der behandelnden Hausärzte über die mit den Patienten sowie ihren Bezugspersonen entwickelten Lösungsansätze zur Vermeidung von Rückfällen und

Rezidiven sowie für Strategien zum Umgang mit frühen Warnzeichen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3 Teil B: bipolare Störungen

Die in der folgenden Tabelle angegebenen Zahlen zeigen die Anzahl der jeweiligen Beurteilungen der Relevanz für ein DMP (DMP-relevant, potenziell DMP-relevant, Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz). In der Tabelle werden keine Versorgungsaspekte / Themenaspekte dargestellt, für die entweder keine Empfehlungen identifiziert, keine DMP-Relevanz festgestellt wurden oder keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz getroffen werden konnten.

Tabelle 3: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu bipolaren Störungen

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
Früherkennung bipolarer Störungen bei Erwachsenen	-	1	-	-
Früherkennung bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	-	2	-	-
Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen				
▪ Symptomatik und Diagnosestellung	2	2	-	-
▪ Differenzialdiagnostik	-	1	-	X[a]
▪ Suizidalität, Fremd- und Eigengefährdung	1	2	-	-
▪ Diagnostik bei Komorbiditäten	-	1	-	-
Diagnostik bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	-	4	-	-
Therapieziele bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen	1	1	-	-
Therapeutische Maßnahmen				
▪ Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen				
▫ Allgemeine Empfehlungen	-	9	-	-
▫ Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung	2	8	-	-
▫ Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen	2	20	-	-

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu bipolaren Störungen (Fortsetzung)

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
▫ Psychosoziale Unterstützung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen	-	2	-	-
▫ Notwendige Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung	1	5	-	-
▫ Patienten mit Komorbiditäten	-	2	-	-
▫ Ältere Patienten	-	2	-	-
▫ Bipolare Störungen in der Peripartalzeit	-	-	-	X
▪ Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen	-	3	-	-
▪ Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Erwachsenen				
▫ Psychoedukation und spezifische Psychotherapie	-	4	-	X[a]
▫ Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren	-	1	-	-
▫ Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen und Selbsthilfe	-	4	-	-
▪ Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	-	1	-	-
▪ Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Erwachsenen				
▫ Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode	1	13	-	X[a]
▫ Behandlung der akuten bipolaren Depression	1	5	-	X[a]
▪ Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	-	4	-	-
▪ Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen				
▫ Behandlung der akuten bipolaren Depression	-	5	-	-

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu bipolaren Störungen (Fortsetzung)

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
▪ Therapie bei speziellen Patientengruppen				
▫ Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei bipolaren Störungen	-	1	-	X[a]
▫ Ältere Patienten mit bipolaren Störungen	-	3	-	-
▫ Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit				
- Nichtmedikamentöse Behandlung	-	1	-	-
- Medikamentöse Behandlung	-	5	-	X[a]
▫ Rapid Cycling	-	1	-	-
▪ Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen	2	7	-	X[a]
▪ Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen	-	1	-	-
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen				
▪ Therapiedauer und Verlaufskontrolle	3	22	1	X[a]
▪ Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie	-	5	-	X[a]
▪ Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie	3	25	-	X[a]
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei bipolaren Störungen	-	1	-	X[a]
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit bipolaren Störungen	-	2	-	-
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit	-	3	-	-

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Übersicht zur Beurteilung der DMP-Relevanz bei Versorgungsaspekten / Themenaspekten zu bipolaren Störungen (Fortsetzung)

Versorgungsaspekt / Themenaspekt	**Beurteilung der DMP-Relevanz**			
	DMP-relevant	**potenziell DMP-relevant**	**Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz**	**IQWiG-Kennzeichnung**
Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen	-	2	-	-
Rehabilitation bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen	-	1	-	X[a]
Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen	1	15	-	X[a]
Kooperation der Versorgungssektoren bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen	-	2	-	-

a: Das „X“ bedeutet, dass für einige der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt / Themenaspekt keine DMP-Relevanz festgestellt wurde, diese aber dennoch „gute klinsiche Praxis“ darstellen. Die IQWiG-Kennzeichnungn wurden jedoch nicht für alle, als nicht DMP-relevant beurteilten Empfehlungen vergeben. Diese weiterhin nicht DMP-relevanten Empfehlungen sind nicht Gegenstand dieser Tabelle. Sie finden sich in der Synthese der Empfehlungen im Abschnitt A3.4.

-: Es liegen keine Angaben vor

4.5.3.1 Früherkennung bipolarer Störungen bei Erwachsenen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Früherkennung.

2 Leitlinien raten davon ab, die Diagnose einer bipolaren Störung im hausärztlichen Setting allein auf Basis von Fragebögen und psychometrischen Tests zu stellen. Dabei empfiehlt eine der beiden Leitlinien, bei positivem Screening zur Diagnosesicherung einen Facharzt hinzuzuziehen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.2 Früherkennung bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur Früherkennung.

Die Leitlinie empfiehlt eine Überweisung an eine fachpsychiatrische Einrichtung bei Verdacht auf eine bipolare Störung. Weiterhin rät die Leitlinie davon ab, die Diagnose einer bipolaren Störung auf Basis von psychometrischen Tests im hausärztlichen Setting zu stellen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.3 Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Diagnostik.

Symptomatik und Diagnosestellung

3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Symptomatik und Diagnosestellung.

2 Leitlinien empfehlen eine Prüfung, ob eine bestehende depressive Episode auftritt, insbesondere bei Vorliegen von Risikofaktoren für die Entwicklung einer Hypomanie oder Manie. Dabei empfiehlt eine dieser Leitlinien, nach Episoden von Überaktivität und enthemmtem Verhalten zu fragen (Empfehlungen DMP-relevant). 2 Leitlinien empfehlen eine Überweisung an einen Facharzt bei Verdacht auf eine bipolare Störung im Rahmen einer hausärztlichen Untersuchung. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt eine Überweisung insbesondere bei dringendem Verdacht auf eine Manie, schwere bipolare Depression oder Gefahr für eine Fremd- oder Eigengefährdung (Empfehlungen potenziell DMP-relevant). 2 Leitlinien empfehlen eine umfassende psychiatrische Untersuchung und nennen spezifische Aspekte, die erfasst werden sollten (Empfehlungen DMP-relevant). Darüber hinaus empfiehlt eine Leitlinie eine zusätzliche Fremdanamnese durch Angehörige oder Bezugspersonen (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Differenzialdiagnostik

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Differenzialdiagnostik.

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass die Möglichkeit einer Differenzialdiagnose wie z. B. Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit oder Hyperthyreoidismus in Betracht gezogen werden sollte (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Suizidalität, Fremd- und Eigengefährdung

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Diagnostik von Suizidalität sowie Beurteilung einer Fremd- und Eigengefährdung.

2 Leitlinien empfehlen, Suizidalität bei jedem Patientenkontakt einzuschätzen sowie das Vorliegen einer Psychose oder anderer Gefährdungsbereiche zu prüfen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für die Beurteilung des Suizidrisikos vor dem Hintergrund der Anamnese früherer Suizidalität sowie vorhandener sozialer Unterstützung und Selbstkompetenz (Empfehlungen DMP-relevant). 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur gemeinsamen Beurteilung des Risikos für weitere Gefährdungsbereiche, wie selbstschädigendes oder vernachlässigendes Verhalten, Selbstmordgedanken oder -absichten, Gefährdung Dritter, gefährdender Fahrstil, verschwenderisches Verhalten, finanzielle oder sexuelle Ausbeutung Dritter, Beziehungsabbrüche sowie Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Diagnostik bei Komorbiditäten

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Diagnostik.

Diese 3 Leitlinien beinhalten Empfehlungen zur Diagnosestellung komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen bei Vorliegen einer bipolaren Störung beziehungsweise Verdacht auf eine bipolare Störung (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.4 Diagnostik bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur Diagnose.

Die Leitlinie empfiehlt eine umfassende psychiatrische Untersuchung unter Einbeziehung der Eltern oder betreuenden Personen und unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und des sozialen Funktionsniveaus (Empfehlung potenziell DMP-relevant). Die Stellung der Diagnose sollte erst nach längerer Verlaufsbeobachtung durch auf psychische Gesundheit spezialisierte Fachpersonen (health professionals) oder ein multidisziplinäres Team in Zusammenarbeit mit den Eltern oder betreuenden Personen erfolgen (Empfehlung potenziell DMP-relevant). Die Leitlinie empfiehlt, konkrete Kriterien zur Diagnosestellung zu berücksichtigen (Empfehlung potenziell DMP-relevant). Dabei rät die Leitlinie von einer Diagnosestellung auf der Basis einer depressiven Episode und von bekannten bipolaren Störungen in der Familienanamnese ab, empfiehlt aber eine weitere Beobachtung dieser Patienten (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.3.5 Therapieziele bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zu Behandlungszielen.

2 Leitlinien geben Empfehlungen für die gemeinsam mit dem Patienten sowie gegebenenfalls Angehörigen zu definierenden Behandlungsziele (Empfehlungen DMP-relevant). Dabei gibt eine Leitlinie eine Empfehlung für die Beobachtung der Zielerreichung im Verlauf der Erkrankung und gegebenenfalls Anpassung der Ziele (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6 Therapeutische Maßnahmen

4.5.3.6.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

Insgesamt 4 Leitlinien geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung.

Allgemeine Empfehlungen

3 von 4 Leitlinien geben allgemeine Empfehlungen zur Behandlung.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme, insbesondere bei Patienten mit einer schweren Symptomatik oder kürzlich stationären Aufenthalten (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Eine weitere Leitlinie gibt eine Empfehlung zu Voraussetzungen für eine adäquate Diagnostik und Behandlung, wie vollständiges Angebot an medikamentösen, psychotherapeutischen, psychosozialen und berufs- und ausbildungsbezogenen Interventionen sowie Behandlung und Betreuung in einer offenen und optimistischen Atmosphäre. Die Leitlinie empfiehlt ebenso die Förderung einer optimistischen Einstellung hinsichtlich des Genesungsprozesses sowie die Entwicklung einer unterstützenden und einfühlsamen therapeutischen Beziehung in der Zusammenarbeit mit den Patienten. Ebenso werden die Entwicklung und Förderung einer nachhaltigen Beziehung zwischen behandelndem Arzt und Patienten sowie betreuenden Personen bei einer weiterführenden Betreuung stabiler Patienten in der hausärztlichen Versorgung empfohlen. Zusätzlich gibt die Leitlinie eine Empfehlung für die Unterstützung des Patienten bei der Umsetzung des Behandlungsplans durch den Hausarzt im Rahmen einer weiterführenden Betreuung stabiler Patienten in der hausärztlichen Versorgung sowie zur Befolgung des in der fachärztlichen Betreuung entwickelten Krisenplans und wenn notwendig zur Kontaktaufnahme mit dem Facharzt. Die Leitlinie empfiehlt, eine Reizreduzierung und eine beruhigende Umgebung für Patienten mit einer manischen oder hypomanischen Episode zu gewährleisten. Weiterhin sollten die Patienten darin bestärkt werden, in einer manischen oder hypomanischen Episode den Kontakt zu den Behandlern aufrechtzuerhalten. Die Leitlinie empfiehlt zudem, Patienten mit einer Lernbehinderung die gleichen Interventionen anzubieten wie anderen Patienten mit einer bipolaren Störung. Auch Patienten mit Rapid Cycling sollen die gleichen Interventionen angeboten werden wie Patienten mit anderen Formen einer bipolaren Störung (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung

2 von 4 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapieplanung und partizipativen Entscheidungsfindung.

Beide Leitlinien geben Empfehlungen für die gemeinsam mit den Patienten sowie gegebenenfalls Angehörigen zu definierenden Behandlungsziele (Empfehlungen DMP-relevant). Dabei empfiehlt eine Leitlinie die Beobachtung der Zielerreichung im Verlauf der Erkrankung und gegebenenfalls eine Anpassung der Ziele (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Beide Leitlinien geben Empfehlungen für die gemeinsame Besprechung und Entscheidung über mögliche Behandlungsstrategien, einschließlich der Auswahl der medikamentösen Behandlung mit den Patienten und, bei Zustimmung der Patienten, mit den Angehörigen und der betreuenden Person (Empfehlungen DMP-relevant). Eine der Leitlinien empfiehlt, bei Zustimmung der Patienten die betreuende Person in Entscheidungsprozesse einzubinden. Weiterhin soll gemeinsam mit den Patienten ein Behandlungsplan vereinbart, der Behandlungsplan an die Patienten und ihren Hausarzt weitergegeben sowie Patienten ermutigt werden, ihre Bezugspersonen über diesen Plan zu informieren. Die Leitlinie gibt zudem die Empfehlung, den Patienten zu raten, während eines stabilen psychischen Zustandes und möglichst gemeinsam mit einer Bezugsperson bereits im Vorfeld Behandlungsvereinbarungen zu treffen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, bei Gestaltung der Akutbehandlung einer Episode eine gegebenenfalls notwendige Phasenprophylaxe zu berücksichtigen und die Gesamtanamnese sowie Risikofaktoren beziehungsweise prädiktive Faktoren für den weiteren Verlauf zu beachten (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für regelmäßige Überprüfungen einer medikamentösen Behandlung und für das Absetzen von Wirkstoffen, die nach einer akuten Episode nicht mehr notwendig sind. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin, einen Krisenplan gemeinsam mit den Patienten und, wenn möglich einer Bezugsperson, zu entwickeln, der u. a. das Erkennen früher Warnzeichen und Symptome eines Rückfalls sowie Informationen über die zu kontaktierenden Personen bei Vorliegen einer akuten Krisensituation enthält. Der Krisenplan sollte den Patienten und ihrem Hausarzt zur Verfügung gestellt und die Patienten ermutigt werden, ihre Bezugspersonen über diesen Plan zu informieren (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen

3 von 4 Leitlinien geben Empfehlungen zur Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen für eine adäquate, intensive und wiederholte Aufklärung der Patienten und gegebenenfalls ihrer Betreuer und Angehörigen zu Beginn und im Verlauf einer Pharmakotherapie zur Akutbehandlung oder als Langzeittherapie sowie

generell zum langfristigen Management der Erkrankung. Wichtige Aspekte sind hierbei u. a. die Erläuterung der Ziele und Inhalte einer Akuttherapie und einer Phasenprophylaxe sowie der angestrebten Behandlungsdauer und Häufigkeit von Kontrolluntersuchungen und die Erörterung von Bedenken gegenüber den Wirkstoffen (Empfehlungen DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für die Aufklärung der Patienten mit manischen oder hypomanischen und akuten depressiven Episoden sowie gegebenenfalls der Angehörigen und betreuenden Personen über frühe Anzeichen eines Rückfalls, insbesondere nach Absetzen einer medikamentösen Behandlung, sowie gegebenenfalls anzuwendende Maßnahmen. Darüber hinaus empfiehlt eine der beiden Leitlinien, die individuelle Anamnese, einschließlich Schwere und Häufigkeit akuter Episoden, das Ansprechen auf Therapien in der Vergangenheit, die Symptomatik zwischen einzelnen akuten Episoden sowie krisenauslösende Faktoren und frühe Warnzeichen eines Rückfalls und Strategien für das Selbstmanagement mit dem Patienten zu erörtern. Bei der Information und Aufklärung von Patienten sollte laut der Leitlinie, wenn notwendig, die Unterstützung durch die betreuende Person angeboten werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für die Unterstützung von Patienten und Angehörigen sowie anderen Bezugspersonen durch leicht verständliche Ratgeber, Selbsthilfemanuale, Schulungsprogramme und / oder Selbsthilfegruppen. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt, zusätzlich Personen, die in die Betreuung von Patienten mit bipolaren Störungen eingebunden sind, Informationsmaterial, Schulungsprogramme und unterstützende Maßnahmen anzubieten (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, den betreuenden Personen eine psychologische Beratung hinsichtlich der eigenen Bedürfnisse sowie Stärken und Perspektiven anzubieten sowie einen Plan über durchzuführende Maßnahmen entsprechend den identifizierten Bedürfnissen zu entwickeln. Der Plan sollte einmal pro Jahr überprüft werden. Darüber hinaus sollten betreuende Personen über ihr Recht auf eine formale Begutachtung der betreuenden Tätigkeiten und entsprechende Möglichkeiten informiert werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, die Art und Weise, wie Informationen über den Behandlungsverlauf weitergegeben werden sollen, frühzeitig mit dem Patienten und seinem Betreuer zu besprechen. Dabei sollte u. a. auf die notwendige Weitergabe von Risiken hingewiesen und ein interdisziplinärer Ansatz gefördert werden. Des Weiteren wird von der Leitlinie eine regelmäßige Prüfung der Weitergabe von Informationen, insbesondere bei einer schwierigen Zusammenarbeit zwischen Patient und Betreuer, empfohlen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt die Empfehlung, die Patienten über eine mögliche Beeinträchtigung der therapeutischen Wirkung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung durch Alkoholkonsum, Rauchen, die Einnahme weiterer verschreibungspflichtiger und nicht verschreibungspflichtiger Medikamente sowie durch den Konsum illegaler Drogen

aufzuklären. Laut dieser Leitlinie sollten mit den Patienten Nutzen und Risiken psychotherapeutischer Interventionen zur Behandlung einer depressiven Episode sowie seine Präferenzen erörtert werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen, den Patienten zu Beginn einer Langzeittherapie sowie fortlaufend während der Behandlung über mögliche Risiken und Nutzen der Wirkstoffe zu informieren (Empfehlungen DMP-relevant). Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Besprechung und Dokumentation verschiedener Aspekte vor Beginn einer Langzeittherapie mit einem Antipsychotikum, wie z. B. für die Patienten tolerierbare Nebenwirkungen und Gründe für Dosierungen abweichend von den empfohlenen Dosismengen. Des Weiteren sollte mit den Patienten erörtert werden, ob die bestehende Therapie fortgeführt wird oder gegebenenfalls ein Wechsel zu einer Therapie mit Lithium erfolgen soll. Dabei sollten die Patienten darüber informiert werden, dass Lithium der effektivste Wirkstoff für eine Langzeittherapie ist. Zusätzlich empfiehlt die Leitlinie, den Patienten über die Einnahme von Lithium bei Beginn einer Langzeittherapie ausführlich aufzuklären, und es sollte dem Patienten dazu geraten werden, bei Auftreten von Durchfall oder Erbrechen oder einer anderen akuten Erkrankung umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen. Des Weiteren sollte dem Patienten die Wichtigkeit eines ausgeglichenen Flüssigkeitshaushaltes sowie die Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft nahegelegt werden. Laut der Leitlinie ist Patienten bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium ausdrücklich von der Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika abzuraten und eine generelle Verschreibung nichtsteroidaler Antirheumatika bei Patienten mit bipolaren Störungen zu vermeiden. Darüber hinaus gibt die Leitlinie die Empfehlung, Patienten über das erhöhte Risiko eines Rückfalls bei mangelnder Adhärenz gegenüber einer Lithiumtherapie oder einem schnellen Absetzen des Wirkstoffs zu informieren (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt, Patienten über das Erkennen von Anzeichen einer Blut- oder Lebererkrankung bei Beginn einer Langzeittherapie mit Valproat zu informieren und die Patienten gegebenenfalls anzuweisen, umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen. Zudem empfiehlt die Leitlinie, Patienten bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lamotrigin über das Aufsuchen ärztlicher Hilfe bei Auftreten von Hautausschlag sowie über eine Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft zu beraten. Weiterhin gibt die Leitlinie eine Empfehlung, Patienten über frühe Warnzeichen eines Rückfalls zu informieren, wenn eine medikamentöse Langzeittherapie gestoppt wird und mit den Patienten zu klären, was bei einem Wiederauftreten von Symptomen zu tun ist (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Von einer Leitlinie wird empfohlen, im Falle des Einverständnisses der Patienten Angehörige bei der Planung einer elektrokonvulsiven Therapie hinzuzuziehen und einen gemeinsamen Konsens anzustreben (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Psychosoziale Unterstützung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen

Lediglich eine von 4 Leitlinien gibt Empfehlungen zur psychosozialen Unterstützung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen.

Die Leitlinie gibt eine Empfehlung für das Gespräch mit den Patienten und den betreuenden Personen über die Erteilung einer entsprechenden dauerhaften Vollmacht bei Vorliegen finanzieller Probleme. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin, Angehörige und Bezugspersonen, bei denen ein Gefährdungsrisiko durch Patienten besteht, zu identifizieren und die Notwendigkeit von Maßnahmen zum Schutz und zur Sicherheit dieser Personen zu prüfen sowie adäquate psychologische und soziale Unterstützung anzubieten (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Notwendige Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung

3 von 4 Leitlinien geben Empfehlungen zu notwendigen Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung.

2 Leitlinien geben Empfehlungen für zu bestimmende Parameter vor Beginn einer Psychopharmakotherapie, wie Differenzialblutbild, Elektrolyte, Leberenzyme, Nüchternglukosespiegel, Serum-Kreatinin, Blutdruck und Puls, Körpergewicht und Körpergröße, Schwangerschaftstest bei Frauen im gebärfähigen Alter und EKG (Empfehlungen DMP-relevant). Die beiden Leitlinien geben zusätzlich Empfehlungen für zu bestimmende Parameter vor Beginn einer Therapie mit Antipsychotika, wie Gewicht oder BMI, Blutdruck und Puls, Nüchternglukosespiegel, HbA1c-Wert sowie Blutlipide (Cholesterin gesamt, LDL-Cholesterin, Triglyzeride). Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen für zu bestimmende Parameter vor Beginn einer Therapie mit Lithium, wie Gewicht oder BMI, Harnstoff, großes Blutbild, Schilddrüsenwerte (TSH, T3, T4), Schilddrüsen-Sonografie, Kreatinin-Clearance / glomeruläre Filtrationsrate, Elektrolyte (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt die Durchführung eines EKGs zu Beginn einer Langzeittherapie mit Antipsychotika oder Lithium insbesondere bei Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung oder eines erhöhten Risikos für eine solche Erkrankung (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für ein großes Blutbild sowie die Messung von Leberfunktionswerten vor Beginn einer Therapie mit Valproat (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Erhebung eines großen Blutbildes sowie von Harnstoff, Elektrolyte und Leberfunktionswerten vor Beginn einer Therapie mit Lamotrigin (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Patienten mit Komorbiditäten

3 von 4 Leitlinien geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie.

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Berücksichtigung vorliegender psychischer oder somatischer Komorbiditäten bei der Therapieplanung und dem therapeutischen Vorgehen und zur entsprechenden Anpassung des therapeutischen Vorgehens. Eine der Leitlinien empfiehlt, mögliche Arzneimittelwechselwirkungen bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität zu beachten (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Ältere Patienten

3 von 4 Leitlinien geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen für das Angebot gleicher Interventionen wie für jüngere Erwachsene. Zudem empfiehlt die Leitlinie Faktoren wie z. B. das Vorliegen von Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bei der medikamentösen Behandlung sowie die Anpassung der Wirkstoffdosis im Alter zu berücksichtigen. Dosierungen sind dementsprechend anzupassen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Lediglich eine Leitlinie gibt Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung.

Die Leitlinie gibt eine Empfehlung zu Voraussetzungen für eine adäquate Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen, wie z. B. Einbeziehung Angehöriger und familienbezogene Interventionen, Zugang zur medikamentösen Behandlung sowie schul- und ausbildungsbezogene Maßnahmen. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin die Förderung einer optimistischen Einstellung hinsichtlich des Genesungsprozesses sowie die Entwicklung einer unterstützenden und einfühlsamen therapeutischen Beziehung in der Zusammenarbeit mit Kindern und Jugendlichen. Ebenso empfiehlt die Leitlinie die Berücksichtigung und Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten, der emotionalen Reife, des Entwicklungsstandes, der Fähigkeit zur Einwilligung in eine Therapie sowie der Schwere der Erkrankung und des Risikos für eine Fremd- oder Eigengefährdung bei der Planung einer Therapie für Jugendliche (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.3 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Erwachsenen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Psychoedukation und spezifische Psychotherapie

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Durchführung psychoedukativer sowie spezifischer psychotherapeutischer Maßnahmen.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur Durchführung einer Psychoedukation als strukturierte Gruppenintervention (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Alle 3 Leitlinien empfehlen psychotherapeutische Interventionen mit hoher Intensität bei Vorliegen einer akuten bipolaren Depression, wie z. B. eine kognitive Verhaltenstherapie, familienfokussierte Therapie oder interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, unter Berücksichtigung von Nutzen und Risiken sowie der Patientenpräferenzen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt die Empfehlung, mögliche Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder Verschlechterung der depressiven Symptome bei der Durchführung einer Psychotherapie zu beobachten und gegebenenfalls einen Facharzt hinzuzuziehen. Zudem empfiehlt die Leitlinie die Schulung der behandelnden psychologischen Psychotherapeuten in der Primär- und Sekundärversorgung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Patienten (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

2 von 3 Leitlinien geben Empfehlungen zu nichtmedikamentösen somatischen Therapieverfahren.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für Kriterien, die den Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie als primäre Therapie bedingen können, wie z. B. psychotische Symptome, Katatonie und hohes Suizidrisiko (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen und Selbsthilfe

2 von 3 Leitlinien geben Empfehlungen zu nichtmedikamentösen adjuvanten Verfahren und zu Maßnahmen im Rahmen der Selbsthilfe.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen für die Nutzung von Selbsthilfegruppen als Element zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs und für die professionelle Unterstützung von Selbsthilfegruppen, beispielsweise durch Ermutigung von Betroffenen zum Besuch dieser Gruppen, Bereitstellung von Räumlichkeiten und bewusst gestaltete Übergänge von professionellen zu Selbsthilfegruppen. Beide Leitlinien empfehlen, Angehörige von Beginn der Behandlung und über alle Phasen hinweg einzubeziehen und familienbezogene unterstützende Maßnahmen bereitzustellen. Zudem empfiehlt eine Leitlinie Schulungsprogramme und unterstützende Maßnahmen für Personen, die in die Betreuung von Patienten mit bipolaren Störungen eingebunden sind (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Beide Leitlinien geben Empfehlungen für unterstützende Therapieverfahren, wie z. B. Entspannungs-, Bewegungstraining oder Musik- / Tanztherapie. Insbesondere bei der Einnahme von Antipsychotika und einer Langzeitmedikation wird ein kombiniertes Ernährungs- und Bewegungsprogramm empfohlen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.4 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Lediglich eine von 3 Leitlinien gibt eine Empfehlung zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie empfiehlt bei Jugendlichen mit einer bipolaren Depression eine Psychotherapie über einen Zeitraum von 3 Monaten (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.5 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase)

4.5.3.6.5.1 Bipolare Störungen bei Erwachsenen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Akuttherapie der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode.

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Berücksichtigung von Faktoren, wie Präferenz des Patienten und Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, bei der Wahl des Wirkstoffs zur Behandlung einer Manie oder gemischten Episode. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt die Gabe eines Antipsychotikums bei Patienten, die unter einer Therapie mit einem Antidepressivum eine Manie oder Hypomanie entwickeln (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 von 3 Leitlinien empfehlen Aripiprazol und Ziprasidon und alle 3 Leitlinien Quetiapin, Risperidon und Olanzapin als Monotherapie zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie. Des Weiteren werden zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie Carbamazepin, Lithium und Valproat als Monotherapie von 2 Leitlinien empfohlen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Zur Behandlung von gemischten Episoden empfehlen 2 Leitlinien Aripiprazol als Monotherapie. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt außerdem Olanzapin, Risperidon oder Ziprasidon zur Behandlung von gemischten Episoden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

3 Leitlinien geben Empfehlungen für den Einsatz von Haloperidol zur Behandlung der akuten Manie oder einer gemischten Episode, insbesondere als Kurzzeittherapie oder in Notfallsituationen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Therapie gemischter Episoden entsprechend den Empfehlungen zur Therapie der Manie, unter engmaschigem Monitoring hinsichtlich der Entwicklung einer bipolaren Depression (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen Carbamazepin als Monotherapie zur Behandlung der gemischten Episode. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt Valproat als Monotherapie zur Behandlung der gemischten Episode (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant). 2 Leitlinien raten ausdrücklich von einer Therapie mit Lamotrigin zur Behandlung einer manischen oder gemischten Episode ab (alle Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zu einer Überprüfung des Lithiumspiegels zur Optimierung der Therapie bei Vorliegen einer (Hypo-)Manie und einer bereits bestehenden Therapie mit Lithium. Des Weiteren wird in einer Leitlinie von Topiramat und Gabapentin für die Behandlung einer manischen oder gemischten Episode abgeraten (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Behandlung der akuten bipolaren Depression

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung der akuten bipolaren Depression.

Eine Leitlinie rät von dem Einsatz trizyklischer Antidepressiva zur Monotherapie oder Augmentation einer bipolaren Depression ab. Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar. Eine weitere Leitlinie empfiehlt, individuelle Aspekte, wie z. B. Patientenpräferenzen und das Risiko für das Umschlagen in eine manische oder gemischte Episode, wenn eine Therapie mit einem trizyklischen Antidepressivum in Erwägung gezogen wird, zu berücksichtigen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen für den Einsatz von Quetiapin als Monotherapie in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression sowie als Alternative zu einer kombinierten Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin in Abhängigkeit von Patientenpräferenzen und Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit (Empfehlungen DMP-relevant). 2 Leitlinien raten von dem regelhaften Einsatz von Aripiprazol in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression ab. Als Ausnahme wird ein gutes Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik genannt. Ebenso rät eine Leitlinie von dem Einsatz von Gabapentin zur Behandlung einer bipolaren Depression ab. Auch hier stellt die Ausnahme ein gutes Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar. Zudem empfiehlt die Leitlinie eine Überprüfung des Serumspiegels und Steigerung der Dosis bei einer bereits bestehenden Therapie mit Lithium (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.5.2 Bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Lediglich eine von 3 Leitlinien gibt Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen und Vorliegen einer manischen Episode.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Nutzung von speziell pharmakologischen Verzeichnissen und Literatur bei der Modifikation einer medikamentösen Behandlung von Kindern mit einer Manie. Die Leitlinie empfiehlt, erhöhte Risiken beim Auftreten von Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung von Kindern mit einer Manie zu beachten. Darüber hinaus rät die Leitlinie von einer Therapie mit einem Antipsychotikum bei

Kindern mit einer manischen Episode über einen Zeitraum von mehr als 12 Wochen ab. Ebenso rät die Leitlinie von einer Therapie mit Valproat bei Mädchen beziehungsweise jungen Frauen mit einer manischen Episode im gebärfähigen Alter ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.6 Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zu Kombinationsbehandlungen und zur zusätzlichen Medikation.

Behandlung der akuten bipolaren Depression

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zu Kombinationsbehandlungen und zur zusätzlichen Medikation.

2 Leitlinien empfehlen zur Behandlung einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode eine kombinierte Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin als Alternative zu der alleinigen Gabe von Quetiapin in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und des Ansprechens auf eine Therapie in der Vergangenheit. Dabei weist eine Leitlinie darauf hin, die Kombination Olanzapin / Fluoxetin aufgrund ihrer Nebenwirkungen nur als Therapie der 2. Wahl einzusetzen. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt zur Ergänzung einer bestehenden Lithium-basierten Phasenprophylaxe, bei einem auf die Maximaldosis erhöhten Lithiumspiegels, eine kombinierte Therapie aus Fluoxetin und Olanzapin oder alternativ eine Ergänzung mit Quetiapin zur Behandlung einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Bei fehlendem Ansprechen sollte die ergänzende Therapie beendet werden. Ebenso gibt die Leitlinie Empfehlungen zur Ergänzung einer bestehenden Valproat-basierten Phasenprophylaxe, bei fehlendem Ansprechen auf eine Optimierung der Dosierung, mit einer kombinierten Therapie aus Fluoxetin und Olanzapin oder alternativ eine Ergänzung mit Quetiapin zur Behandlung einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Bei fehlendem Ansprechen sollte die ergänzende Therapie beendet werden. Dabei sollen mögliche Wechselwirkungen zwischen Valproat und Fluoxetin, Lamotrigin und Olanzapin beachtet werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Negativempfehlung zum Einsatz von Gabapentin und trizyklischen Antidepressiva im Rahmen der Behandlung einer akuten depressiven Episode. Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diese Wirkstoffe in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder eine Verschlechterung der Symptomatik dar (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.7 Therapie bei speziellen Patientengruppen

4.5.3.6.7.1 Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei bipolaren Störungen

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Berücksichtigung des Vorliegens einer Komorbidität, wenn eine Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum in Erwägung gezogen wird (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.7.2 Ältere Patienten mit bipolaren Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Berücksichtigung von Faktoren wie z. B. veränderte Pharmakokinetik, Pharmakodynamik, Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bei der medikamentösen Behandlung einer bipolaren Störung im Alter. Dosierungen sind laut der Leitlinie entsprechend anzupassen. Des Weiteren empfiehlt die Leitlinie, negative Auswirkungen auf die kognitive Funktion und Mobilität bei Einsatz anticholinerg wirksamer Substanzen zu berücksichtigen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.7.3 Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie bipolarer Störungen in der Peripartalzeit.

Nichtmedikamentöse Behandlung

2 von 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für eine spezifische Psychotherapie zusätzlich zur medikamentösen Behandlung bei schwangeren oder stillenden Patientinnen mit einer depressiven oder manischen Episode (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Medikamentöse Behandlung

2 von 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Berücksichtigung unerwünschter Wirkungen von trizyklischen Antidepressiva zur Behandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Beide Leitlinien raten von einer Neuverordnung von Paroxetin in der Schwangerschaft ab. Eine der beiden Leitlinien rät zusätzlich von einer Neuverordnung von Fluoxetin in der Schwangerschaft und von einer Kombination aus Valproat und Carbamazepin bei Schwangeren aufgrund des gesteigerten teratogenen Risikos ab. Die Leitlinie empfiehlt Quetiapin zur Behandlung einer Depression und einer Manie sowie zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.7.4 Rapid Cycling

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie von Rapid Cycling.

Eine Leitlinie empfiehlt, Patienten mit Rapid Cycling und Patienten mit anderen Formen einer bipolaren Störung grundsätzlich gleich zu behandeln (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.8 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr.

2 Leitlinien empfehlen, das Suizidrisiko vor dem Hintergrund der Anamnese früherer Suizidalität sowie vorhandener sozialer Unterstützung und Selbstkompetenz zu beurteilen (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für eine intensivierte Betreuung von suizidgefährdeten Patienten. Weiterhin empfiehlt die Leitlinie eine Psychotherapie bei suizidgefährdeten Patienten, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert. Dabei kann eine tragfähige therapeutische Beziehung per se suizidpräventiv wirken (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen eine elektrokonvulsive Therapie bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen depressiven Episode oder akuten Suizidalität, die nicht anders beherrschbar ist. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt eine elektrokonvulsive Therapie bei Vorliegen psychotischer Symptome und positivem Ansprechen auf eine elektrokonvulsive Therapie in der Vergangenheit (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Berücksichtigung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses und der Toxizität bei Überdosierung der Medikation suizidaler Patienten sowie gegebenenfalls zur Verordnung kleiner Packungsgrößen im ambulanten Bereich (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt den Einsatz von Lithium in der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten Patienten (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen zu Fällen, in denen eine Überweisung an einen Facharzt oder eine fachspezifische Einrichtung beziehungsweise psychiatrische Klinik bei Patienten mit einer manischen oder depressiven Episode erfolgen sollte. Weiterhin empfiehlt eine der beiden Leitlinien eine stationäre Einweisung bei medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch, intensivem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, Fortbestehen der akuten Suizidalität trotz initialer Behandlung, fehlender tragfähiger Beziehung sowie bei einem Suizidversuch in der Vorgeschichte (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.9 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Nur eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr.

Die Leitlinie empfiehlt die Überprüfung der Behandlung sowie Entwicklung eines Krisenplans bei vorliegendem Risiko für eine Eigengefährdung oder Vorliegen einer anderen Krisensituation (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.10 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle sowie zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie, zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Therapiedauer und Verlaufskontrolle

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für mindestens jährliche Kontrollen der Behandlung, einschließlich der Medikation, und häufigere Kontrollen, sofern Bedenken vonseiten des Behandlers bestehen bei Patienten, die im hausärztlichen Setting betreut werden. 2 Leitlinien geben Empfehlungen für grundsätzlich zu erhebende Aspekte im Rahmen der Verlaufskontrolle während einer Psychopharmakotherapie, wie z. B. Risiken und Nebenwirkungen der Medikation, Vorliegen von Suizidalität oder Fremdgefährdung, Auftreten psychotischer Merkmale, Adhärenz gegenüber der medikamentösen Behandlung und das psychosoziale Funktionsvermögen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Alle 3 Leitlinien empfehlen eine regelmäßige Messung des Wirkstoffspiegels bei einer Therapie mit Lithium. 2 Leitlinien empfehlen die Messung des Lithiumspiegels im ersten Jahr alle 3 Monate und anschließend alle 6 Monate. Bei bestimmten Patienten sind häufigere Messungen des Lithiumspiegels angezeigt, wie bei Patienten mit Risiko für eine Beeinträchtigung der Nieren- oder Schilddrüsenfunktion, bei Patienten mit einer Verschlechterung der Nierenfunktion oder mit mangelnder Adhärenz. Des Weiteren geben 2 Leitlinien Empfehlungen für die regelmäßige Überprüfung der Elektrolyte sowie der Nieren- und Schilddrüsenfunktion bei einer Therapie mit Lithium. Häufigere Kontrollen sowie gegebenenfalls die Ermittlung des Maßes der Nierenschädigung sind bei Hinweisen auf eine gestörte Nieren- oder Schilddrüsenfunktion erforderlich. Eine der Leitlinien empfiehlt zudem, Patienten mit einer Lithiumtherapie hinsichtlich des Auftretens neurotoxischer Nebenwirkungen, wie Parästhesien, Ataxie, Tremor, zu kontrollieren und kognitive Beeinträchtigungen bei jedem Kontrollbesuch zu untersuchen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für eine regelmäßige Messung des Wirkstoffspiegels bei einer Therapie mit Carbamazepin (Empfehlungen DMP-relevant).

Alle 3 Leitlinien empfehlen die Messung der Serumkonzentration von Valproat. Dabei rät eine Leitlinie von einer routinemäßigen Erhebung ab, außer bei Hinweisen auf eine mangelnde Wirksamkeit, unzureichende Adhärenz oder Toxizität. Es handelt sich um inhaltlich inkonsistente Aussagen (Vorschlag zur weiteren Überprüfung der DMP-Relevanz).

Eine Leitlinie gibt eine Negativempfehlung für eine routinemäßige Messung der Serumkonzentration von Lamotrigin, außer bei Hinweisen auf eine mangelnde Wirksamkeit, unzureichende Adhärenz oder Toxizität (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für regelmäßige Gewichtskontrollen beziehungsweise eine Kontrolle des BMI bei einer Behandlung mit Lithium oder Valproat (Empfehlungen DMP-relevant). Bei einer Behandlung mit atypischen Antipsychotika empfehlen alle 3 Leitlinien regelmäßige Gewichtskontrollen beziehungsweise eine Kontrolle des BMI (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie empfiehlt mindestens einmal pro Jahr eine Untersuchung des physischen Gesundheitszustandes von Patienten mit einer bipolaren Störung, wobei insbesondere auf das Vorliegen kardiovaskulärer und respiratorischer Erkrankungen geachtet und Patienten mit Bluthochdruck, erhöhten Blutlipiden, Übergewicht und Diabetes sowie Risiken für Übergewicht und Diabetes identifiziert werden sollten. Eine Leitlinie empfiehlt weiterhin eine jährliche Erhebung eines großen Blutbildes und die Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Leber sowie der Elektrolyte bei einer Therapie mit Valproat (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen für regelmäßige Kontrollen der Blutzucker- und Blutlipidwerte bei einer Therapie mit (atypischen) Antipsychotika (Empfehlungen DMP-relevant). 2 der 3 Leitlinien empfehlen zudem die Kontrolle von Puls und Blutdruck bei Anpassungen der Dosierung von Antipsychotika. Eine Leitlinie gibt die Empfehlung, das Therapieansprechen, Nebenwirkungen und Auswirkungen auf das körperliche Befinden sowie die Entstehung von Bewegungseinschränkungen und die Adhärenz bei einer Therapie mit Antipsychotika regelmäßig zu überprüfen. Bei relevanten Blutwerten außerhalb des Normbereichs empfiehlt die Leitlinie weitere Untersuchungen und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen. Ebenso soll laut einer anderen Leitlinie das mögliche Auftreten extrapyramidal-motorischer Symptome bei einer Behandlung mit Antipsychotika beachtet werden. Generell empfiehlt eine Leitlinie, regelmäßige Kontrollen hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit von Antipsychotika für wenigstens 12 Wochen im fachärztlichen Setting und danach durch den Hausarzt durchzuführen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen, gemeinsam mit dem Patienten und gegebenenfalls einer Bezugsperson etwa 4 Wochen nach Beginn einer Therapie zur Behandlung einer akuten

manischen oder depressiven Episode zu beurteilen, ob eine Response vorliegt und ob gegebenenfalls die Therapie fortgeführt werden soll oder ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt bei der Entscheidung für eine Fortführung der Therapie einer akuten manischen oder depressiven Episode. die Therapie für weitere 3 bis 6 Monate durchzuführen und anschließend erneut zu überprüfen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Grundsätzlich sollte die Therapie einer gemischten Episode entsprechend den Empfehlungen zur Therapie der Manie unter einer engmaschigen Kontrolle hinsichtlich der Entwicklung einer bipolaren Depression erfolgen. Dabei sollten bei der Durchführung einer Psychotherapie mögliche Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder eine Verschlechterung der depressiven Symptome beobachtet und gegebenenfalls sollte ein Facharzt hinzugezogen werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur weiteren regelmäßigen Kontrolle möglicher Symptome für eine bipolare Störung und des psychischen Gesundheitszustandes nach vollständiger Remission beziehungsweise nach endgültigem Absetzen einer medikamentösen Behandlung. Dies kann laut einer Leitlinie im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erfolgen. Eine der beiden Leitlinien empfiehlt weiterhin die Überwachung des Patienten hinsichtlich des Auftretens früher Anzeichen eines Rückfalls während des Absetzens einer Langzeittherapie. Bei Absetzen einer Lithiumtherapie sollten engmaschige Kontrollen für eine Dauer von 3 Monaten nach Beendigung der Behandlung erfolgen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie.

Eine Leitlinie empfiehlt die Verordnung eines alternativen Antipsychotikums bei unzureichender Wirksamkeit oder Unverträglichkeit eines Antipsychotikums zur Behandlung einer akuten Manie oder Hypomanie unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Präferenz des Patienten, Komorbiditäten und Nebenwirkungen. Eine weitere Leitlinie gibt eine Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung mit Lithium oder Valproat und einem atypischen Neuroleptikum, wie Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon bei Vorliegen einer (Hypo-)Manie und Nichtansprechen auf eine Monotherapie. Zudem empfiehlt eine Leitlinie zur Behandlung einer bipolaren Depression eine Ergänzung mit Fluoxetin kombiniert mit Olanzapin oder alternativ eine Ergänzung mit Quetiapin bei einer bereits bestehenden Therapie mit Valproat und fehlendem Ansprechen auf eine Optimierung der Dosierung. Bei fehlendem Ansprechen auf eine Monotherapie mit Lamotrigin gibt eine Leitlinie die Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung mit Lithium und Lamotrigin (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Lithium oder Valproat die ergänzende Medikation zur Behandlung einer bipolaren Depression bei

Nichtansprechen auf eine zusätzliche Therapie mit Quetiapin oder eine kombinierte Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin abzusetzen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie

Alle 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe sowie zur Langzeittherapie.

Eine Leitlinie empfiehlt einen strukturierten Ansatz für die weiterführende Therapie in der Erhaltungsphase (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen, den Patienten zu Beginn einer Langzeittherapie sowie fortlaufend während der Behandlung über mögliche Risiken und Nutzen der Wirkstoffe zu informieren (Empfehlungen DMP-relevant).

Von einer Leitlinie wird die Weiterführung einer Therapie nach einer manischen Episode für wenigstens 6 Monate empfohlen. Die Leitlinie empfiehlt weiterhin, Patienten zu einer lebenslangen phasenprophylaktischen Therapie, insbesondere bei Vorliegen mehrerer manischer oder depressiver Episoden oder einer manischen und einer depressiven Episode in der Anamnese, zu ermutigen (alle Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen, Wirkstoffe für die Erhaltungstherapie und zur Rezidiv- / Phasenprophylaxe, die in den vergangenen Akutphasen wirksam waren, einzusetzen (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

3 Leitlinien geben Empfehlungen für Lithium zur Phasenprophylaxe und Langzeittherapie bipolarer Störungen, auch bei Vorliegen eines hohen Suizidrisikos (Empfehlungen DMP-relevant). Eine der 3 Leitlinien empfiehlt, eine Therapie mit Lithium oder Valproat nicht im hausärztlichen Setting zu beginnen, außer im Rahmen eines integrativen Versorgungsansatzes, insbesondere bei Patienten, die vorher noch keine Therapie mit Lithium erhalten haben. Eine weitere Leitlinie gibt eine Empfehlung für die Ergänzung der medikamentösen Behandlung mit einer weiteren Substanz bei erneutem Auftreten manischer, hypomanischer oder depressiver Symptome, die jedoch nicht die Kriterien für ein Rezidiv erfüllen. Eine Leitlinie rät von dem Einsatz von Gabapentin und Topiramat in der Langzeittherapie einer bipolaren Störung ab. Ebenso rät die Leitlinie von der gleichzeitigen Gabe mehrerer Antipsychotika zur Langzeittherapie ab. Lediglich für einen kurzen Zeitraum kann eine kombinierte Therapie in Betracht kommen (alle Empfehlungen potenziell relevant).

Laut einer Leitlinie sollte mit den Patienten erörtert werden, ob eine bestehende Therapie fortgeführt werden oder gegebenenfalls ein Wechsel zu einer Therapie mit Lithium erfolgen soll. Dabei sollten die Patienten darüber informiert werden, dass Lithium der effektivste Wirkstoff für eine Langzeittherapie ist. Bei der Überlegung, eine Lithiumtherapie fortzuführen empfiehlt die Leitlinie, Risikofaktoren wie eine eingeschränkte Nierenfunktion und kardiovaskuläre Erkrankung zu berücksichtigen und gegebenenfalls einen Facharzt zu

konsultieren. Weiterhin empfiehlt die Leitlinie die Messung von Serumkonzentrationen eine Woche nach Beginn der Therapie und jeweils eine Woche nach Dosisanpassungen bis Erreichen eines stabilen Wirkspiegels bei einem Beginn einer Therapie mit Lithium. Laut der Leitlinie sollte bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium den Patienten bei Auftreten von Durchfall oder Erbrechen oder einer anderen akuten Erkrankung geraten werden, ärztliche Hilfe aufzusuchen, für einen ausgeglichenen Flüssigkeitshaushalt zu sorgen sowie bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft den behandelnden Arzt zu kontaktieren. Die Leitlinie rät zudem von einer Verordnung und Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika bei einer Therapie mit Lithium ab. Bei der Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika sollte der Lithiumspiegel regelmäßig, bis ein stabiler Wirkspiegel erreicht ist, und im Folgenden alle 3 Monate kontrolliert werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Weiterhin empfiehlt die Leitlinie die Durchführung einer Langzeittherapie mit einem Antipsychotikum als individuellen Heilversuch, falls keine Zulassung besteht, sowie die Besprechung und Dokumentation verschiedener Aspekte vor Beginn einer Therapie, wie z. B. für den Patienten tolerierbare Nebenwirkungen und Gründe für Dosierungen abweichend von den empfohlenen Dosismengen. Es wird von der Leitlinie empfohlen, die Dosierung eines Antipsychotikums zu Beginn einer Therapie entsprechend der Phase und Schwere der Erkrankung anzupassen. Dabei sollte die in etablierten pharmakologischen Verzeichnissen angegebene Maximaldosis von Antipsychotika nicht überschritten werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung, bei Beginn einer Langzeittherapie mit Valproat den Patienten über das Erkennen von Anzeichen einer Blut- oder Lebererkrankung zu informieren und anzuhalten, gegebenenfalls umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen. Bei der Verordnung von Valproat sollten Interaktionen von Valproat mit anderen Antikonvulsiva (insbesondere Carbamazepin und Lamotrigin), Olanzapin sowie mit Nikotin beachtet werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Ebenso empfiehlt die Leitlinie, die Patienten anzuhalten, bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lamotrigin bei Auftreten von Hautausschlag ärztliche Hilfe aufzusuchen sowie bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft den behandelnden Arzt zu kontaktieren (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien geben Empfehlungen für ein schrittweises Absetzen einer Langzeittherapie, wie z. B. einer Therapie mit Antipsychotika, Lithium, Valproat oder Lamotrigin, über einen Zeitraum von mindestens 2 bis 4 Wochen (Empfehlungen DMP-relevant).

Insbesondere bei Einnahme von Antipsychotika und einer Langzeitmedikation wird von einer der Leitlinien ein kombiniertes Ernährungs- und Bewegungsprogramm empfohlen (Empfehlung potenziell DMP-relevanz).

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung für eine speziell auf bipolare Störungen abgestimmte psychotherapeutische / psychoedukative Intervention zur Rezidivprophylaxe oder bei Vorliegen einer Restsymptomatik (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Alle 3 Leitlinien empfehlen eine ausführliche Gruppenpsychoedukation zur rezidivprophylaktischen Behandlung einer bipolaren Störung. 2 der 3 Leitlinien empfehlen eine kognitive Verhaltenstherapie zur rezidivprophylaktischen Behandlung von stabilen und weitgehend euthymen Patienten mit einer bipolaren Störung, zur Rezidivprophylaxe depressiver Episoden oder nach der Erholung von einer akuten manischen oder hypomanischen Episode. Weiterhin kann, laut einer Leitlinie, eine kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung bei Patienten mit einer bipolaren Depression, die eine Remission einer akuten manischen Episode erreicht und weniger als 12 akute depressive Episoden haben, erwogen werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.11 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei bipolaren Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle, Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe.

2 Leitlinien geben Empfehlungen für die Diagnostik und Berücksichtigung psychischer und somatischer Komorbiditäten wie z. B. Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.12 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit bipolaren Störungen

Insgesamt 3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Kontrolle unerwünschter Wirkungen im Rahmen einer medikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie gibt eine Empfehlung zur Kontrolle älterer Patienten hinsichtlich des Auftretens von Sedierung, Tremor und Gangunsicherheiten bei einer Therapie mit Valproat. Des Weiteren wird von der Leitlinie empfohlen, bei einer Langzeittherapie mit Lithium im ersten Jahr alle 3 Monate Plasmaspiegelkontrollen durchzuführen (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.13 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit

Insgesamt 2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Phasenprophylaxe und Langzeittherapie.

Eine Leitlinie empfiehlt, Quetiapin zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden in Betracht zu ziehen. Die Leitlinie rät von dem Einsatz von Valproat zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren aufgrund spezifischer Teratogenität und bei Stillenden ab. Darüber hinaus rät

die zweite Leitlinie von einer Verordnung von Valproat bei Frauen im gebärfähigen Alter ab (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.6.14 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Nur eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur Therapiedauer und zu Maßnahmen bei Nichtansprechen auf eine Therapie.

Die Leitlinie empfiehlt, eine psychotherapeutische Intervention zur Behandlung einer depressiven Episode über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten durchzuführen. Weiterhin empfiehlt die Leitlinie eine multidisziplinäre Fallevaluation bei Nichtansprechen auf eine kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonelle Psychotherapie (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.7 Rehabilitation bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Rehabilitation.

Beide Leitlinien geben Empfehlungen für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Integration, wie z. B. eine unterstützende Beschäftigung (supported Employment). Dabei empfiehlt eine Leitlinie, diese Maßnahmen sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting anzubieten (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.8 Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

3 Leitlinien geben Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

2 Leitlinien geben Empfehlungen zur Überweisung an einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise zum Hinzuziehen eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie durch den Hausarzt und andere Behandler bei positivem Screening auf eine bipolare Störung im Rahmen einer hausärztlichen Untersuchung, insbesondere bei dringendem Verdacht auf eine Manie oder schwere bipolare Depression oder Gefahr für eine Fremd- oder Eigengefährdung (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme, insbesondere bei Patienten mit einer schweren Symptomatik oder kürzlich stationären Aufenthalten (Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Eine weitere Leitlinie empfiehlt, dass ein gemeinsam mit den Patienten entwickelter Krisenplan Vereinbarungen zwischen behandelnden Ärzten und Therapeuten über das Vorgehen bei Erhöhung des Risikos für eine akute Krise sowie Informationen über die zu kontaktierenden Ärzte und Therapeuten bei Sorge über das Einsetzen einer Krise oder Vorliegen einer akuten Krisensituation enthält. Der Krisenplan sollte laut der Leitlinie den

Patienten und ihrem Hausarzt zur Verfügung gestellt werden (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

2 Leitlinien empfehlen eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik bei akuter Fremd- oder Eigengefährdung. Die beiden Leitlinien empfehlen weiterhin eine stationäre Einweisung bei medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch, intensivem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, Fortbestehen der akuten Suizidalität trotz initialer Behandlung und fehlender tragfähiger Beziehung sowie bei Suizidversuch in der Vorgeschichte (Empfehlungen DMP-relevant).

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen für die Durchführung regelmäßiger Untersuchungen des körperlichen Gesundheitszustandes nach einer Rücküberweisung aus dem fachärztlichen Setting und dafür, die Untersuchungsergebnisse an den koordinierenden Behandler und den Psychiater weiterzuleiten sowie behandelnden Therapeuten und Ärzten zur Verfügung zu stellen. Bei der Rücküberweisung eines stabilen Patienten mit einer bipolaren Störung an den Hausarzt empfiehlt die Leitlinie, eine Übergabe der Verantwortlichkeiten zu koordinieren und mit den Patienten einen Behandlungsplan abzustimmen, der Aspekte, wie Verantwortlichkeiten aller involvierten Professionen und Strategien für ein Krisenmanagement, enthält. Der Behandlungsplan sollte an den Patienten sowie den Hausarzt weitergegeben und der Patient ermutigt werden, den Plan zuvor mit seinem Hausarzt zu besprechen. Des Weiteren sollte der im fachärztlichen Setting entwickelte Krisenplan befolgt, der Facharzt, wenn notwendig, kontaktiert und die Behandlung, bei einer weiterführenden Betreuung stabiler Patienten in der hausärztlichen Versorgung, mindestens einmal im Jahr überprüft werden. Die Leitlinie empfiehlt eine Rücküberweisung von dem Hausarzt an den Facharzt in Situationen, wie unzureichendes Ansprechen auf die Therapie, Entwicklung nicht tolerierbarer und klinisch relevanter Arzneimittelnebenwirkungen oder Verdacht auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

Ebenso empfiehlt die Leitlinie regelmäßige Verlaufskontrollen durch den betreuenden Facharzt und das Behandlungsteam bei einer Langzeittherapie mit Antipsychotika mindestens für die ersten 12 Monate oder bis sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat (Empfehlung potenziell DMP-relevant).

Die Leitlinie empfiehlt eine klare Regelung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Haus- und Facharzt bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium. Zudem gibt die Leitlinie eine Empfehlung zur Berücksichtigung von Risikofaktoren wie eine eingeschränkte Nierenfunktion und kardiovaskuläre Erkrankung und gegebenenfalls Konsultierung eines Fachspezialisten bei der Überlegung, eine Lithiumtherapie fortzuführen. Treten Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder einer Verschlechterung der depressiven Symptome auf, sollte ein Facharzt für Psychiatrie zurate gezogen sowie an einen Facharzt bei der Entwicklung einer manischen oder schweren depressiven Episode im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung einer bipolaren Depression im Rahmen der hausärztlichen Versorgung überwiesen werden. Darüber hinaus empfiehlt die Leitlinie die Entwicklung und Nutzung von

Fallregistern zur Dokumentation und Kontrolle des psychischen und physischen Gesundheitszustandes von Patienten mit einer bipolaren Störung, die im Rahmen der hausärztlichen Versorgung betreut werden (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

4.5.3.9 Kooperation der Versorgungssektoren bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Nur eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Die Leitlinie gibt Empfehlungen für die Überweisung an einen Facharzt bei Verdacht auf eine bipolare Störung. Die Leitlinie gibt weiterhin eine Empfehlung für eine multidisziplinäre Fallevaluation bei unzureichendem Ansprechen auf eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine interpersonelle Therapie nach 4 bis 6 Wochen bei Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung (alle Empfehlungen potenziell DMP-relevant).

5 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Aussagen der Leitlinien ohne Empfehlungscharakter

Mehrere Leitlinien enthalten Definitionen zu verschiedenen Formen affektiver Störungen. Da es sich bei den Definitionen um keine Empfehlungen handelt, wurden sie in der Synthese nicht als für eine DMP-Richtlinie relevante Aspekte eingestuft.

Weiterhin enthalten 5 Leitlinien (DGBS 2014, DGKJP 2013, KPCI 2012, NVL 2015, VADoD 2010) teilweise ohne Angaben eines GoR neben expliziten Empfehlungen sogenannte Statements. Darüber hinaus finden sich in mehreren Leitlinien Aussagen, die formal als Empfehlungen gekennzeichnet sind, aber keinen Empfehlungscharakter besitzen, wie z. B. Aussagen zur Epidemiologie oder zur Evidenzlage. Diese wurden als Statements oder Evidenzaussagen eingestuft und in der Synthese dargestellt, nicht aber zur Beurteilung relevanter Aspekte für ein DMP Depressionen herangezogen.

Übertragbarkeit internationaler Leitlinien

Die Einstufung affektiver Störungen in den eingeschlossenen englischsprachigen Leitlinien basiert auf dem DSM, wohingegen die deutschen Leitlinien auf den ICD-10 zurückgreifen.

Da im deutschen Gesundheitssystem der ICD-10 angewandt wird und es sich bei der Zielsetzung des Berichts um die Identifikation von relevanten Empfehlungen für ein DMP Depressionen im deutschen Versorgungskontext handelt, orientiert sich die Darstellung in der Synthese an der Einteilung und den Begrifflichkeiten des ICD-10. Obwohl sich die beiden Klassifikationssysteme in einigen Punkten unterscheiden, erscheint für die Zielsetzung des Berichts und den Detaillierungsgrad der Synthese eine Übertragung der DSM-Kategorien in die Kategorien des ICD-10 unproblematisch.

Die in den Bericht eingeschlossenen internationalen Leitlinien richten sich zum Teil an spezielle Einrichtungen und Angebote im Rahmen der Versorgung von Patienten mit unipolaren Depressionen oder bipolaren Störungen. Diese existieren zumindest bislang in Deutschland gar nicht oder nur vereinzelt und sind auf die Struktur des deutschen Gesundheitssystems nur eingeschränkt übertragbar. Die entsprechenden Empfehlungen wurden in der Synthese in der Regel dennoch vor dem Hintergrund der in Deutschland bestehenden Versorgungsstrukturen und unter Verwendung allgemeiner Begrifflichkeiten (z. B. „fachpsychiatrische Einrichtung“) dargestellt.

Inhaltlich inkonsistente Aussagen

Inhaltlich inkonsistente Aussagen wurden zu den 5 folgenden Aspekten identifiziert:

- Der (repetitiven) transkraniellen Magnetstimulation,
- dem Einsatz von Johanniskraut zur Behandlung einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode (unipolare depressive Störung),
- der Monotherapie mit Lithium zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression,

- den Messungen des Medikamentenspiegels während einer Therapie mit Valproat zur Behandlung bipolarer Störungen,
- der Monotherapie mit Quetiapin in der Langzeitbehandlung und Phasenprophylaxe bipolarer Störungen.

Inhaltliche Inkonsistenzen können generell, vor allem bei unterschiedlicher Aktualität der Leitlinien, dadurch entstehen, dass sich die Evidenzgrundlage für die Empfehlungen in den einzelnen Leitlinien unterscheidet. Des Weiteren kann die vorliegende Evidenz grundsätzlich unterschiedlich gewertet und interpretiert werden. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass in unterschiedlichem Maße Nutzen-Schaden-Abwägungen und Faktoren wie Versorgungssituation, Anwendbarkeit, ökonomische Aspekte etc. in die Empfehlungen einfließen können.

Einschätzung der Eignung des Themas „Depressionen“ für ein DMP

Trennung unipolare depressive und bipolare Störungen

In die Untersuchung wurden gemäß dem Auftrag des G-BA spezifisch für Depressionen entwickelte Leitlinien eingeschlossen. Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, bilden daher Patienten mit depressiven Erkrankungen die Zielpopulation der Leitliniensynopse. Dies umfasst unipolare depressive Störungen wie die depressive Episode / rezidivierende depressive Störung sowie die Dysthymie und chronische Depression. Weiterhin umfassen depressive Erkrankungen Depressionen in der Peripartalzeit, die bipolaren Störungen einschließlich der Zyklothymie sowie organisch affektive Störungen. Die vorgenommene Trennung der unipolaren und bipolaren Störungen erfolgte aus praktischen Gründen, da insbesondere die bipolare Störung sich in einigen grundsätzlichen Punkten von unipolaren Depressionen deutlich unterscheidet.

Auch die Leitlinie NVL zur unipolaren Depression weist darauf hin, dass die bipolaren Störungen von der unipolaren Depression abzugrenzen sind und ein eigenes Krankheitsbild darstellen [6]. Entsprechend der ICD-10-Klassifikation sind die unipolaren depressiven Störungen und die bipolaren Störungen auf syndromaler Ebene voneinander abzugrenzen [6].

Deswegen ist zu hinterfragen, ob ein DMP Depressionen spezifiziert werden müsste, um eine Abgrenzung der beiden Krankheitsbilder unipolare depressive Störungen und bipolare Störungen zu gewährleisten.

Berücksichtigung der Schweregrade depressiver Episoden

Eine Klassifikation depressiver Episoden kann anhand des Schweregrads auf Basis des ICD-10 vorgenommen werden. Dabei wird zwischen leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden unterschieden. Der Schweregrad orientiert sich dabei an der Anzahl der zutreffenden Haupt- und Zusatzsymptome [6]. Differenzialdiagnostische Maßnahmen sollten daher für eine klare Abgrenzung der Schweregrade depressiver Episoden zum Einsatz kommen. Entsprechend dem vorliegenden Schweregrad werden die therapeutischen Maßnahmen ausgerichtet. So können bei Patienten mit leichten bis mittelschweren

depressiven Episoden aktiv-abwartende oder Maßnahmen mit niedriger Intensität ausreichend sein, während bei Patienten mit schweren depressiven Episoden oftmals eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie notwendig ist [6,20]. Die Mehrheit der in diesem Bericht dargestellten Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen bezieht sich auf die schweren depressiven Episoden.

Die Einschreibung in ein DMP Depressionen kann aufgrund der hohen Prävalenz und Inzidenz möglicherweise mit gesellschaftlichen Folgen und für die Betroffenen mit leichten oder mittelschweren Depressionen selbst mit Barrieren (z. B. Angst vor Stigmatisierung) verbunden sein. Daher ist zu diskutieren, ob sich ein DMP Depressionen ausschließlich auf Patienten mit schweren depressiven Episoden fokussieren sollte.

DMP-Relevanz der Empfehlungen zu unipolaren und bipolaren depressiven Störungen

Die Analyse der aus den eingeschlossenen Leitlinien extrahierten Empfehlungen hat gezeigt, dass es nur wenige DMP-relevante Aussagen gibt.

Von insgesamt 28 identifizierten Versorgungs- / Themenaspekten zu Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen wurde für 17 Versorgungs- / Themenaspekte eine DMP-Relevanz festgestellt:

- Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen,
- Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen,
  - Symptomatik und Diagnosestellung,
  - Berücksichtigung transkultureller Aspekte,
  - Suizidalität,
- Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen,
  - Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung,
  - Berücksichtigung transkultureller Aspekte,
  - Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen,
  - Patienten mit Komorbiditäten,
- Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen,
- nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bei Erwachsenen,
  - Psychotherapie,
- nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bei Kindern und Jugendlichen,
  - Psychotherapie,
- medikamentöse Behandlung bei Erwachsenen,
  - Antidepressiva,

- Therapie bei speziellen Patientengruppen,
  - Erwachsene mit psychischen Komorbiditäten,
  - ältere Patienten mit unipolaren depressiven Störungen,
- Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen,
- Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen,
  - Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe,
- Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen,
  - allgemeine Empfehlungen.

Von insgesamt 31 identifizierten Versorgungs- / Themenaspekten zu bipolaren Störungen bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen wurde für 12 Versorgungs- / Themenaspekte eine DMP-Relevanz festgestellt.

- Diagnostik bei Erwachsenen,
  - Symptomatik und Diagnosestellung,
  - Suizidalität, Fremd- und Eigengefährdung,
- Therapieziele bei Erwachsenen,
- Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen,
  - Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung,
  - Information und Aufklärung von Angehörigen,
  - notwendige Untersuchungen vor Beginn einer Therapie,
- medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bei Erwachsenen,
  - Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode
  - Behandlung der akuten bipolaren Depression,
- Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen,
- Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen,
  - Therapiedauer und Verlaufskontrolle,
  - Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie,
- Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen.

Auffallend ist, dass es wenige bis keine relevanten Empfehlungen für Kinder und Jugendliche sowohl bei unipolaren depressiven Störungen als auch bei bipolaren Störungen gibt. Weiterhin ließen sich auf Basis der Stärke der Leitlinienempfehlungen keine

Verfahren / Maßnahmen identifizieren, die gegenüber anderen bei der Behandlung von Patienten mit unipolaren depressiven und bipolaren Störungen zu bevorzugen wären.

Für die Mehrheit der Versorgungs- / Themenaspekte sowohl für unipolare depressive Störungen (22/28) als auch für bipolare Störungen (24/31) wurde für die Empfehlungen der Leitlinien eine potenzielle DMP-Relevanz festgestellt. Das lag primär daran, dass häufig nur eine Leitlinie zum jeweiligen Versorgungs- / Themenaspekt Empfehlungen mit hohem GoR angegeben hat oder sich mehrere Leitlinien (≥ 2 Leitlinien) mit uneinheitlichem GoR zu einem Versorgungs- / Themenaspekt äußern.

Ein weiterer Grund sind die in großem Umfang von den Leitlinien dargestellten Statements, auf die bereits im obigen Abschnitt „Aussagen der Leitlinien ohne Empfehlungscharakter“ verwiesen wurde. Die Statements wurden von den Leitlinienautoren dann angegeben, wenn eine nicht ausreichende Evidenzgrundlage vorlag. Dieses Ergebnis spiegelt eine unsichere bis schwache Evidenzlage zum Thema wider.

IQWiG-Kennzeichnungen

Aufgrund des methodischen Vorgehens wurde für einige Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien keine DMP-Relevanz festgestellt. Bei diesen Empfehlungen handelte es sich jedoch teilweise um Empfehlungen, die als gute klinische Praxis gelten.

Diese Empfehlungen wurden daher in der Synthese als „IQWiG-Kennzeichnung“ ausgewiesen.

Anmerkungen zum Leitlinienpool

Für den vorliegenden Bericht wurde die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) „unipolare Depression“ eingeschlossen, die im Rahmen der systematischen Internetrecherche im Zeitraum Juli 2015 und September 2015 identifiziert wurde. Es handelt sich dabei um Version 1, 2. Auflage von November 2015 (siehe A5.1). Aktuell liegt die Version 3, 2. Auflage von März 2016 vor. Da die aktuellste Version der Nationalen VersorgungsLeitlinie außerhalb des festgelegten Recherchezeitraums veröffentlicht wurde, konnte sie nicht bei der Bearbeitung des vorliegenden Vorberichts berücksichtigt werden. Für die Erstellung des Abschlussberichts wird die aktuellste Version der NVL entsprechend berücksichtigt.

6 Fazit

Auf Basis der Empfehlungsgrade oder alternativ der Evidenzgraduierungen der extrahierten Empfehlungen aus aktuellen evidenzbasierten Leitlinien konnten für ein DMP Depressionen, mit Ausnahme des Versorgungsaspekts Schulung der Versicherten, relevante und potenziell relevante Empfehlungen zu allen präspezifizierten Versorgungsaspekten identifiziert werden.

Zudem wurden Empfehlungen zu zusätzlichen Versorgungsaspekten / Themenaspekten identifiziert:

- Früherkennung,
- Grundsätze der Therapie und Therapieplanung,
- Kombinationsbehandlungen,
- Therapie spezieller Patientengruppen,
- Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr und
- Therapiedauer und Verlaufskontrolle.

Dabei handelte es sich unter anderem auch um Empfehlungen, in denen von der Anwendung einer Maßnahme abgeraten wird (Negativempfehlung).

Die fehlenden Inhalte zum Versorgungsaspekt Schulung der Versicherten lassen sich möglicherweise damit begründen, dass Schulungen häufig integrale Bestandteile psychotherapeutischer Maßnahmen bei der Behandlung von Patienten mit Depressionen sind und weniger als separates Angebot, wie beispielsweise bei somatischen Erkrankungen, gelten.

Details des Berichts

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Der G-BA hat mit Schreiben vom 26.08.2015 das IQWiG mit einer systematischen Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Depressionen beauftragt.

In die Bearbeitung des Projekts sind externe Sachverständige eingebunden.

Der vorläufige Berichtsplan in der Version 1.0 vom 31.08.2015 wurde am 07.09.2015 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 05.10.2015 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Die Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan ist auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Im Anschluss an die Anhörung wurde ein überarbeiteter Berichtsplan (Version 1.0 vom 11.12.2015) publiziert.

Bei dem vorliegenden Vorbericht handelt es sich um eine vorläufige Bewertung. Er wird zur Anhörung gestellt.

Im Anschluss an diese Anhörung wird der Abschlussbericht erstellt. Dieser Bericht wird an den G-BA übermittelt und 8 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

A1.2 Dokumentation der Änderungen im Projektverlauf

Berichtsplan im Vergleich zum vorläufigen Berichtsplan

- Neben redaktionellen Änderungen wurde im Kapitel Hintergrund und im Abschnitt A2.1.1.1 „Population“ die organisch affektive Störung ergänzt.
- In Abschnitt A2.1.2.3 „Selektion relevanter Leitlinien“ wurde der Satz „Die daraus resultierenden potenziell relevanten Leitlinien werden anschließend im Volltext von 2 Reviewern unabhängig voneinander auf ihre Relevanz bewertet“ folgendermaßen angepasst: „Anschließend prüfen 2 Reviewer im Volltext unabhängig voneinander, inwieweit die daraus resultierenden potenziell relevanten Leitlinien die im Abschnitt A2.1.1 genannten Ein- beziehungsweise Ausschlusskriterien erfüllen.“
- In Abschnitt A2.1.4 „Synthese der Empfehlungen“ wurden folgende Sätze ergänzt:
  - „Werden zu den Empfehlungen formal eindeutig gekennzeichnete Zusatzinformationen (z. B. in Form von Clinical Practice Points) gegeben, werden diese ebenfalls extrahiert und in der Synthese gegebenenfalls ergänzend dargestellt.“
  - „Sofern dies inhaltlich sachgerecht möglich ist, werden Einzelempfehlungen zu übergreifenden Themenaspekten gemeinsam dargestellt und hinsichtlich der DMP-Relevanz bewertet.“

- Der Satz „Bei allen möglicherweise DMP-relevanten Empfehlungen wird geprüft, ob dazu anderslautende IQWiG-Berichte existieren.“ wurde folgendermaßen angepasst: „Bei allen DMP-relevanten und potenziell DMP-relevanten Empfehlungen wird geprüft, ob dazu anderslautende IQWiG-Berichte existieren.“

- Der Satz „Bei DMP-relevanten Empfehlungen zu Arzneimitteln werden zudem der Zulassungsstatus sowie die indikationsspezifische Verordnungsfähigkeit in Deutschland überprüft.“ wurde folgendermaßen angepasst: „Bei allen DMP-relevanten und potenziell DMP-relevanten Empfehlungen zu Arzneimitteln werden zudem der Zulassungsstatus sowie die indikationsspezifische Verordnungsfähigkeit in Deutschland überprüft.“

Vorbericht im Vergleich zum Berichtsplan

- Im Kapitel Hintergrund wurde der Abschnitt „Betreffendes Krankheitsbild“ angepasst und um die chronische Depression im Abschnitt „Dysthymie“, die peripartale Depression und die Anpassungsstörungen beziehungsweise reaktive Depression ergänzt.
- Der Abschnitt A2.1.1.1 „Population“ wurde entsprechend um die chronische und peripartale Depression ergänzt.
- In Kapitel 3 „Methoden“ wurden folgende Abschnitte ergänzt beziehungsweise angepasst:
  - Das Titel- und Abstractscreening wurde von einem Reviewer durchgeführt und ein zweiter Reviewer überprüfte das Ergebnis. Die Volltextbewertung und Auswahl der einzuschließenden Leitlinien wurde von 2 Reviewern unabhängig voneinander durchgeführt.
  - Eine DMP-Relevanz wurde festgestellt, wenn von verschiedenen Leitlinien zu einem Themenaspekt inhaltlich konsistente Empfehlungen mit mehrheitlich hohem GoR oder alternativ mehrheitlich hohem LoE vorlagen.
  - Eine potenzielle DMP-Relevanz wurde für Empfehlungen festgestellt, die zu einem Themenaspekt inhaltlich konsistente Aussagen treffen, jedoch nur teilweise und nicht mehrheitlich mit einem hohen GoR oder alternativ hohen LoE versehen waren. Letzteres wird im Weiteren als uneinheitlicher GoR oder alternativ uneinheitlicher LoE bezeichnet. Außerdem wurde eine potenzielle DMP-Relevanz festgestellt, wenn nur eine Leitlinie zu einem Themenaspekt Empfehlungen gab und diese mit einem hohen GoR oder alternativ hohen LoE versehen waren.
  - Eine weitere Überprüfung der DMP-Relevanz wurde dann vorgeschlagen, wenn von verschiedenen Leitlinien zu einem Themenaspekt inhaltlich inkonsistente Empfehlungen vorlagen, die zumindest teilweise hohe GoR oder alternativ hohe LoE aufwiesen.
  - Keine Aussage zur DMP-Relevanz konnte gemacht werden, wenn zu einem Themenaspekt für die Mehrheit der Empfehlungen keine GoR und LoE angegeben waren oder sich diese nicht eindeutig den Empfehlungen zuordnen ließen.

  - Keine DMP-Relevanz wurde festgestellt, wenn zu einem Themenaspekt für mindestens die Hälfte der Empfehlungen ein GoR oder alternativ ein LoE angegeben ist, aber kein hoher GoR oder alternativ hoher LoE vergeben wurde.
  - Für alle (potenziell) DMP-relevanten Empfehlungen wurde geprüft, ob dazu anderslautende IQWiG-Berichte existieren. Zudem wurden im Fall von (potenziell) DMP-relevanten Empfehlungen zu einer medikamentösen Behandlung die indikationsspezifische Verordnungsfähigkeit und der Zulassungsstatus in Deutschland geprüft.

- In Kapitel 3 „Methoden“ wurde der Absatz zu den „IQWiG-Kennzeichnungen“ ergänzt.

A2 Details der Methoden

A2.1 Methodik gemäß Berichtsplan

A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung

A2.1.1.1 Population

Die Population stellen Patienten mit depressiven Erkrankungen dar. Dies umfasst die depressive Episode / rezidivierende depressive Störung, die bipolare affektive Störung, die Dysthymie, die Zyklothymie sowie organisch affektive Störungen.

A2.1.1.2 Versorgungsaspekte

Es werden spezifisch für Depressionen entwickelte Leitlinien eingeschlossen, die Empfehlungen zu mindestens einem der folgenden Versorgungsaspekte beinhalten:

- Diagnostik,
- Therapieziele,
- therapeutische Maßnahmen,
  - nichtmedikamentöse Behandlung und allgemeine Maßnahmen,
  - medikamentöse Behandlung,
- Monitoring,
- Rehabilitation,
- Kooperation der Versorgungssektoren,
- Schulungen der Versicherten.

A2.1.1.3 Übertragbarkeit

Es sollen Leitlinien recherchiert und ausgewählt werden, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Die Untersuchung bezieht sich daher auf Leitlinien aus Industrienationen, da davon ausgegangen wird, dass Empfehlungen aus den Leitlinien dieser Nationen am ehesten im deutschen Gesundheitswesen anwendbar sind. Zur Operationalisierung der Übertragbarkeit von Leitlinien auf das deutsche Gesundheitswesen wird die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) genutzt [27]. Der WHO-Bericht bildet insgesamt 5 Strata unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes eines Landes, der Mortalität sowie der Weltregion (Kapitel A9). Da Länder innerhalb eines Stratums am ehesten vergleichbar sind und Deutschland dem Stratum A zugeordnet ist, wird zur Operationalisierung der Übertragbarkeit das Stratum A des WHO-Berichts angewandt. Leitlinien dieses Stratums beziehungsweise deren Organisationen im Gesundheitswesen werden für den Bericht berücksichtigt.

A2.1.1.4 Empfehlungskennzeichnung

In den Bericht werden ausschließlich Leitlinien eingeschlossen, deren Empfehlungen formal eindeutig als Empfehlung gekennzeichnet sind.

Die formale Darstellung der Empfehlungen in Leitlinien wird unterschiedlich umgesetzt. Empfehlungen können beispielsweise durch Aufzählungszeichen, Nummerierungen, Umrahmungen, Überschriften oder Absätze vom Fließtext abgehoben werden. Ebenso ist es möglich, dass die Empfehlungen durch unterschiedliche Formatierungen (z. B. Kursivschrift oder Fettdruck) gekennzeichnet sind.

A2.1.1.5 Publikationszeitraum

Da die Gültigkeit von evidenzbasierten Leitlinien circa 5 Jahre beträgt [28,29], werden ausschließlich Leitlinien mit einem Publikationsdatum ab Januar 2010 eingeschlossen.

A2.1.1.6 Evidenzbasierung

Zur Beantwortung von Fragestellungen zum Versorgungsstandard werden evidenzbasierte Leitlinien herangezogen. Unter evidenzbasierten Leitlinien werden im vorliegenden Bericht Leitlinien verstanden, deren Empfehlungen auf einer systematischen Literaturrecherche beruhen, deren Empfehlungen grundsätzlich mit einer Evidenz- und / oder Empfehlungseinstufung (LoE und / oder GoR) versehen und deren Empfehlungen grundsätzlich direkt beziehungsweise indirekt mit den Referenzen der ihnen zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur verknüpft sind (modifiziert nach AGREE [30]). Eine indirekte Literaturverknüpfung mit einer Empfehlung liegt dann vor, wenn im Hintergrundtext zur Empfehlung zwar themenrelevante Literatur angegeben ist, diese sich aber der jeweiligen Empfehlung nicht eindeutig zuordnen lässt.

Die Evidenzbasierung einer Leitlinie setzt nicht voraus, dass jede in ihr enthaltene Einzelempfehlung mit einem hohen Evidenzlevel verknüpft ist. Auch systematisch und transparent erstellte und damit evidenzbasierte Leitlinien enthalten in der Regel Empfehlungen, die auf einer schwachen Evidenzgrundlage beruhen [31]. Von der methodischen Qualität einer Leitlinie lässt sich nicht notwendigerweise auf die inhaltliche Qualität einzelner Empfehlungen schließen [32].

A2.1.1.7 Tabellarische Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Die folgende Tabelle zeigt die Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Leitliniensynopse.

Tabelle 4: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	Die Leitlinie wurde spezifisch für Patienten mit depressiven Erkrankungen entwickelt.
E2	Die Leitlinie behandelt Empfehlungen zu mindestens einem der folgenden Versorgungsaspekte (siehe auch Abschnitt A2.1.1.2): ▪ Diagnostik ▪ Therapieziele ▪ therapeutische Maßnahmen ▪ Monitoring ▪ Rehabilitation ▪ Kooperation der Versorgungssektoren ▪ Schulungen der Versicherten
E3	Die Leitlinie gibt Empfehlungen für die Versorgung in Deutschland oder in einer anderen Industrienation (siehe auch Abschnitt A2.1.1.3).
E4	Die Empfehlungen sind aufgrund einer formalen Kennzeichnung eindeutig zu identifizieren (siehe auch Abschnitt A2.1.1.4).
E5	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E6	Es handelt sich um den Publikationstyp Leitlinie.
E7	Die Publikation erfolgte ab Januar 2010 (siehe auch Abschnitt A2.1.1.5).
E8	Die Leitlinie ist aktuell.
E9	Es handelt sich um eine Vollpublikation[a] der Leitlinie.
E10	Es handelt sich um eine evidenzbasierte Leitlinie (siehe auch Abschnitt A2.1.1.6).
Ausschlusskriterium	
A1	Es handelt sich um eine Mehrfachpublikation ohne Zusatzinformationen.
a: Unter Vollpublikation wird eine verfügbare, vollständige und finalisierte Leitlinie verstanden.	

A2.1.2 Informationsbeschaffung

A2.1.2.1 Leitlinienrecherche

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien erfolgt im Internet

- in Leitliniendatenbanken,
- bei fachübergreifenden Leitlinienanbietern,
- bei fachspezifischen Leitlinienanbietern.

A2.1.2.2 Weitere Suchquellen zur Identifikation von Leitlinien

Zusätzlich zur Suche bei Leitlinienanbietern im Internet sollen folgende Suchquellen zur Identifizierung themenspezifischer Leitlinien herangezogen werden:

- gegebenenfalls Informationen von Autoren einzelner Publikationen, zum Beispiel zur Frage nach nicht publizierten Teilaspekten,
- im Rahmen der Anhörung zum vorläufigen Berichtsplan und zum Vorbericht eingereichte Informationen.

A2.1.2.3 Selektion relevanter Leitlinien

Das Titel- und Abstractscreening bei Leitlinienanbietern im Internet wird von einem Reviewer durchgeführt; ein zweiter Reviewer überprüft das Screeningergebnis. Anschließend prüfen 2 Reviewer im Volltext unabhängig voneinander, inwieweit die daraus resultierenden potenziell relevanten Leitlinien die in Abschnitt A2.1.1 genannten Ein- beziehungsweise Ausschlusskriterien erfüllen.

Die im Rahmen der Anhörung zum vorläufigen Berichtsplan und zum Vorbericht gegebenenfalls eingereichten Informationen werden von einem Reviewer gesichtet. Sofern darin Leitlinien enthalten sind, bewertet er diese hinsichtlich ihrer Relevanz; ein zweiter Reviewer überprüft den gesamten Prozess inklusive der Bewertungen.

Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftreten, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden Reviewern aufgelöst.

A2.1.3 Methodische Qualität der Leitlinien

A2.1.3.1 AGREE-II-Bewertung

Die strukturierte methodische Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien erfolgt mithilfe des Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation(AGREE)-II-Instruments [33]. Es wurde von einem Netzwerk von Forschern und Gesundheitspolitikern entwickelt und validiert und ist international am weitesten verbreitet. Das AGREE-II-Instrument dient der Einschätzung der methodischen Qualität von Leitlinien. Es ist auf Leitlinien zu allen Krankheitsbildern anwendbar.

Insgesamt enthält das Instrument 23 Beurteilungskriterien. Diese Kriterien sind 6 Domänen zugeordnet, die jeweils eine separate Dimension methodologischer Leitlinienqualität beschreiben:

- Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck (Scope and Purpose)
- Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen (Stakeholder Involvement)
- Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung (Rigour of Development)
- Domäne 4: Klarheit und Gestaltung (Clarity and Presentation)
- Domäne 5: Anwendbarkeit (Applicability)
- Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit (Editorial Independence)

Jedes Beurteilungskriterium innerhalb der einzelnen Domänen wird auf einer 7-Punkte-Skala bewertet. Die Skala gibt an, inwieweit ein Kriterium in der zu bewertenden Leitlinie erfüllt ist.

Jede Leitlinienbewertung wird von 2 Reviewern unabhängig voneinander durchgeführt. Bei stark unterschiedlichen Einschätzungen (mehr als 2 Punkte auf der 7-Punkte-Skala) werden die Fragen diskutiert und so weit konsentiert, dass die Reviewer in ihren abschließenden Bewertungen höchstens 2 Punkte voneinander abweichen.

Die 6 AGREE-II-Domänen sind voneinander unabhängig. Zur besseren Vergleichbarkeit der Domänen sowie der Leitlinien untereinander erfolgt, wie im Instrument vorgegeben, eine Standardisierung durch die Darstellung der erreichten Gesamtpunktzahl als Anteil der maximal möglichen Punktzahl dieser Domäne (standardisierter Domänenwert) in Prozent:

$$\text{standardisierter Domänenwert} = \frac{\text{erreichte Punktzahl} - \text{minimale Punktzahl}}{\text{maximale Punktzahl} - \text{minimale Punktzahl}}$$

Die standardisierten Domänenwerte können einen Wert zwischen 0 % und 100 % erreichen. Werte nahe 0 % können als niedrige und Werte nahe 100 % als hohe methodische Qualität angesehen werden.

Abschließend erfolgt durch die beiden Reviewer entsprechend dem AGREE-II-Instrument eine Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinien unter Beachtung der vorab berechneten standardisierten Domänenwerte auf einer 7-Punkte-Skala. Dargestellt wird der Mittelwert der beiden Bewertungen.

Um zu verdeutlichen, wie die Qualität der Leitlinien in den einzelnen Domänen und in der Gesamtbewertung zueinander einzuordnen ist, wird innerhalb einer Domäne und für die Gesamtbewertung für jede Leitlinie zusätzlich ein Rang vergeben. Hierfür werden die standardisierten Domänenwerte beziehungsweise die Mittelwerte der Gesamtbewertungen der einzelnen Leitlinien der Größe nach sortiert und nummeriert, wobei der niedrigste Domänenwert beziehungsweise Mittelwert den Rang 1 bekommt. Bei gleichen Domänenwerten beziehungsweise Mittelwerten werden mittlere Ränge vergeben. Der niedrigste und der höchste Domänenwert beziehungsweise Mittelwert und Rang werden gekennzeichnet.

Die Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung sind kein Kriterium für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung. Mithilfe des AGREE-II-Instruments soll transparent dargestellt werden, ob und in welchen Domänen des Instruments die eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien besondere methodische Stärken oder Schwächen aufweisen.

A2.1.3.2 Umgang der Leitlinienautoren mit nicht oder nicht vollständig publizierten Daten

Im Bericht wird dargestellt, ob in den eingeschlossenen Leitlinien oder in einem Methodenreport zur Leitlinie der Umgang mit nicht oder nicht vollständig publizierten Daten von den Leitlinienautoren angesprochen wurde.

A2.1.4 Synthese der Empfehlungen

Für die Synthese werden die von den Leitlinienautoren formal gekennzeichneten Empfehlungen zu den in Abschnitt A2.1.1.2 genannten Versorgungsaspekten in Tabellen extrahiert. Finden sich in den Leitlinien Empfehlungen zu weiteren relevanten Versorgungsaspekten, werden diese ebenfalls extrahiert. Für jede extrahierte Empfehlung werden der dazugehörige GoR und LoE dargestellt, sofern diese in der Leitlinie oder in einem Leitlinienreport dokumentiert sind und der Empfehlung eindeutig zugeordnet werden können. Ebenso wird dokumentiert, wenn in den Leitlinien GoR, LoE oder Literatur angegeben sind, diese aber nicht eindeutig einer Empfehlung zugeordnet werden können. Werden zu den Empfehlungen formal eindeutig gekennzeichnete Zusatzinformationen (z. B. in Form von „Clinical Practice Points“) gegeben, werden diese ebenfalls extrahiert und in der Synthese gegebenenfalls ergänzend dargestellt.

Ergänzend zu den Empfehlungen werden die jeweiligen Definitionen des Erkrankungsbildes aus den eingeschlossenen Leitlinien extrahiert.

Anschließend erfolgt in einer strukturierten Informationssynthese eine inhaltliche Zusammenfassung der Leitlinienempfehlungen und der Definitionen des Erkrankungsbildes. Sofern dies inhaltlich sachgerecht möglich ist, werden Einzelempfehlungen zu übergreifenden Themenaspekten gemeinsam dargestellt und hinsichtlich der DMP-Relevanz bewertet. Empfehlungen, die für ein DMP Depressionen relevant sind, werden besonders gekennzeichnet. Bei der Feststellung der DMP-Relevanz wird berücksichtigt, dass in den Anforderungen an die DMP vorwiegend Eckpunkte für die Diagnose und Therapie einer Erkrankung festgelegt werden, während Leitlinien oftmals einen deutlich höheren Detaillierungsgrad aufweisen. In der Leitliniensynopse wird regelhaft auf die Leitlinienempfehlungen hingewiesen, die aufgrund ihres hohen Detaillierungsgrads nicht für die Feststellung einer DMP-Relevanz herangezogen werden.

Zur Feststellung der Relevanz der Empfehlung für ein DMP wird der GoR herangezogen. Wird zur Empfehlung nur ein LoE angegeben, wird dieser alternativ zur Feststellung der DMP-Relevanz verwendet. Dabei werden Empfehlungen mit hohem und niedrigem GoR oder alternativ hohem und niedrigem LoE unterschieden. Ein hoher GoR liegt dann vor, wenn er der Empfehlungsstärke A (hoch) aus dem Verfahren der NVL entspricht [34]. Alle anderen von den Leitlinienautoren zugewiesenen GoR werden der Kategorie „niedriger GoR“ zugeordnet. Ein von den Leitlinienautoren zugewiesener LoE wird als hoch eingestuft, wenn der LoE mindestens auf einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) beruht. Dies

entspricht den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung [35]. Alle weiteren von den Leitlinienautoren zugewiesenen LoE werden der Kategorie „niedriger LoE“ zugeordnet.

Anhand der folgenden Kriterien werden Aussagen zur DMP-Relevanz gemacht:

- 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.
- Eine potenzielle DMP-Relevanz wird bei Empfehlungen zu einem Themenaspekt festgestellt, wenn diese in verschiedenen Leitlinien inhaltlich konsistent, aber nur teilweise (≤ 50 %) mit einem hohen GoR oder alternativ einem hohen LoE hinterlegt sind. Dies gilt auch bei Empfehlungen zu Aspekten, die nur in einer Leitlinie dargelegt und mit einem hohen GoR oder alternativ einem hohen LoE versehen sind.
- Eine weitere Überprüfung der DMP-Relevanz wird vorgeschlagen, wenn von verschiedenen Leitlinien inhaltlich inkonsistente Empfehlungen zu einem Themenaspekt gegeben werden, die mindestens zu 50 % mit einem GoR oder alternativ mit einem LoE versehen sind und von denen mindestens einer Empfehlung ein hoher GoR oder alternativ LoE zugewiesen wurde.
- Keine Aussage zur DMP-Relevanz kann gemacht werden, wenn zu einem Themenaspekt für die Mehrheit (> 50 %) der Empfehlungen kein GoR und LoE angegeben ist oder sich diese nicht eindeutig den Empfehlungen zuordnen lassen.
- Keine DMP-Relevanz wird bei Empfehlungen zu einem Themenaspekt festgestellt, wenn für mindestens die Hälfte (≥ 50 %) der Empfehlungen ein GoR oder alternativ ein LoE angegeben ist, aber kein hoher GoR oder alternativ LoE vergeben wurde.

Bei allen DMP-relevanten und potenziell DMP-relevanten Empfehlungen wird geprüft, ob dazu anderslautende IQWiG-Berichte existieren. Für diese Prüfung werden nur diejenigen IQWiG-Berichte herangezogen, deren finale Version ab Januar 2010 veröffentlicht wurde. Entsprechende IQWiG-Berichte werden dann bei der abschließenden Feststellung der DMP-Relevanz berücksichtigt.

Bei allen DMP-relevanten und potenziell DMP-relevanten Empfehlungen zu Arzneimitteln werden zudem der Zulassungsstatus sowie die indikationsspezifische Verordnungsfähigkeit in Deutschland überprüft. Bei Diskrepanzen zwischen Leitlinienempfehlungen zu Arzneimitteln und dem deutschen Zulassungsstatus sowie der indikationsspezifischen Verordnungsfähigkeit werden diese abschließend in der Synthese dargestellt.

A2.2 Spezifizierungen und Änderungen der Methodik

Spezifizierungen der Methoden im Vergleich zum Berichtsplan

Es wurden keine Spezifizierungen der Methoden durchgeführt.

Änderungen der Methoden im Vergleich zum Berichtsplan

Es wurden keine Änderungen der Methoden durchgeführt.

A3 Details der Ergebnisse

A3.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

A3.1.1 Ergebnisse der Recherche in Leitliniendatenbanken und bei Leitlinienanbietern

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der systematischen Recherche nach themenspezifischen Leitlinien im Internet und des Literaturscreenings gemäß den Kriterien zum Leitlinien-einschluss. Die Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter befindet sich in Abschnitt A6.2. Nach Prüfung der allgemeinen und methodischen Einschlusskriterien konnten 14 für den Bericht relevante Leitlinien identifiziert werden.

Die Internetrecherche nach Leitlinien auf 68 Websites wurde zwischen Juli 2015 und September 2015 durchgeführt.

Im Abschnitt A5.2 findet sich eine Liste der im Volltext gesichteten, aber ausgeschlossenen Dokumente unter Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes.

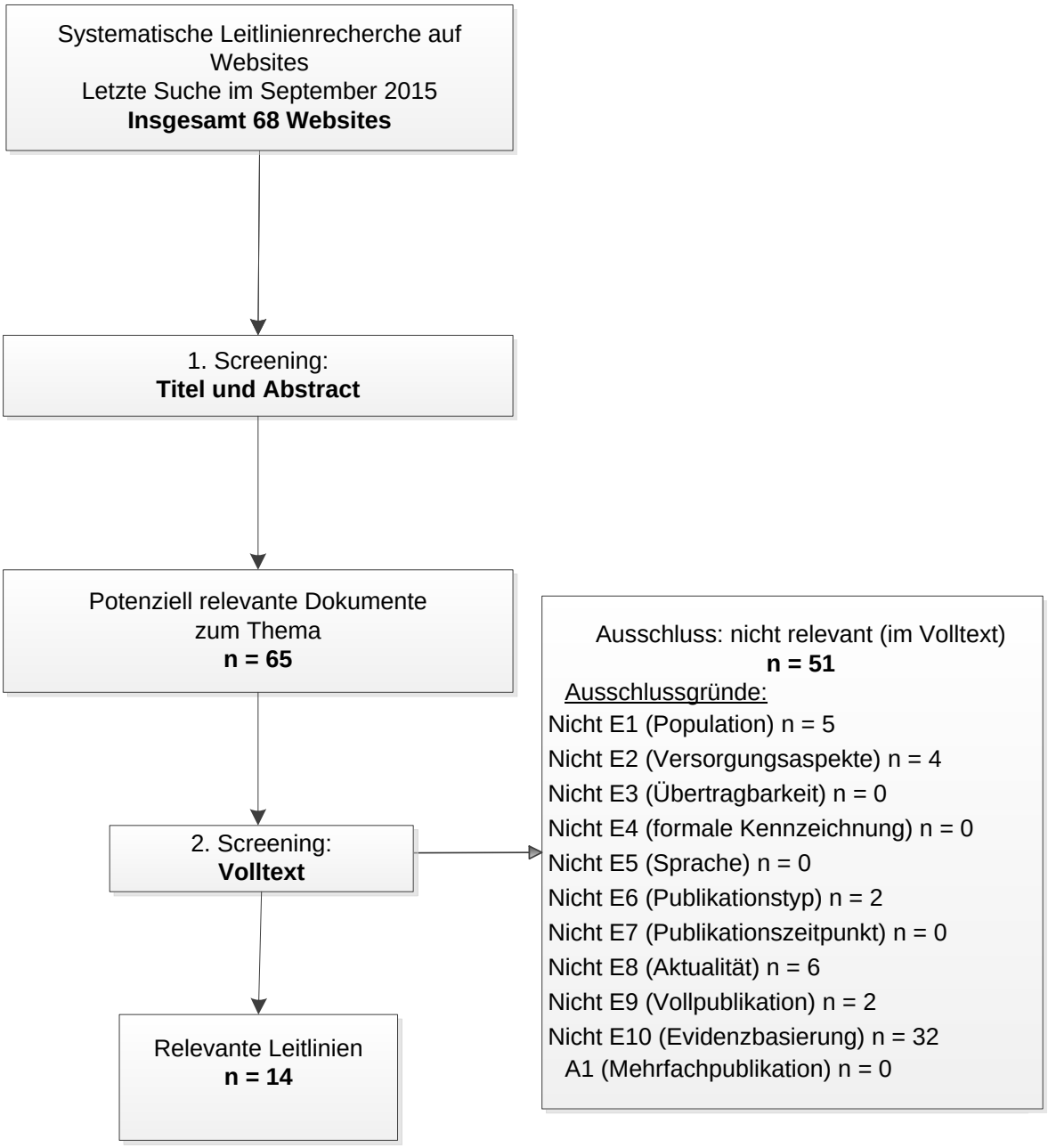

Abbildung 1: Ergebnis der Leitlinienrecherche und des Leitlinienscreenings

A3.1.2 Weitere Leitlinien

A3.1.2.1 Zusätzliche Informationen zu relevanten Leitlinien aus Autorenanfragen

Für die vorliegende Bewertung wurden für 2 Leitlinien Autorenanfragen versendet. Eine Übersicht zu den Autorenanfragen befindet sich in Tabelle 5. Die Informationen aus den eingegangenen Antworten sind in die Bewertung eingeflossen.

Tabelle 5: Übersicht zu Autorenanfragen

Leitlinie	Inhalt der Anfrage	Antwort eingegangen	Inhalt der Antwort
DGKJP 2013	▪ In der Leitlinie werden zusätzlich zu den Empfehlungen Sondervoten dargestellt ohne Informationen, wie diese generiert wurden beziehungsweise ob sie mit den formal gekennzeichneten Empfehlungen gleichzusetzen sind.	ja	▪ Bei den Sondervoten handelt es sich um abweichende Formulierungen zu den in der Konsensuskonferenz beschlossenen gültigen Empfehlungen. Auf Wunsch der in der Leitlinie aufgeführten Fachgesellschaften wurden die Sondervoten zusätzlich veröffentlicht.
DGKJP 2013	▪ In der Leitlinie werden eine Empfehlung von Psychotherapie bei leichter und mittelgradiger Depression beziehungsweise eine Empfehlung einer Kombinationsbehandlung für schwere depressive Episoden genannt, die inhaltlich inkonsistent erscheinen. Die Inkonsistenz lässt sich nicht aus den Hintergrundinformationen erklären.	ja	▪ In den Studien, die als Evidenz zugrunde gelegt wurde, wird nicht ausreichend zwischen verschiedenen Schweregraden unterschieden. ▪ Darum stützt sich die erste Empfehlung als starke Empfehlung auf gute Evidenz, die sich auf die Gesamtgruppe von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen (… verschiedener Schweregrade) bezieht. ▪ Die zweite Empfehlung mit der Unterscheidung der Schweregrade ist als Ergänzung beziehungsweise nähere Eingrenzung zu sehen, die aber zum Zeitpunkt der Konsensuskonferenz nicht empirisch belegt werden konnte. ▪ Es handelt sich bei der zweiten Empfehlung um einen konkreteren Hinweis der Experten, welche der genannten empirisch belegten Interventionen bei welchem Schweregrad zuerst ausgewählt werden sollten.
NVL 2015	▪ In der Leitlinie werden 2 Empfehlungen zum Themenaspekt Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie abgegeben, die inhaltlich inkonsistent erscheinen. Die Inkonsistenz lässt sich nicht aus den Hintergrundinformationen erklären.	ja	▪ Es werden keine unterschiedlichen Empfehlungen gegeben. ▪ Die eine Empfehlung bezieht sich auf den Schweregrad und die zweite Empfehlung auf die Chronizität. ▪ Die erste Empfehlung macht eine allgemeine Aussage zur Behandlung von schwerer Depression, die zweite macht eine Aussage zur Abwägung von kombinierten Behandlungen gegenüber spezifischer Monotherapie bei spezifischen Verlaufsformen (chronischer Depression). ▪ Viele systematische Übersichtsarbeiten in diesem Bereich liefern mithilfe mehrerer Metaanalysen Ergebnisse zu verschiedenen Fragestellungen. Diese Ergebnisse können unterschiedlich ausfallen. ▪ Es liegen in diesem konkreten Fall deutlich weniger Studien im Bereich chronische Depression vor und die Effektschätzer sind heterogener zwischen den Metaanalysen.

A3.1.2.2 Informationen aus der Anhörung

Im Rahmen der Anhörung zum vorläufigen Berichtsplan wurden keine zusätzlichen relevanten Leitlinien genannt.

A3.1.3 Resultierender Leitlinienpool

Durch die verschiedenen Suchschritte konnten insgesamt 14 relevante Leitlinien identifiziert werden (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Eingeschlossene Leitlinien

Abkürzung	Titel	Herausgeber	Land	Dokumente
DGBS 2014	S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	DE	Leitlinie
DGKJP 2013	Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	DE	Leitlinie methodische Begleitdokumente
ICSI 2013	Adult depression in primary care	Institute for Clinical Systems Improvement	US	Leitlinie Methodische Begleitdokumente
KCE 2014	The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression	Belgian Health Care Knowledge Centre	BE	Leitlinie
KPCI 2012	Adult depression clinical practice guideline	Kaiser Permanente Care Management Institute	CA	Leitlinie
NCCMH 2014	Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care (updated edition)	National Collaborating Centre for Mental Health	GB	Leitlinie Methodische Begleitdokumente
NCCMH 2010 adults	Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition)	National Collaborating Centre for Mental Health	GB	Leitlinie Methodische Begleitdokumente
NCCMH 2010 physical	Depression in adults with a chronic physical health problem	National Collaborating Centre for Mental Health	GB	Leitlinie Methodische Begleitdokumente
NICE 2015	Addendum to clinical guideline 28, depression in children and young people	National Institute for Health and Care Excellence	GB	Leitlinie methodische Begleitdokumente

(Fortsetzung)

Tabelle 6: Eingeschlossene Leitlinien (Fortsetzung)

Abkürzung	Titel	Herausgeber	Land	Dokumente
NVL 2015	Nationale VersorgungsLeitlinie unipolare Depression	Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	DE	Leitlinie
RNAO 2010	Caregiving Strategies for older adults with delirium, dementia and depression	Registered Nurses Association of Ontario	CA	Leitlinie
SIGN 2012	Management of perinatal mood disorders	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	GB	Leitlinie Methodische Begleitdokumente
SIGN 2010	Non-pharmaceutical management of depression in adults	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	GB	Leitlinie methodische Begleitdokumente
VaDoD 2010	Management of bipolar disorder in adults	Department of Veterans Affairs, Department of Defense	US	Leitlinie

A3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

In der folgenden Tabelle werden die eingeschlossenen Leitlinien charakterisiert.

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
DGBS 2014	**Zielpopulation:** ▪ Erwachsene (> 18 Jahre) mit bipolaren Störungen ▪ Kinder und Jugendliche im Bereich Früherkennung und Diagnostik **Anwendungsbereich:** ▪ Diagnostik ▪ Therapie	▪ Hausarzt ▪ Psychiater ▪ Psychotherapeut ▪ nicht ärztliche Gesundheitsberufe ▪ Kostenträger ▪ Selbsthilfegruppen ▪ Angehörige	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 232/232 Empfehlung angegeben ▪ LoE: ▫ bei 77/232 Empfehlung angegeben ▫ bei 151 /232Empfehlungen n. a. ▫ bei 4/232Empfehlungen n. z. ▪ Literatur: ▫ bei 116/232 Empfehlung angegeben ▫ bei 54/232 Empfehlung n. a. ▫ bei 62/232 Empfehlungen n. z.	Interessenkonflikte

(Fortsetzung)

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (Fortsetzung)

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
DGKJP 2013	**Zielpopulation**: ▪ Kinder und Jugendliche (von 3 bis 18 Jahren) mit depressiven Störungen: ▫ depressive Episoden ▫ rezidivierende Episoden ▫ Dysthymie ▫ Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung ▪ Patienten mit anderen psychischen oder somatischen Erkrankungen ▪ <u>ausgeschlossen:</u> ▫ subklinisch betroffene Kinder und Jugendliche ▫ Kinder und Jugendliche mit bipolaren Störungen ▫ Kinder und Jugendliche mit anderen psychischen oder somatischen Erkrankungen, ohne diagnostizierte Depression ▫ Erwachsene ▫ Frauen mit depressiven Störungen während einer Schwangerschaft oder postpartaler Depression **Anwendungsbereich:** ▪ Therapie	▪ Allgemeinmediziner ▪ Kinder- und Jugendmediziner ▪ Psychotherapeuten ▪ Patienten und Angehörige ▪ Öffentlichkeit	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: kurze Angaben ▪ GoR: ▫ bei 23/24 Empfehlung angegeben ▫ bei 1/24 n. a. ▪ LoE: ▫ bei 7/24 Empfehlung angegeben ▫ bei 5/24 Empfehlungen n. a. ▫ bei 12/24 Empfehlungen n. z. ▪ Literatur: ▫ bei 9/24 Empfehlung angegeben ▫ bei 3/24 Empfehlungen n. a. ▫ bei 12/24 Empfehlungen n. z.	▪ Evidenztabellen ▪ Leitlinienreport

(Fortsetzung)

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (Fortsetzung)

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
ICSI 2013	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene (≥ 18 Jahre) mit: ▫ rezidivierender majorer Depression ▫ persistierenden depressiven Störungen ▪ <u>ausgeschlossen:</u> ▫ Kinder ▫ Patienten mit Anpassungsstörungen und bipolaren Störungen **Anwendungsbereich:** ▪ Diagnostik ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ Patienten	▪ Evidenzbewertung: kurze Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: k. A. ▪ GoR: bei 10/10 Empfehlung angegeben ▪ LoE: bei 10/10 Empfehlung angegeben ▪ Literatur: bei 10/10 Empfehlung angegeben	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Kurzfassung ▪ methodisches Vorgehen zur Erfassung von Interessenkonflik-ten
KCE 2014	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene mit majorer Depression ▪ <u>ausgeschlossen:</u> ▫ Patienten mit Dysthymie ▫ Patienten mit gesteigerten depressiven Symptomen **Anwendungsbereich:** ▪ Psychotherapie	▪ Ärzte ▪ Psychiater ▪ Psychologen ▪ Psychotherapeuten ▪ nicht ärztliche Gesundheitsberufe ▪ Verwaltung ▪ politische Entscheidungsträger	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 3/3 Empfehlungen angegeben ▪ LoE: bei 3/3 Empfehlungen angegeben ▪ Literatur: bei 3/3 Empfehlungen n. z.	▪ Kurzfassung ▪ Informationen zur Leitlinienent-wicklergruppe ▪ Suchstrategie ▪ Evidenzberichte ▪ Evidenztabellen ▪ allgemeines Methodenpapier

(Fortsetzung)

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (Fortsetzung)

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
KPCI 2012	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene mit majorer Depression **Anwendungsbereich:** ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ nicht ärztliche Gesundheitsberufe ▪ Verwaltung	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: kurze Angaben ▪ GoR: bei 44/44 Empfehlungen angegeben ▪ LoE: ▫ bei 12/44 Empfehlungen angegeben ▫ bei 32/44 Empfehlungen n. a. ▪ Literatur: ▫ bei 11/44 Empfehlungen angegeben ▫ bei 9/44 Empfehlungen n. a. ▫ bei 24/44 Empfehlungen n. z.	nein
NCCMH 2014	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene ▪ Kinder (< 13 Jahren) ▪ Jugendliche (13 bis 18 Jahre) mit bipolarer Störung I, II, gemischten affektiven und schnell wechselnden Störungen ▪ <u>ausgeschlossen:</u> ▫ Patienten mit nicht bipolaren affektiven Störungen **Anwendungsbereich:** ▪ Diagnostik ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ politische Entscheidungsträger	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 196/196 Empfehlung angegeben ▪ LoE: bei 196/196 Empfehlungen n. a. ▪ Literatur: ▫ bei 11/196 Empfehlungen angegeben ▫ bei 185/196Empfehlungen n. z.	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Suchstrategie ▪ Interessenkonflikte ▪ Evidenztabellen ▪ Evidenzberichte ▪ gesundheitsökonomische Evidenzberichte ▪ Implementierungs-hilfen

(Fortsetzung)

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (Fortsetzung)

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
NCCMH 2010 adults	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene mit Depression **Anwendungsbereich:** ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ nicht ärztliche Gesundheitsberufe ▪ Entscheidungsträger im Gesundheitswesen ▪ Patienten	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 155/155 Empfehlung angegeben ▪ LoE: ▫ bei 17/155 Empfehlung n. a. ▫ bei 138/155 Empfehlungen n. z. ▪ Literatur: ▫ bei 7/155 Empfehlung angegeben ▫ bei 148/155 Empfehlungen n. z.	▪ Evidenzbericht ▪ Evidenztabellen ▪ Implementie-rungshilfen
NCCMH 2010 physical	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene mit: ▫ Depression ▫ chronischen physischen Gesundheitsproblemen: Krebs, Diabetes, Atemwegserkrankungen, neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates **Anwendungsbereich:** ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ nicht ärztliche Gesundheitsberufe ▪ Entscheidungsträger im Gesundheitswesen ▪ Patienten	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 115/115 Empfehlung angegeben ▪ LoE: ▫ bei 65/115 Empfehlung n. z. ▫ bei 50/115 Empfehlungen n. a. ▪ Literatur: ▫ bei 14/115 Empfehlung angegeben ▫ bei 3/115 Empfehlungen n. a. ▫ bei 98/115 Empfehlungen n. a.	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Evidenzbericht ▪ Evidenztabellen ▪ Kostenbewertung ▪ Implementie-rungshilfen

(Fortsetzung)

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (Fortsetzung)

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
KPCI 2012	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene mit majorer Depression **Anwendungsbereich:** ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ nichtärztliche Gesundheitsberufe ▪ Verwaltung	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: kurze Angaben ▪ GoR: bei 44/44 Empfehlungen angegeben ▪ LoE: ▫ bei 12/44 Empfehlungen angegeben ▫ bei 32/44 Empfehlungen n. a. ▪ Literatur: ▫ bei 11/44 Empfehlungen angegeben ▫ bei 9/44 Empfehlungen n. a. ▫ bei 24/44 Empfehlungen n. z.	nein
NCCMH 2014	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene ▪ Kinder (< 13 Jahren) ▪ Jugendliche (13 bis 18 Jahre) mit bipolarer Störung I, II, gemischten affektiven und schnell wechselnden Störungen ▪ <u>ausgeschlossen:</u> ▫ Patienten mit nicht bipolaren affektiven Störungen **Anwendungsbereich:** ▪ Diagnostik ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ politische Entscheidungsträger	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 196/196 Empfehlung angegeben ▪ LoE: bei 196/196 Empfehlungen n. a. ▪ Literatur: ▫ bei 11/196 Empfehlungen angegeben ▫ bei 185/196Empfehlungen n. z.	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Suchstrategie ▪ Interessenkonflikte ▪ Evidenztabellen ▪ Evidenzberichte ▪ Gesundheitsökonomische Evidenzberichte ▪ Implemetierungshilfen

(Fortsetzung)

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (Fortsetzung)

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
NCCMH 2010 adults	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene mit Depression **Anwendungsbereich:** ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ nichtärztliche Gesundheitsberufe ▪ Entscheidungsträger im Gesundheitswesen ▪ Patienten	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 155/155 Empfehlung angegeben ▪ LoE: ▫ bei 17/155 Empfehlung n. a. ▫ bei 138/155 Empfehlungen n. z. ▪ Literatur: ▫ bei 7/155 Empfehlung angegeben ▫ bei 148/155 Empfehlungen n. z.	▪ Evidenzbericht ▪ Evidenztabellen ▪ Implementierungs-hilfen
NCCMH 2010 physical	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene mit: ▫ Depression ▫ chronischen physischen Gesundheitsproblemen: Krebs, Diabetes, Atemwegserkrankungen, neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates **Anwendungsbereich:** ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ nichtärztliche Gesundheitsberufe ▪ Entscheidungsträger im Gesundheitswesen ▪ Patienten	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 115/115 Empfehlung angegeben ▪ LoE: ▫ bei 65/115 Empfehlung n. z. ▫ bei 50/115 Empfehlungen n. a. ▪ Literatur: ▫ bei 14/115 Empfehlung angegeben ▫ bei 3/115 Empfehlungen n. a. ▫ bei 98/115 Empfehlungen n. a.	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Evidenzbericht ▪ Evidenztabellen ▪ Kostenbewertung ▪ Implementierungs-hilfen
NICE 2015	**Zielpopulation**: ▪ Kinder (5 bis 11 Jahre) ▪ Jugendliche (12 bis 18 Jahre) mit Depression **Anwendungsbereich:** ▪ Therapie	▪ im Gesundheitswesen Tätige	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 10/10 Empfehlungen angegeben ▪ LoE: bei 10/10 Empfehlungen n. z. ▪ Literatur: ▫ bei 2/10 Empfehlungen n. a. ▫ bei 8/10 Empfehlungen n. z.	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Evidenzbericht

(Fortsetzung)

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (Fortsetzung)

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
NVL 2015	**Zielpopulation**: Erwachsene (≥ 18 Jahre) mit ▪ depressive Episoden ▪ rezidivierende depressive Störungen ▪ anhaltende affektive Störungen: Dysthymie ▪ sonstige affektive Störungen: rezidivierende kurze depressive Störung ▪ zyklusassoziierte depressive Störungen: ▫ Depressionen in der Peripartalzeit ▫ prämenstruelle dysphorische Störung ▫ Depressionen in der Perimenopause **Anwendungsbereich:** ▪ Diagnostik ▪ Therapie	▪ Ärzte ▪ Fachärzte ▪ nicht ärztliche Gesundheitsberufe ▪ Versorgungsein-richtungen ▪ Patienten und Angehörige ▪ politische Entscheidungsträger ▪ Öffentlichkeit ▪ Vertragsverantwortliche für DMP und Integrierte Versorgungsverträge ▪ wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: bei 142/142 Empfehlung angegeben ▪ LoE: ▫ bei 53/142 Empfehlungen angegeben ▫ bei 88/142 Empfehlung n. a. ▪ Literatur: ▫ bei 87/142 Empfehlung angegeben ▫ bei 13/142 Empfehlungen n. a. ▫ bei 42/142 Empfehlungen n. z.	▪ Leitlinienreport ▪ Patientenleitlinie
RNAO 2010	**Zielpopulation**: Patienten (≥ 65 Jahre) mit: ▪ Delir ▪ Demenz ▪ und / oder Depression **Anwendungsbereich:** ▪ Diagnostik ▪ Therapie ▪ Schulung von Pflegepersonal	▪ Pflegepersonal	▪ Evidenzbewertung: kurze Angaben. ▪ Formulierung der Empfehlungen: kurze Angaben ▪ GoR: bei 19/19 Empfehlungen n. a. ▪ LoE: bei 19/19 Empfehlungen angegeben ▪ Literatur: bei 19/19 Empfehlungen angegeben	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Implementie-rungshilfen

(Fortsetzung)

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (Fortsetzung)

Leitlinie	Zielpopulation und Anwendungsbereich	Adressaten	Methodik[a]	Begleitdokumente
SIGN 2012	**Zielpopulation**: ▪ Patientinnen mit prä- und postnatalen Stimmungsschwankungen und Angst-störungen ▪ ausgeschlossen: ▫ Patientinnen mit Schizophrenie ▫ Patientinnen mit emotionaler instabiler Persönlichkeitsstörung ▫ Patientinnen mit Essstörungen ▫ Patientinnen mit Substanzmissbrauch Erkrankungen **Anwendungsbereich:** ▪ Prognose ▪ Erkennung ▪ Therapie ▪ Prävention	▪ Ärzte ▪ Psychologen ▪ Neonatologen ▪ Pädiater ▪ Sozialarbeiter ▪ Hebammen ▪ nichtärztliche Gesundheitsberufe	▪ Evidenzbewertung: umfangreiche Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: umfangreiche Angaben ▪ GoR: ▫ bei 31/32 Empfehlung angegeben ▫ bei 1/ 32 n. a. ▪ LoE: ▫ bei 9/32 Empfehlung angegeben ▫ bei 19/32 Empfehlungen n. z. ▫ bei 4/32 Empfehlungen n. a. ▪ Literatur: ▫ bei 12/32 Empfehlung angegeben ▫ bei 19//32 Empfehlungen n. z. ▫ bei 1/32 Empfehlungen n. a.	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Patientenleitlinie
SIGN 2010	**Zielpopulation**: ▪ Erwachsene (≥ 18 Jahre) mit bipolarer Störung **Anwendungsbereich:** ▪ nichtmedikamentöse Behandlung	▪ Ärzte ▪ nicht ärztliche Gesundheitsberufe	▪ Evidenzbewertung: kurze Angaben ▪ Formulierung der Empfehlungen: kurze Angaben ▫ GoR: bei 17/17 Empfehlungen angegeben ▪ LoE: ▫ bei 10/17 Empfehlungen angegeben ▫ bei 4/17 Empfehlungen n. z. ▪ Literatur: ▫ bei 11/17 Empfehlungen angegeben ▫ bei 4/17 Empfehlungen n. z. ▫ bei 2/17 Empfehlungen n. a.	▪ allgemeines Methodenpapier ▪ Patientenleitlinie ▪ Kurzfassung

a: Die Angaben zu GoR, LoE und Literatur beziehen sich jeweils auf die für den Bericht extrahierten Empfehlungen.
GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); k. A.: keine Angaben; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuordenbar

A3.3 Methodische Qualität der Leitlinien

A3.3.1 Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung

Die methodische Qualität der Leitlinien nach AGREE II ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 8: AGREE-II-Bewertung: standardisierte Domänenwerte und Gesamtbewertung

Leitlinie	Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck[a]	Domäne 2: Interessengruppen[a]	Domäne 3: Methodologische Exaktheit[a]	Domäne 4: Klarheit und Gestaltung[a]	Domäne 5: Anwendbarkeit[a]	Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit[a]	Gesamt-bewertung[b]
DGBS 2014	72 % (5)	89 % (13)	76 % (12)	78 % (6)	35 % (5)	63 % (9)	5,5 (5,5)
DGKJP 2013	**92 %[d] (14)**	72 % (6,5)	67 % (6,5)	86 % (11)	46 % (8)	75 % (12)	6 (11)
ICSI 2013	53 % (2)	56 % (4)	63 % (2,5)	**72 %[c] (1,5)**	**63 %[d] (14)**	**88 %[d] (13,5)**	5,5 (5,5)
KCE 2014	78 % (9)	67 % (5)	**79 %[d] (14)**	78 % (6)	46 % (8)	71 % (11)	6 (11)
KPCI 2012	**36 %[c] (1)**	**42 %[c] (1)**	75 % (10,5)	78 % (6)	13 % (3)	**0 %[c] (1,5)**	4,5 (1)
NCCMH 2014	89 % (13)	72 % (6,5)	66 % (5)	**89 %[d] (13)**	58 % (11,5)	38 % (5)	6 (11)
NCCMH 2010 adults	86 % (11,5)	81 % (10)	63 % (2,5)	75 % (3,5)	60 % (13)	63 % (9)	5,5 (5,5)
NCCMH 2010 physical	86 % (11,5)	78 % (9)	65 % (4)	75 % (3,5)	58 % (11,5)	63 % (9)	5,5 (5,5)
NICE 2015	75 % (7,5)	75 % (8)	74 % (9)	**89 %[d] (13)**	35 % (5)	38 % (5)	6 (11)
NVL 2015	72 % (5)	**92 %[d] (14)**	78 % (13)	**89 %[d] (13)**	8 % (2)	**88 %[d] (13,5)**	6 (11)
RNAO 2010	64 % (3)	53 % (2,5)	67 % (6,5)	**72 %[c] (1,5)**	35 % (5)	42 % (7)	5 (2,5)
SIGN 2012	72 % (5)	83 % (11,5)	72 % (8)	81 % (8,5)	50 % (10)	38 % (5)	6 (11)
SIGN 2010	75 % (7,5)	83 % (11,5)	75 % (10,5)	81 % (8,5)	46 % (8)	33 % (3)	6 (11)
VADoD 2010	83 % (10)	53 % (2,5)	**52 %[c] (1)**	83 % (10)	**6 %[c] (1)**	**0 %[c] (1,5)**	5 (2,5)
Mittelwert (SD)	73,8 % (15,0)	71,1 % (15,1)	69,4 % (7,5)	80,4 % (6,1)	39,9 % (19,2)	50,0 % (28,1)	5,6 (0,5)

a: standardisierter Domänenwert = (erreichte Punktzahl − minimale Punktzahl) / (maximale Punktzahl − minimale Punktzahl) in Prozent. In Klammern: Rangfolge. Bei gleichem standardisiertem Domänenwert wurden mittlere Ränge vergeben. Fett hervorgehoben: niedrigster und höchster Rang einer Domäne

b: 1 = geringstmögliche Qualität, 7 = höchstmögliche Qualität. In Klammern: Rangfolge. Bei gleicher Bewertung wurden mittlere Ränge vergeben.

c: niedrigster standardisierter Domänenwert in Prozent

d: höchster standardisierter Domänenwert in Prozent

A3.3.2 Umgang der Leitlinienautoren mit nicht oder nicht vollständig publizierten Daten

Von den 14 eingeschlossenen Leitlinien machen 9 Leitlinien Angaben zur Informationsbeschaffung von nicht oder nicht vollständig publizierten Daten und / oder dem Umgang mit diesen (DGBS 2014, DGKJP 2013, KPCI 2012, NCCMH 2014, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NICE 2015, NVL 2015, RNAO 2010).

In 2 Leitlinien wird angegeben, dass eine Suche nach Kongressabstracts oder in Studienregistern erfolgte (DGBS 2014, DGKJP 2013). In den Leitlinien des National Collaboration Centre of Mental Health wird unter anderem die Kontaktierung von Experten und Autoren genannt, um nicht publizierte Studien zu identifizieren (NCCMH 2014, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical). Des Weiteren werden in den Leitlinien Ein- oder Ausschlusskriterien für nicht veröffentlichte Literatur formuliert (NCCMH 2014, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical). Im Methodenpapier der Leitlinie NICE 2015 werden die Suche nach nicht publizierten Daten sowie die Einreichung unveröffentlichter Daten von Stakeholdern grundsätzlich als Option genannt.

Zum Umgang mit nicht publizierten Daten bei der Evidenzbewertung und Empfehlungsgenerierung finden sich konkrete Aussagen nur in der Leitlinie DGBS 2014. In 8 Leitlinien werden in den Hintergrundtexten zu einzelnen Empfehlungen unveröffentlichte Daten zitiert oder wird auf diese hingewiesen (DGKJP 2013, KPCI 2012, NCCMH 2014, NCCMH 2010 adults, NCCMH physical, NICE 2015, NVL 2015, RNAO 2010).

A3.4 Synthese der Empfehlungen

In der Synthese sind die Leitlinienempfehlungen zu den in Abschnitt A2.1.1.2 genannten Versorgungsaspekten zusammengefasst. Die Synthese unterteilt sich in das Kapitel „Definitionen zu Formen affektiver Störungen“ sowie in den Teil A (unipolare depressive Störungen) und Teil B (bipolare Störungen).

Die Empfehlungen finden sich in Kapitel B1 in den Extraktionstabellen Tabelle 12 bis Tabelle 66 ausschließlich in der Originalsprache, um subjektive Interpretationen bei der Übersetzung zu vermeiden. Alle Anmerkungen der Leitlinienautoren sind mit Fußnoten versehen und unter den zugehörigen Empfehlungen ebenfalls in der Originalsprache wiedergegeben. Werden von den Leitlinien Aussagen, die formal als Empfehlungen gekennzeichnet sind, aber keinen Empfehlungscharakter besitzen, wie z. B. Statements / Aussagen zur Epidemiologie oder zur Evidenzlage, abgegeben, werden diese nicht bei der Beurteilung der DMP-Relevanz berücksichtigt.

Da für den Versorgungsaspekt „Schulung der Versicherten“ keine Leitlinienempfehlungen identifiziert werden konnten, wurde dieser Aspekt in der Synthese nicht aufgeführt.

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die in den jeweiligen Leitlinien abgedeckten Versorgungsaspekte.

Tabelle 9: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien zu unipolaren depressiven Störungen Empfehlungen enthalten

Versorgungsaspekt	**DGKJP 2013**	**ICSI 2013**	**KCE 2014**	**KPCI 2012**	**NCCMH 2010 adults**	**NCCMH 2010 physical**	**NICE 2015**	**NVL 2015**	**RNAO 2010**	**SIGN 2012**	**SIGN 2010**
Definition unipolarer depressiver Störungen	-	X	-	-	X	X	-	X	X	X	X
Früherkennung	-	X	-	-	X	X	-	X	X	X	-
Diagnostik	X	X	-	-	X	X	-	X	X		-
Therapieziele	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-
Grundsätze der Therapie und Therapieplanung	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X
Nichtmedikamentöse Behandlung	X	-	X	X	X	-	X	X	-	-	X
Medikamentöse Behandlung	X	-	X	X	X	-	X	X	-	-	X
Kombinationsbehandlungen	X	-	X	X	X	-	X	X	-	-	-
Therapie bei speziellen Patientengruppen	-	X	-	X	X	X		X	-	X	-
Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr	X	-	-	X	X	X		X	X	-	-
Therapiedauer und Verlaufskontrolle	X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	X
Rehabilitation	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
Kooperation der Versorgungssektoren	X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	-
Schulung der Versicherten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 10: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien zu bipolaren Störungen Empfehlungen enthalten

Versorgungsaspekt	**DGBS 2014**	**NCCMH 2014**	**VADoD 2010**	**SIGN 2012**
Definition zu bipolaren Störungen	X	X	X	
Früherkennung	X	X	-	
Diagnostik	X	X	X	
Therapieziele	X	X	-	
Grundsätze der Therapie und Therapieplanung	X	X	X	X
Nichtmedikamentöse Behandlung	X	X	X	
Medikamentöse Behandlung	-	X	X	
Kombinationsbehandlungen	X	X	X	
Therapie bei speziellen Patientengruppen	X	X	X	X
Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr	X	X	X	
Therapiedauer und Verlaufskontrolle	X	X	X	
Rehabilitation	X	X	-	
Kooperation der Versorgungssektoren	X	X	X	
Schulung der Versicherten	-	-	-	

Im Folgenden werden für die einzelnen Versorgungsaspekte zunächst die Leitlinienempfehlungen zusammengefasst. Dabei wurde für den GoR beziehungsweise den LoE der Empfehlungen in folgenden 3 Situationen die Bezeichnung „fehlt“ verwendet: wenn keine GoR oder LoE angegeben, diese nicht eindeutig zuordenbar oder die in den Leitlinien verwendeten GoR beziehungsweise LoE nicht mit den NVL- beziehungsweise G-BA-Kategorien vergleichbar sind. Im jeweiligen Abschnitt „Beurteilung der Relevanz für ein DMP“ erfolgt die Kennzeichnung der Empfehlungen, ob sie für ein DMP „Depressionen“ relevant, potenziell relevant beziehungsweise nicht relevant sind, eine weitere Überprüfung der DMP-Relevanz vorgeschlagen wird oder ob diesbezüglich keine Aussagen getroffen werden können (vgl. Abschnitt A2.1.4).

Für die als (potenziell) DMP-relevant eingestuften Leitlinienempfehlungen lagen Diskrepanzen zwischen ihren Aussagen zu Medikamenten, zum deutschen Zulassungsstatus und zur indikationsspezifischen Verordnungsfähigkeit vor. Die Diskrepanzen betrafen die Behandlung der akuten Manie mit Carbamazepin und Valproat. Ebenso wurden Diskrepanzen für die Behandlung von gemischten Episoden mit Haloperidol, Carbamazepin, Aripiprazol sowie Valproat und Risperidon festgestellt. Auch für die Kombinationsbehandlung zur Behandlung der akuten bipolaren Depression wurden für Valproat und Fluoxetin Diskrepanzen identifiziert. Ebenso ergab sich für die Therapie von depressiven Patienten mit somatischen Komorbiditäten für Dosulepin eine Diskrepanz. Weiterhin wurde für die Therapie von bipolaren Störungen in der Peripartalzeit hinsichtlich der Therapie mit Quetiapin eine Einschränkung in der Zulassung festgestellt.

Bei Wirkstoffgruppen wurden diese stichprobenartig auf den deutschen Zulassungsstatus und die indikationsspezifische Verordnungsfähigkeit geprüft. Außerdem wurden keine anderslautenden IQWiG-Berichte identifiziert.

A3.4.1 Definitionen zu Formen affektiver Störungen

10 Leitlinien (DGBS 2014, ICSI 2013, NCCMH 2014, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, RNAO 2010, SIGN 2012, SIGN 2010, VADoD 2010) enthalten unter Verzicht auf Angaben zu GoR und LoE Definitionen.

Primäre affektive Störungen lassen sich in unipolare depressive Störungen und bipolare Störungen unterteilen.

(Unipolare) depressive Störungen

9 Leitlinien enthalten ohne Angaben zu GoR und LoE Definitionen zu Depressionen (DGBS 2014, ICSI 2013, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, RNAO 2010, SIGN 2012, SIGN 2010, VADoD 2010).

Hierbei beziehen sich 2 Leitlinien (DGBS 2014, VADoD 2010) auf depressive Episoden im Rahmen bipolarer Störungen und die restlichen Leitlinien auf unipolare depressive Störungen.

Bei der unipolaren depressiven Störung kann nach der DSM-Klassifikation zwischen Major Depression, Dysthymie und nicht näher bezeichneter Depression unterschieden werden (ICSI 2013). Die Leitlinie ICSI 2013 spricht von einer sekundären psychischen Störung, wenn die Erkrankung aufgrund von Drogenintoxikation / -entzug oder als Folge einer anderen Krankheit oder Medikamenteneinnahme auftritt.

Eine Depression ist häufig eine multifaktoriell bedingte Erkrankung (SIGN 2010). Dabei können u. a. biologische und psychosoziale Faktoren zur Krankheitsentstehung sowie Schwere und Dauer der Erkrankung beitragen (SIGN 2010).

Mehrere Leitlinien führen an, dass Depressionen psychische Störungen sind, die Beeinträchtigungen im emotionalen, kognitiven, behavioralen und somatischen Bereich umfassen (ICSI 2013, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, RNAO 2010, SIGN 2010). Sie sind durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung sowie starker Selbstzweifel und Konzentrationsstörungen über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet (NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, SIGN 2010, VADoD 2010). Zum anderen treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden, wie z. B. Schlafstörungen und Appetitlosigkeit, sowie soziale Beeinträchtigungen, wie z. B. sozialer Rückzug und Probleme bei der Alltagsbewältigung, auf (NVL 2015, SIGN 2010, VADoD 2010).

Die Leitlinie DGBS 2014 führt an, dass depressive Episoden nach der ICD-10-Klassifizierung eine mindestens 2-wöchige Episode bezeichnen, während derer gleichzeitig mindestens 4 Symptome vorliegen müssen. Dabei werden Haupt- und Zusatzsymptome unterschieden. Von den 4 Symptomen müssen mindestens 2 Hauptsymptome vorliegen. Zu den Hauptsymptomen zählen depressive Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung. Zu den Zusatzsymptomen gehören Selbstwertverlust, unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. Suizidalität, kognitive Defizite, psychomotorische Veränderungen, Schlafstörungen und Appetitstörungen.

Depressive Episoden mit somatischem Syndrom zeichnen sich nach der ICD-10-Klassifizierung durch mindestens 4 der folgenden Symptome aus: deutlichen Verlust von Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten oder Interessenverlust, mangelnde emotionale Reagibilität, morgendliches Früherwachen (Aufwachen 2 oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit), Morgentief, beobachtbare psychomotorische Hemmung oder Erregung, deutlichen Appetitverlust, Gewichtsverlust (von mindestens 5 % des Körpergewichts über den Zeitraum der vergangenen 4 Wochen), deutlichen Libidoverlust (DGBS 2014). Bipolare Depressionen gehen laut der Leitlinie DGBS 2014 häufig mit einem somatischen Syndrom einher.

Postpartale Depressionen können als jegliche depressive Störung, die während des ersten postpartalen Jahres auftreten, betrachtet werden (SIGN 2012). Bei einem großen Anteil der betroffenen Frauen entsteht die Erkrankung bereits präpartal (SIGN 2012).

Die extrahierten Definitionen sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Bei den Angaben zur Charakterisierung dieser Erkrankung handelt es sich nicht um Empfehlungen. Die Angaben können daher bei der Beurteilung der DMP-Relevanz nicht berücksichtigt werden.

Bipolare Störungen

3 Leitlinien enthalten ohne Angaben zu GoR und LoE Definitionen zu bipolaren Störungen (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010).

Eine bipolare Störung ist durch episodisch auftretende affektive Störungen mit erheblichen Störungen des psychischen Befindens und Verhaltens und dazwischenliegenden Phasen mit einer ausgeglichenen Stimmung gekennzeichnet (NCCMH 2014, VADoD 2010). Das Hauptmerkmal ist das Auftreten manischer oder hypomanischer Episoden (NCCMH 2014). Akute Phasen gehen häufig mit einer Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsvermögens einher (VADoD 2010). Eine bipolare Störung kann dann diagnostiziert werden, wenn mindestens 2 affektive Episoden vorliegen (davon mindestens eine hypomanische, manische oder gemischte Episode), in denen Stimmung und Antrieb bzw. Aktivitätsniveau so deutlich gestört sind, dass die Kriterien, wie im ICD-10-Klassifizierungssystem beschrieben, erfüllt sind (DGBS 2014).

Eine Bipolar-II-Störung ist dadurch gekennzeichnet, dass im Verlauf der Erkrankung mindestens eine hypomanische und zusätzlich mindestens eine depressive Episode aufgetreten sind, jedoch keine manische Episode (DGBS 2014).

Manische Episoden sind durch eine der Situation unangemessene und dadurch auffällig gehobene, expansive oder gereizte Stimmung über einen Zeitraum von mindestens einer Woche gekennzeichnet (DGBS 2014, VADoD 2010). Das Erregungsniveau ist deutlich erhöht und kann schnell in aggressive Erregung kippen. Antriebssteigerung, Rededrang, Ideenflucht, reduzierte soziale Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, Ablenkbarkeit, riskantes Verhalten und gesteigerte Libido sind weitere mögliche Symptome (DGBS 2014, VADoD 2010). Manische Episoden gehen häufig mit einem Verlust der psychosozialen Funktionsfähigkeit, der Notwendigkeit einer stationären Betreuung und psychotischen Merkmalen einher (VADoD 2010).

Hypomanische Episoden unterscheiden sich hinsichtlich der geforderten Symptomdauer (4 Tage) sowie des Vorliegens bestimmter Symptome von manischen Episoden. So sind bei hypomanischen Episoden Konzentrationsschwierigkeiten, bei manischen Episoden Ideenflucht oder Gedankenrasen kennzeichnend (DGBS 2014). Des Weiteren sind eine andauernde (leicht) gehobene Stimmung, gesteigerter Antrieb, überhöhtes Selbstwertgefühl und Schlafstörungen charakteristisch (VADoD 2010). Die besonders auffälligen Manie-Symptome wie Verlust sozialer Hemmungen, überhöhte Selbsteinschätzung / Größenwahn,

andauernder Wechsel von Aktivitäten und rücksichtsloses und tollkühnes Verhalten, ohne dessen Risiken zu erkennen, gehen schon eher über eine Hypomanie hinaus (DGBS 2014). In der Regel bleibt das psychosoziale Funktionsvermögen erhalten und psychotische Merkmale fehlen. Meist können die Betroffenen ambulant betreut werden (VADoD 2010).

Gemischte Episoden sind durch eine Mischung oder einen raschen Wechsel (innerhalb weniger Stunden) von depressiven und (hypo-)manischen Symptomen gekennzeichnet. Depressive und (hypo-)manische Symptome müssen dabei gleichermaßen die meiste Zeit während einer mindestens ein- bis 2-wöchigen Periode auftreten (DGBS 2014, VADoD 2010). Gemischte Episoden gehen häufig mit einem Verlust der psychosozialen Funktionsfähigkeit, der Notwendigkeit einer stationären Betreuung und psychotischen Merkmalen einher (VADoD 2010).

Für das Vorliegen von Rapid Cycling müssen nach der ICD-10-Klassifikation innerhalb von 12 Monaten mindestens 4 voneinander abgrenzbare affektive Episoden aufgetreten sein (DGBS 2014).

Eine Zyklothymie ist gekennzeichnet durch eine Stimmungsinstabilität über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren, die jedoch zu keiner Zeit so stark ausgeprägt ist, dass die Kriterien einer Manie oder einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sind (DGBS 2014).

Die extrahierten Definitionen sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Da es sich bei den Angaben zur Charakterisierung dieser Erkrankung nicht um Empfehlungen handelt, liegen keine Aussagen zu GoR und LoE vor. Die geschilderten Sachverhalte beziehen sich auf die Charakterisierung einer bipolaren Störung und einer Bipolar-II-Störung. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz für folgende Aspekte gemacht werden:

A3.4.2 Teil A: unipolare depressive Störungen

A3.4.2.1 Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

6 Leitlinien (ICSI 2013, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, RNAO 2010, SIGN 2012) geben Empfehlungen zur Früherkennung.

Insbesondere bei Personen, die z. B. aufgrund früherer depressiver Störungen oder komorbider somatischer Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen besitzen, sollten Maßnahmen zur Früherkennung eingesetzt werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei sollten spezifische Screeningfragen zum Erkennen typischer Symptome zum Einsatz kommen (NCCHM 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt grundsätzlich die Verwendung eines standardisierten Instrumentes zur Früherkennung (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↓]).

Im Rahmen der Früherkennung sollten bei Personen mögliche Sprach- oder Kommunikationsschwierigkeiten berücksichtigt und entsprechende Instrumente zur Feststellung von Symptomen einer depressiven Störung genutzt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Werden dabei Hinweise auf eine depressive Störung identifiziert, sollte weiter verfahren werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Im Rahmen der Betreuung und Pflege von älteren Personen sollten Pflegefachkräfte ein hohes Maß an Aufmerksamkeit gegenüber frühen Anzeichen einer depressiven Störung zeigen (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]). Zur Identifikation von Risikofaktoren sollten sie standardisierte Instrumente verwenden (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Ärzte sollten bei Frauen in der Peripartalzeit Maßnahmen zur Früherkennung depressiver Störungen anwenden (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↓]). Dabei empfiehlt eine Leitlinie wenigstens zu 3 verschiedenen Zeitpunkten (Geburt, 4 bis 6 Wochen postnatal und 3 bis 4 Monate postnatal) eine Bestandsaufnahme (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Frauen in der Peripartalzeit mit einem hohen Risiko für depressive Störungen sollten depressive Symptome bei jedem Kontakt erfragt werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die Anwendung der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) oder des Whooley-Fragebogens kann zum Monitoring oder als Grundlage für die Diskussion emotionaler Aspekte in der Peripartalzeit hilfreich sein (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Von einer routinemäßigen Erfassung des Risikos für das Auftreten postnataler Depressionen mittels psychosozialer Instrumente in der pränatalen Phase wird jedoch abgeraten (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↑]).

Bei der Einschätzung von Symptomen in der Peripartalzeit ist zu bedenken, dass normale emotionale Veränderungen sowohl tatsächlich vorliegende depressive Symptome überdecken als auch als depressive Symptome fehlinterpretiert werden können (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Unsicherheiten hinsichtlich des Vorliegens depressiver Störungen sollte eine erneute Untersuchung nach 2 Wochen erfolgen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei persistierender Symptomatik oder nachgewiesener schwerer depressiver Episode sollten Frauen während der Peripartalzeit zur weiteren Diagnostik an ihren Hausarzt oder eine Einrichtung für psychische Gesundheit überwiesen werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zu Maßnahmen zur Früherkennung von depressiven Episoden bei Personen, die aufgrund früherer depressiver Störungen oder komorbider somatischer Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen aufweisen. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Verwendung von standardisierten Instrumenten für die Früherkennung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für die routinemäßige Erfassung des Risikos für das Auftreten postnataler Depressionen mittels psychosozialer Instrumente in der pränatalen Phase. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund unseres beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente ‚guter klinischer Praxis', die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten:

- 2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von spezifischen Screeningfragen, um typische Symptome depressiver Störungen zu erkennen.
- 2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung möglicher Sprach- oder Kommunikationsschwierigkeiten und Verwendung entsprechender Instrumente zur Feststellung von Symptomen einer depressiven Störung im Rahmen der Früherkennung. Werden dabei Hinweise auf eine depressive Störungen identifiziert, sollte weiter verfahren werden.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigen LoE Empfehlungen zum frühzeitigen Erkennen depressiver Symptome im Rahmen der Betreuung und Pflege von älteren Personen durch Pflegefachkräfte.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Einsatz von Maßnahmen zur Früherkennung depressiver Störungen in der Peripartalzeit.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine regelmäßige Erfassung depressiver Symptome bei Frauen in der Peripartalzeit mit einem hohen Risiko für depressive Störungen.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung dafür, dass spezifische Instrumente für das Monitoring oder als Grundlage für die Diskussion emotionaler Aspekte eingesetzt werden können.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen für die Abgrenzung normaler emotionaler Veränderungen in der Peripartalzeit und depressiver Symptome sowie für eine erneute Untersuchung bei Unsicherheit.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, bei persistierender Symptomatik oder nachgewiesener schwerer depressiver Episode eine weitere Diagnostik durch den Hausarzt oder eine Einrichtung für psychische Gesundheit durchführen zu lassen.

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 13 zu entnehmen.

A3.4.2.2 Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Keine Leitlinie gibt Empfehlungen zur Früherkennung.

A3.4.2.3 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

5 Leitlinien (ICSI 2013, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, RNAO 2010) geben Empfehlungen zur Diagnostik.

Symptomatik und Diagnosestellung

3 Leitlinien (ICSI 2013, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Symptomatik und Diagnosestellung.

Zur Erkennung depressiver Störungen sollte das Vorhandensein typischer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Verdacht auf Vorliegen einer depressiven Störung sollte eine weiterführende Untersuchung durch einen entsprechend qualifizierten Arzt erfolgen (NCCHM 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Hierbei sollten Haupt- und Zusatzsymptome vollständig erfasst sowie das Ausmaß an funktionellen Einschränkungen, Verlauf und Dauer erfragt werden (NCCMH 2010 adults [2x GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Zusätzlich können Faktoren einbezogen werden, die möglicherweise Einfluss auf die Entwicklung und den Schweregrad der depressiven Störung haben, wie z. B. frühere depressive Störungen oder komorbide psychische oder somatische Erkrankungen (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Im Rahmen der Diagnostik sollte auf das Vorliegen einer Lernbehinderung oder kognitiver Einschränkungen geachtet werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Stellung der Diagnose einer depressiven Störung und Differenzierung zwischen Schweregrad und verschiedenen Formen einer Depression sollte ein anerkanntes Klassifikationssystem verwendet werden (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine weitere Leitlinie weist darauf hin, dass zur Abgrenzung der verschiedenen affektiven Störungen und ihres Schweregrades sowohl die aktuelle Symptomatik als auch der bisherige Verlauf ausschlaggebend ist (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur aktiven Exploration des Vorhandenseins typischer Symptome einer depressiven Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für eine weiterführende Diagnostik durch einen entsprechend qualifizierten Arzt bei Verdacht auf Vorliegen einer depressiven Störung. Dabei sollten Haupt- und Zusatzsymptome vollständig erfasst sowie das Ausmaß an funktionellen Einschränkungen, Verlauf und Dauer erfragt sowie weitere Faktoren, die möglicherweise Einfluss auf die Entwicklung und den Schweregrad der depressiven Störung haben, berücksichtigt werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung möglicher Lernbehinderungen oder kognitiver Einschränkungen im Rahmen der Diagnostik. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Verwendung eines anerkannten Klassifikationssystems bei der Stellung der Diagnose einer depressiven Störung und Differenzierung zwischen Schweregrad und verschiedenen Formen einer Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Berücksichtigung transkultureller Aspekte

4 Leitlinien (ICSI 2013, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Berücksichtigung transkultureller Aspekte.

Im Rahmen der Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen sollten kulturell und ethnisch bedingte sowie migrationsspezifische Einflussfaktoren berücksichtigt werden (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↓]; NCCMH 2010 adults [2x GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [2 xGoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

4 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung kulturell und ethnisch bedingter sowie migrationsspezifischer Einflussfaktoren. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Suizidalität

3 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Diagnostik von Suizidalität.

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass die Diagnostik die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und Abschätzung des Handlungsdrucks beinhaltet (NVL 2015 [Statement]).

Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert und erfragt (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]) sowie regelmäßig, bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und vor dem Hintergrund der vorhandenen Unterstützung und Ressourcen des betroffenen Patienten beurteilt werden (NCCMH 2010

adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur regelmäßigen Einschätzung der Suizidalität sowie zur Beurteilung der Suizidalität vor dem Hintergrund der vorhandenen sozialen Unterstützung und Ressourcen des betroffenen Patienten. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Diagnostik bei Komorbiditäten

2 Leitlinien (NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Diagnostik.

Bei Verdacht auf Vorliegen einer depressiven Störung sollte eine weiterführende Untersuchung durch einen entsprechend qualifizierten Arzt erfolgen (NCCHM 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Hierbei sollten Haupt- und Zusatzsymptome vollständig erfasst sowie das Ausmaß an funktionellen Einschränkungen, Verlauf und Dauer erfragt werden (NCCHM 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Zusätzlich können Faktoren einbezogen werden, die möglicherweise Einfluss auf die Entwicklung und den Schweregrad der depressiven Störung haben, wie z. B. frühere depressive Störungen oder komorbide psychische oder somatische Erkrankungen (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Es sollte auf das Vorliegen einer Lernbehinderung oder kognitiver Einschränkungen geachtet werden (NCCHM 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte nach der Diagnose einer depressiven Störung eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung weiterer psychischer und / oder somatischer Erkrankungen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]) sowie eine Überprüfung von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]), erfolgen. Bei Hinweisen auf komplizierte Komorbiditäten sollte eine Überweisung an einen Facharzt erfolgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Darüber hinaus weist eine Leitlinie darauf hin, dass depressive Störungen oft gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen auftreten (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur weiterführenden Diagnostik durch einen entsprechend qualifizierten Arzt bei Verdacht auf Vorliegen einer depressiven Störung. Dabei sollten Haupt- und Zusatzsymptome vollständig erfasst sowie das Ausmaß an funktionellen Einschränkungen, Verlauf und Dauer erfragt sowie weitere Faktoren, die möglicherweise Einfluss auf die Entwicklung und den Schweregrad der

depressiven Störung haben, berücksichtigt werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung möglicher Lernbehinderungen oder kognitiver Einschränkungen im Rahmen der Diagnostik. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen zur Überprüfung des Vorliegens psychischer und / oder somatischer Komorbiditäten sowie von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können. Auch wird eine Überweisung an einen Facharzt bei Hinweisen auf komplizierte Komorbiditäten empfohlen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Diagnostik bei älteren Patienten

Eine Leitlinie (RNAO 2010) gibt Empfehlungen zur Früherkennung und Diagnostik.

Im Rahmen der Betreuung und Pflege von älteren Personen sollten Pflegefachkräfte zur Einschätzung depressiver Symptome anerkannte Klassifikationssysteme verwenden (RNAO 2010 [2 x GoR fehlt, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen LoE Empfehlungen zur Einschätzung depressiver Symptome im Rahmen der Betreuung und Pflege von älteren Personen durch Pflegefachkräfte. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.4 Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Nur eine Leitlinie (DGKJP 2013) gibt eine spezifische Empfehlung zur Diagnosestellung.

Danach sollte die Diagnose einer depressiven Störung bei Kindern oder Jugendlichen nur durch dafür ausgebildetes Fachpersonal, wie z. B. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, gestellt werden (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierte Empfehlung ist Tabelle 15 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Nur eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine spezifische Empfehlung zur Diagnosestellung einer depressiven Störung bei Kindern oder Jugendlichen durch dafür ausgebildetes Fachpersonal. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.2.5 Therapieziele bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

Keine Leitlinie gibt Empfehlungen zu allgemeinen Therapiezielen, jedoch geben 2 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical) Empfehlungen zu psychotherapeutischen Behandlungszielen.

Die Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung sind eine deutliche Verbesserung der Symptomatik oder eine vollständige Remission der Erkrankung (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 16 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zu Therapiezielen im Sinne einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik beziehungsweise einer Remission der Erkrankung durch eine psychotherapeutische Behandlung unipolarer Depressionen bei Erwachsenen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.6 Therapieziele bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

Keine Leitlinie gibt Empfehlungen zu Therapiezielen.

A3.4.2.7 Therapeutische Maßnahmen

A3.4.2.7.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

8 Leitlinien (ICSI 2013, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, RNAO 2010, SIGN 2012, SIGN 2010) geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung.

Allgemeine Empfehlungen

2 Leitlinien (ICSI 2013, NCCMH 2010 adults) geben allgemeine Empfehlungen zur Behandlung.

Für die Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode wird ein integrativer Versorgungsansatz im hausärztlichen Setting empfohlen (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↑]), insbesondere bei Patienten mit einer schweren oder einer mittelgradigen depressiven Episode und Vorliegen einer komplexeren Problematik (Vorliegen von chronischer somatischer Komorbidität mit funktionellen Einschränkungen) (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Zusammenarbeit mit depressiven Patienten und ihren Angehörigen oder Bezugspersonen sollte eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung entwickelt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Gespräche sollten in einer offenen und optimistischen Atmosphäre sowie unter Berücksichtigung von Privatsphäre und Diskretion

geführt werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte aktiv und in nicht wertender Weise über Behandlungsoptionen und unterschiedliche Verläufe der Depression aufgeklärt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem ist zu beachten, dass die Diagnose einer depressiven Erkrankung mit einer Stigmatisierung verbunden sein kann (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten mit einer Lernbehinderung sollen, soweit möglich, die gleichen Interventionen angeboten werden wie anderen depressiven Patienten (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Wenn notwendig, sollten die Maßnahmen entsprechend den vorliegenden Einschränkungen angepasst werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die Verschreibung von Medikamenten durch fachpsychiatrische Einrichtungen sollte nicht regelhaft als alleinige Intervention zur Therapie depressiver Patienten angeboten werden, sondern Teil eines umfassenden Behandlungsansatzes sein (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für einen integrativen Versorgungsansatz. Dieser sollte, laut einer Leitlinie, insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode oder einer mittelgradigen depressiven Episode und Vorliegen einer komplexeren Problematik in Betracht gezogen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen für die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandler und Patient sowie dessen Angehörigen oder Bezugspersonen, wie die Entwicklung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und Gespräche in einer offenen und optimistischen Atmosphäre und die aktive Aufklärung über Behandlungsoptionen und Krankheitsverläufe. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Durchführung von Interventionen bei depressiven Patienten mit einer Lernbehinderung, die, wenn notwendig, entsprechend den vorliegenden Einschränkungen angepasst werden sollen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zur regelhaften Verschreibung von Medikamenten als alleinige Intervention zur Therapie depressiver Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung

4 Leitlinien (ICSI 2013, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Therapieplanung und partizipativen Entscheidungsfindung.

Eine Leitlinie empfiehlt, gemeinsam mit dem Patienten und Familienangehörigen einen Behandlungsplan zu vereinbaren und schriftlich festzuhalten (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↓]). Laut einer weiteren Leitlinie soll insbesondere bei schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren Problematik ein multidisziplinärer Behandlungsplan entwickelt werden, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Professionen und Strategien für ein Krisenmanagement festgehalten sind (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Therapieplan soll dem Patienten sowie dem Hausarzt und weiteren relevanten Personen, die in die Betreuung des Patienten eingebunden sind, zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung sollten mögliche Behandlungsstrategien (medikamentöse Behandlung und / oder psychotherapeutische Interventionen sowie Maßnahmen der integrierten Versorgung) sowie die damit verbundenen Nutzen und Risiken erörtert werden (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↓]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode sollte eine Einwilligung in die Behandlung nach vorheriger aussagekräftiger Aufklärung eingeholt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei rezidivierenden schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Merkmalen sollten bereits im Vorfeld Behandlungsvereinbarungen mit dem Patienten getroffen und im Behandlungsplan sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting dokumentiert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Diese sollten nach Einverständnis des Patienten zusätzlich Angehörigen oder Bezugspersonen zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht von Maßnahmen mit niedriger Intensität profitieren, sollen über verschiedene spezifische Interventionen, wie eine antidepressive medikamentöse Behandlung oder hoch intensive psychotherapeutische Interventionen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie), informiert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Die Entscheidung über die Behandlungsform sollte bei diesen Patienten unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Präferenz der Behandler und des Patienten und mögliche Nebenwirkungen, erfolgen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Planung einer medikamentösen Behandlung sollte die Wahl des Antidepressivums generell unter Berücksichtigung von Präferenz des Patienten, Ansprechen auf einen Wirkstoff in der Vergangenheit sowie möglichen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten erfolgen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Von einer regelhaften Modifizierung empfohlener Therapiestrategien aufgrund unterschiedlicher Depressionsformen oder Patientencharakteristika wird abgeraten (z. B. Geschlecht oder Ethnie) (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Planung einer Psychotherapie sollte die Wahl eines hoch intensiven psychotherapeutischen Verfahrens in Abhängigkeit von Faktoren, wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und Präferenz des Patienten, erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen eines hohen Rückfallrisikos oder eines Rückfalls in der Vergangenheit soll gemeinsam mit dem Patienten eine Entscheidung über weiterführende Maßnahmen zur Vermeidung von Rezidiven unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Ansprechen auf Therapien in der Vergangenheit, bestehende Restsymptomatik und Präferenz des Patienten, getroffen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die Entscheidung über die Durchführung einer elektrokonvulsiven Therapie sollte, soweit möglich, gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Soweit möglich, sollte eine informierte Einwilligung des Patienten in die Behandlung eingeholt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte auch unter schwierigen klinischen Rahmenbedingungen kein Druck ausgeübt werden; es soll auf die Möglichkeit zum Rückzug von und der Veränderung der Vereinbarung hingewiesen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus sind weitere juristische Rahmenbedingungen zu beachten (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Ist eine informierte Entscheidungsfindung nicht möglich, sollte eine elektrokonvulsive Therapie nur durchgeführt werden, wenn dies nicht mit einer gültigen zuvor getroffenen Vereinbarung kollidiert. Zudem sollten der Anwalt / Vormundschaftsberechtigte und eine Bezugsperson / Betreuungsperson des Patienten mit einbezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen für einen gemeinsam mit dem Patienten zu vereinbarenden Behandlungsplan. Insbesondere bei schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren Problematik sollte dabei ein multidisziplinärer Behandlungsplan entwickelt werden, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Professionen festgehalten sind und der Strategien für ein Krisenmanagement beinhaltet. Der Behandlungsplan sollte für den Hausarzt und weitere relevante Personen, die in die Betreuung des Patienten eingebunden sind, verfügbar sein. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen dafür, im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung mögliche Behandlungsstrategien sowie den damit verbundenen Nutzen und die Risiken zu erörtern. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Einwilligung in die Behandlung nach vorheriger aussagekräftiger Aufklärung, insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für im Vorfeld mit dem Patienten zu treffende und zu dokumentierende Behandlungsvereinbarungen bei rezidivierenden schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Merkmalen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die, im Einverständnis mit den Patienten, Weitergabe der im Vorfeld mit dem Patienten getroffenen Behandlungsvereinbarungen bei rezidivierenden schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Merkmalen an Angehörige oder Bezugspersonen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Information über verschiedene spezifische Interventionen und Wahl der Behandlungsform unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Präferenz der Behandler und der Patienten und mögliche Nebenwirkungen, bei Vorliegen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Wahl eines Antidepressivums unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Präferenz des Patienten, Ansprechen auf einen Wirkstoff in der Vergangenheit sowie mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für eine regelhafte Modifizierung empfohlener Therapiestrategien aufgrund unterschiedlicher Depressionsformen oder Patientencharakteristika. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Wahl eines psychotherapeutischen Verfahrens mit hoher Intensität unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und Präferenz des Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine gemeinsam mit dem Patienten zu treffende Entscheidung über weiterführende Maßnahmen zur Vermeidung von Rezidiven bei Vorliegen eines hohen Rückfallrisikos oder eines Rückfalls in der Vergangenheit. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für eine, soweit möglich, gemeinsam mit dem Patienten zu treffende Entscheidung über die Durchführung einer elektrokonvulsiven Therapie mit Hinweis auf die Möglichkeit zum Rückzug von und der Veränderung der

Vereinbarung sowie unter Berücksichtigung der juristischen Rahmenbedingungen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Berücksichtigung transkultureller Aspekte

5 Leitlinien (ICSI 2013, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Berücksichtigung transkultureller Aspekte.

Im Rahmen von Anamnese, Diagnostik, Planung und Durchführung einer Therapie sowie von Patienteninformationen sollten kulturelle, ethnische sowie migrationsspezifische Einflussfaktoren berücksichtigt werden (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↓]; KPCI 2012 [GoR fehlt, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine Leitlinie weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Berücksichtigung dieser Faktoren die Akzeptanz der Behandlung und die therapeutische Mitarbeit erleichtert (NVL 2015 [Statement]).

Des Weiteren sollten, wenn möglich, alle Interventionen über die von dem Patienten bevorzugte Sprache vermittelt werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

5 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung kultureller, ethnischer sowie migrationsspezifischer Einflussfaktoren. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund unseres beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente ‚guter klinischer Praxis‘, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Vermittlung von Interventionen in der von dem Patienten bevorzugten Sprache.

Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen

3 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NVL 2015, SIGN 2010) geben Empfehlungen zur Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.

Depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Erkrankung (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]), auch im Rahmen einer aktiv-abwartenden Begleitung bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]), aufgeklärt werden.

Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen sollen in einer verständlichen Sprache erfolgen; Fachausdrücke sollten vermieden oder gegebenenfalls erklärt werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Bedarf sollte ein unabhängiger Dolmetscher hinzugezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem sollten leicht verständliche Patienteninformationen und Audioformate zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]).

Patienten sollen über das Angebot von Selbsthilfegruppen sowohl für den Patienten als auch für Angehörige informiert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Insbesondere bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode oder einer chronischen Depression sollten Angehörige oder Bezugspersonen über Selbsthilfegruppen für Angehörige und Bezugspersonen informiert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Zudem können Angehörigen und Bezugspersonen zur Verbesserung des Informationsstandes und zur Unterstützung Informationsmaterial sowie psychoedukative Maßnahmen angeboten werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Sind Angehörige oder Bezugspersonen in die Betreuung von depressiven Patienten eingebunden, kann eine Begutachtung der betreuenden Tätigkeiten sowie des psychischen und physischen Gesundheitszustandes der betreuenden Person in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Im Übrigen sollte zwischen dem Patienten mit einer schweren depressiven Episode oder mit einer chronischen Depression und den in die Betreuung eingebundenen Angehörigen oder Bezugspersonen besprochen werden, welche Informationen vertraulich zu behandeln sind und ob und in welcher Weise Informationen über den Behandlungsverlauf weitergegeben werden sollen (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Vorliegende Bedenken sollen mit Patienten mit einer leichten depressiven Episode diskutiert werden, wenn: im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung von einer depressionsspezifischen Behandlung zunächst abgesehen werden kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt oder wenn der Patient eine aktive Behandlung ablehnt (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Beginn einer medikamentösen Behandlung sollte eine intensive Aufklärung des Patienten erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 ↓, LoE fehlt]). Folgende wichtige Aspekte sollen in dem Aufklärungsgespräch erörtert werden:

- Bedenken gegenüber Antidepressiva (z. B. Suchtentwicklung),
- biologische Wirkmechanismen,
- Wirklatenz und mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten,
- mögliche Nebenwirkungen,
- Behandlungsdauer (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 ↓, LoE fehlt]).

Des Weiteren weist eine Leitlinie darauf hin, dass im Rahmen der Aufklärung auch auf die Bedeutung der Adhärenz gegenüber der verschriebenen medikamentösen Behandlung sowie der Weiterführung der Behandlung nach einer Remission hingewiesen werden soll (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Dabei können Angehörige oder Selbsthilfegruppen einbezogen (NVL 2015 ↓, LoE fehlt]) sowie schriftliches Informationsmaterial (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]) zur Verfügung gestellt werden.

Insbesondere zu Beginn einer medikamentösen Behandlung oder bei einem Wechsel einer Therapie sollten Patienten sowie Angehörige oder Bezugspersonen auf die Möglichkeit des Auftretens von Symptomen, wie Suizidgedanken, Unruhe- und Angstzustände, hingewiesen werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]). Bei einem frühzeitigen Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum wird empfohlen, dass der Patient seinen Arzt kontaktiert und entsprechende Informationen erhält (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt] NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Wird eine Kombination von Wirkstoffen in Erwägung gezogen, sollten die Gründe dafür mit dem Patienten besprochen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten, die gut auf eine Therapie mit Antidepressiva angesprochen haben, sollten ermutigt werden, die Therapie mindestens 6 Monate über die Remission hinaus fortzuführen. Dabei sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass eine Fortführung der Therapie das Risiko eines Rezidivs reduziert und dass Antidepressiva mit keiner Suchtentwicklung assoziiert sind (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren sollen Patienten über Symptome, die bei Absetzen einer Therapie mit Antidepressiva auftreten können, sowie über die gewöhnliche Dauer der Symptome informiert werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Patienten soll geraten werden, sich bei Auftreten einschlägiger Symptome zeitnah an ihren Arzt zu wenden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, grundsätzlich depressive Patienten über einen gesunden Lebensstil zu beraten, welches folgende Punkte umfasst (SIGN 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]):

- Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- Essensverhalten,
- Aufrechterhalten sozialer Netzwerke und individuell sinnvoller Aktivitäten,
- Schlafprobleme.

Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die eine Beratung (Counselling) oder eine psychodynamische Psychotherapie gegenüber anderen spezifischen psychotherapeutischen Verfahren, wie z. B. individueller kognitiver Verhaltenstherapie und

Verhaltensaktivierung oder einer medikamentösen Behandlung, vorziehen, sollten auf eine unsichere Studienlage zur Effektivität dieser Verfahren hingewiesen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Präferieren Patienten mit einer saisonal bedingten depressiven Episode eine Lichttherapie gegenüber einer medikamentösen Behandlung oder einer Psychotherapie, soll laut einer Leitlinie auf die unsichere Studienlage zur Effektivität dieses Verfahrens hingewiesen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Wird eine elektrokonvulsive Therapie in Betracht gezogen, sollte der Patient vollständig über Nutzen und Risiken aufgeklärt werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Nach einem erfolglosen Therapieversuch sollte die Entscheidung über eine Wiederholung der elektrokonvulsiven Therapie nur in bestimmten Situationen und nach sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung gemeinsam mit dem Patienten und / oder gegebenenfalls dem gesetzlichen Vertreter oder Betreuer getroffen werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Gibt es Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen durch die Therapie, sollte nach Absprache mit dem Patienten eine Anpassung oder ein Abbruch der Behandlung erwogen werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Patienten mit einer Doppeldepression (Double Depression: Vorhandensein einer depressiven Episode mit gleichzeitiger Dysthymie) oder chronischen Depression sollen darüber aufgeklärt werden, dass eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]).

Patienten, die Johanniskraut einnehmen, sollten über Unsicherheiten hinsichtlich der geeigneten Darreichungsform und Dosierung sowie über schwerwiegende Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (einschließlich oraler Kontrazeptiva, Antikoagulanzien und Antiepileptika) informiert werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen zur Aufklärung des Patienten über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Erkrankung. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen für die Verwendung einer verständlichen Sprache und Vermeidung von Fachausdrücken bei der Information und Aufklärung des Patienten sowie gegebenenfalls die Hinzuziehung eines unabhängigen Dolmetschers. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen für das Zurverfügungstellen von leicht verständlichen Patienteninformationen und Audioformaten. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen für die Information von Patienten wie auch Angehörige und Bezugspersonen über das Angebot von Selbsthilfegruppen, insbesondere bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode oder einer chronischen Depression. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Verbesserung des Informationsstandes und der Unterstützung von Angehörigen oder Bezugspersonen durch Informationsmaterial und psychoedukative Angebote sowie gegebenenfalls Begutachtung der betreuenden Tätigkeiten und des Gesundheitszustandes der den Patienten betreuenden Person. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Absprache zwischen Patient mit einer schweren depressiven Episode oder mit einer chronischen Depression und den in die Betreuung eingebundenen Angehörigen oder Bezugspersonen darüber, welche Informationen vertraulich zu behandeln sind und ob und in welcher Weise Informationen über den Behandlungsverlauf weitergegeben werden sollen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, vorliegende Bedenken mit Patienten mit einer leichten depressiven Episode zu diskutieren, wenn im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung von einer depressionsspezifischen Behandlung zunächst abgesehen werden kann. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine intensive Aufklärung des Patienten bei Beginn einer medikamentösen Behandlung. Dabei sollten Aspekte, wie Bedenken gegenüber Antidepressiva, mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Nebenwirkungen und Behandlungsdauer, erörtert werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für den Hinweis auf die Bedeutung der Adhärenz gegenüber der verschriebenen medikamentösen Behandlung sowie der Weiterführung der Behandlung nach einer Remission im Rahmen der Aufklärung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen, zur Unterstützung des Aufklärungsgespräches bei Beginn einer medikamentösen Behandlung Angehörige oder Selbsthilfegruppen einzubeziehen sowie schriftliches Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Information des Patienten über das mögliche Auftreten von Symptomen, wie Suizidgedanken, Unruhe- und Angstzuständen, insbesondere zu Beginn einer medikamentösen Behandlung oder bei einem Wechsel einer Therapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichem GoR Empfehlungen, dass bei frühzeitigem Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum Patienten den Arzt kontaktieren und Informationen erhalten sollten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, die Gründe für eine Kombination von Wirkstoffen mit dem Patienten zu besprechen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Beratung des Patienten zur Fortführung einer medikamentösen Behandlung für mindestens 6 Monate nach Erreichen einer Remission mit dem Hinweis, dass eine Fortführung der Therapie das Risiko eines Rezidivs reduziert und Antidepressiva mit keiner Suchtentwicklung einhergehen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Information des Patienten über Symptome, die bei Absetzen einer Therapie mit Antidepressiva auftreten können, sowie für die Anregung zur zeitnahen Kontaktaufnahme des behandelnden Arztes bei Auftreten einschlägiger Symptome. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, die Patienten über einen gesunden Lebensstil zu beraten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Information des Patienten mit einer saisonal bedingten depressiven Episode über die unsichere Studienlage zur Effektivität einer Lichttherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Information des Patienten mit einer Doppeldepression oder chronischen Depression über die höhere Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Information des Patienten über Unsicherheiten hinsichtlich der geeigneten Darreichungsform und Dosierung von Johanniskraut sowie über schwerwiegende Wechselwirkungen von Johanniskraut mit anderen Medikamenten (einschließlich oraler Kontrazeptiva, Antikoagulanzien und Antiepileptika). Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund unseres beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, den Patienten über eine unsichere Studienlage zur Effektivität einer Beratung (Counselling) und einer psychodynamischen Psychotherapie zu informieren, wenn der Patient diese Verfahren gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren oder einer medikamentösen Behandlung bevorzugt.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen, die Patienten über Nutzen und Risiken einer elektrokonvulsiven Therapie aufzuklären sowie gemeinsam mit den Patienten und / oder dem gesetzlichen Vertreter oder Betreuer über eine Wiederholung der Therapie bei Nichtansprechen oder über Maßnahmen bei Hinweisen auf eine kognitive Beeinträchtigung durch die Therapie zu entscheiden.

Notwendige Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung

Eine Leitlinie (NVL 2015) gibt Empfehlungen zu Laboruntersuchungen und EKG-Kontrollen.

Es wird empfohlen, vor Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva das Blutbild und die Transaminasen zu untersuchen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Gabe von Lithium sollen initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin-Clearance, die Elektrolyte sowie die Schilddrüsengröße und der TSH-Wert erhoben werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Gabe von trizyklischen Antidepressiva sollen aufgrund der möglichen chinidinähnlichen Effekte auf die (kardialen) Reizleitungen EKG-Kontrollen vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im weiteren Verlauf durchgeführt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 17 zu entnehmen.

IQWiG-Kennzeichnung

„guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Untersuchung von Blutbild und Transaminasen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Untersuchung von Kreatininwert, Kreatinin-Clearance, Elektrolyte sowie der Schilddrüsengröße und des TSH-Wertes.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Durchführung von EKG-Kontrollen aufgrund der möglichen chinidinähnlichen Effekte auf die (kardialen) Reizleitungen bei der Gabe von trizyklischen Antidepressiva.

Patienten mit Komorbiditäten

3 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie.

Bei Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und Vorliegen einer chronischen somatischen Komorbidität mit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen sollte ein integrierter Versorgungsansatz in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere bei Nichtansprechen auf die Behandlung der ersten Wahl, (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Dieser Versorgungsansatz sollte ein Fallmanagement, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im haus- und fachärztlichen Setting, eine Auswahl an Interventionen (einschließlich Patientenschulung, psychotherapeutischer und medikamentöser Interventionen) sowie eine langfristige Koordination der Versorgung und Folgeuntersuchungen beinhalten (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten mit einer leichten depressiven Episode und einer chronischen somatischen Komorbidität sollen im Rahmen einer aktiv-abwartenden Begleitung über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Erkrankung aufgeklärt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen soll eine verständliche Sprache verwendet werden; Fachausdrücke sollten vermieden oder gegebenenfalls erklärt werden (NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Es sollte ein unabhängiger Dolmetscher hinzugezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem sollten leicht verständliche Patienteninformationen zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung sollten mögliche Behandlungsstrategien sowie die damit verbundenen Nutzen und Risiken erörtert werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode sollte eine Einwilligung in die Behandlung nach vorheriger aussagekräftiger Aufklärung eingeholt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Im Rahmen von Patienteninformationen sowie Planung und Durchführung einer Therapie sollten kulturelle, ethnische sowie migrationsspezifische Einflussfaktoren berücksichtigt werden (NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Alle Interventionen sollten, wenn möglich, über die von dem Patienten bevorzugte Sprache vermittelt werden (NCCHM 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Erfolgt die Behandlung eines Patienten sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting, sollen die Verantwortlichkeiten in einem Behandlungsplan klar geregelt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Behandlungsplan sollte dem Patienten sowie, wenn

sinnvoll, den Angehörigen oder Bezugspersonen zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Zusammenarbeit mit depressiven Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität und ihren Angehörigen oder Bezugspersonen sollte eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung entwickelt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Gespräche sollten in einer offenen und optimistischen Atmosphäre sowie unter Berücksichtigung von Privatsphäre und Diskretion geführt werden (NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte aktiv und in nicht wertender Weise über Behandlungsoptionen und unterschiedliche Verläufe der Depression aufgeklärt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem ist zu beachten, dass die Diagnose einer depressiven Erkrankung mit einer Stigmatisierung verbunden sein kann (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Depressive Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität sollen über das Angebot von Selbsthilfegruppen informiert werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Insbesondere bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode oder einer chronischen Depression sollten Angehörige oder Bezugspersonen über Selbsthilfegruppen für Angehörige und Bezugspersonen informiert werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Zudem können Angehörigen und Bezugspersonen zur Verbesserung des Informationsstandes und zur Unterstützung Informationsmaterial angeboten werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Sind Angehörige oder Bezugspersonen in die Betreuung von depressiven Patienten eingebunden, kann eine Begutachtung der betreuenden Tätigkeiten sowie des psychischen und physischen Gesundheitszustandes der betreuenden Person in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Im Übrigen sollte zwischen einem Patienten mit einer schweren depressiven Episode oder einer chronischen Depression und den in die Betreuung eingebundenen Angehörigen oder Bezugspersonen besprochen werden, welche Informationen vertraulich zu behandeln sind und ob und in welcher Weise Informationen über den Behandlungsverlauf weitergegeben werden sollen (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf Maßnahmen mit niedriger Intensität ansprechen, sollen über verschiedene spezifische Interventionen, wie medikamentöse Behandlung oder hoch intensive psychotherapeutische Interventionen, informiert werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Beginn einer medikamentösen Behandlung sollte eine intensive Aufklärung des Patienten erfolgen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Folgende wichtige Aspekte sollen in dem Aufklärungsgespräch erörtert werden:

- Bedenken gegenüber Antidepressiva (z. B. Suchtentwicklung),

- Bedeutung der Therapieadhärenz und Weiterführung der Therapie auch nach Erreichen einer Remission
- Wirklatenz und mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten,
- mögliche Nebenwirkungen,
- keine Suchtentwicklung unter einer Therapie mit Antidepressiva,
- Behandlungsdauer (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Dabei kann zusätzlich entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Insbesondere zu Beginn einer medikamentösen Behandlung oder bei einem Wechsel einer Therapie sollten Patienten sowie Angehörige oder Bezugspersonen auf die Möglichkeit des Auftretens von Symptomen, wie Suizidgedanken, Unruhe- und Angstzuständen, hingewiesen werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Bei einem frühzeitigen Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum sollte der Patient entsprechende Informationen erhalten (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren sollen Patienten über Symptome, die bei Absetzen einer Therapie mit Antidepressiva auftreten können, sowie über die gewöhnliche Dauer der Symptome informiert werden (NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Patienten soll geraten werden, sich bei Auftreten deutlicher Symptome an ihren Arzt zu wenden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Insbesondere bei einer komplexen Problematik und schweren depressiven Episode und Vorliegen einer chronischen somatischen Komorbidität sollte auf medikamentöse Wechselwirkungen geachtet und eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Einrichtungen angestrebt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten, die gut auf eine Therapie mit Antidepressiva angesprochen haben, sollten ermutigt werden, die Therapie über die Remission hinaus fortzuführen. Dabei sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass eine Fortführung der Therapie das Risiko eines Rezidivs reduziert und dass Antidepressiva mit keiner Suchtentwicklung assoziiert sind (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Planung einer Psychotherapie sollte die Wahl eines hoch intensiven psychotherapeutischen Verfahrens in Abhängigkeit von Faktoren, wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Verlauf und Behandlung der chronischen somatischen Komorbidität sowie Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und Präferenz des Patienten, erfolgen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Sollte ein depressiver Patient aufgrund seiner vorliegenden chronischen somatischen Komorbidität nicht in der Lage sein, bestimmte therapeutische Interventionen wahrzunehmen, sollten gemeinsam mit dem Patienten Alternativen oder eine Modifizierung der Interventionen (z. B. telefonische psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen bei Einschränkung der Mobilität) in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Patienten mit einer Lernbehinderung sollen, soweit möglich, die gleichen Interventionen angeboten werden wie anderen depressiven Patienten (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Wenn notwendig, sollten die Maßnahmen entsprechend den vorliegenden Einschränkungen angepasst werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei einer begleitenden Angststörung sollte die Behandlung der Depression Priorität haben (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Dies gilt auch für Patienten mit einer zusätzlichen somatischen Komorbidität (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Steht eine Angststörung mit begleitender Depression im Vordergrund, sollten entsprechende Behandlungsleitlinien geprüft (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]) und gegebenenfalls eine primäre Behandlung der Angststörung eingeleitet werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer Komorbidität von depressiver Symptomatik und Alkoholabhängigkeit sollten das Stellen der Therapieindikation und der Beginn einer Depressionsbehandlung erst nach einer 2- bis 4-wöchigen Abstinenz erfolgen, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstellung möglich sind (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE ↓]).

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass aufgrund einer unzureichenden Studienlage keine Empfehlungen zu einer Behandlung depressiver Patienten mit einer Demenz gegeben werden können (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für einen integrierten Versorgungsansatz bei Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und Vorliegen einer chronischen somatischen Komorbidität mit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen, insbesondere bei Nichtansprechen auf die Behandlung der ersten Wahl. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Gestaltung eines integrierten Versorgungsansatzes, wie Fallmanagement und eine enge Zusammenarbeit zwischen den

Leistungserbringern in der haus- und fachärztlichen Versorgung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, die Patienten mit einer leichten depressiven Episode und einer chronischen somatischen Komorbidität im Rahmen einer aktiv-abwartenden Begleitung über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Erkrankung aufzuklären. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Verwendung einer verständlichen Sprache und Vermeidung von Fachausdrücken bei der Information und Aufklärung des Patienten sowie gegebenenfalls die Hinzuziehung eines unabhängigen Dolmetschers. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für das Zurverfügungstellen von leicht verständlichen Patienteninformationen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Erörterung möglicher Behandlungsstrategien sowie der damit verbundenen Nutzen und Risiken im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Einwilligung der Patienten in die Behandlung nach vorheriger aussagekräftiger Aufklärung, insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung kultureller, ethnischer und migrationsspezifischer Einflussfaktoren. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Vermittlung von Interventionen in der von dem Patienten bevorzugten Sprache. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Regelung der Verantwortlichkeiten in einem Behandlungsplan, wenn die Behandlung eines Patienten sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting erfolgt. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Verfügbarkeit des Behandlungsplans für den Patienten sowie, wenn sinnvoll, für Angehörige oder Bezugspersonen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Behandler und Patient sowie dessen Angehörigen oder Bezugspersonen, wie die Entwicklung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und

Gespräche in einer offenen und optimistischen Atmosphäre. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Information von depressiven Patienten mit einer chronisch somatischen Komorbidität über das Angebot von Selbsthilfegruppen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Information von Angehörigen oder Bezugspersonen über Selbsthilfegruppen für Angehörige und Bezugspersonen, insbesondere bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode oder einer chronischen Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Verbesserung des Informationsstandes und der Unterstützung von Angehörigen oder Bezugspersonen durch Informationsmaterial sowie gegebenenfalls Begutachtung der betreuenden Tätigkeiten und des Gesundheitszustandes der den Patienten betreuenden Person. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Absprache zwischen Patient mit einer schweren depressiven Episode oder einer chronischen Depression und den in die Betreuung eingebundenen Angehörigen oder Bezugspersonen darüber, welche Informationen vertraulich behandelt und ob und in welcher Weise Informationen über den Behandlungsverlauf weitergegeben werden sollen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf niedrigschwellige Maßnahmen ansprechen, über verschiedene spezifische Interventionen wie medikamentöse Behandlung oder psychotherapeutische Interventionen mit hoher Intensität zu informieren. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR eine Empfehlung zur intensiven Aufklärung des Patienten bei Beginn einer medikamentösen Behandlung. Dabei sollten Aspekte, wie Bedenken gegenüber Antidepressiva, mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Nebenwirkungen und Behandlungsdauer, erörtert werden. Das Aufklärungsgespräch kann durch schriftliches Informationsmaterial unterstützt werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlungen, Patienten über das mögliche Auftreten von Symptomen, wie Suizidgedanken, Unruhe- und Angstzuständen, insbesondere zu Beginn einer medikamentösen Behandlung oder bei einem Wechsel einer Therapie zu informieren. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten bei frühzeitigem Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum zu informieren. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Information des Patienten über Symptome, die bei Absetzen einer Therapie mit Antidepressiva auftreten können, sowie für die Kontaktaufnahme des behandelnden Arztes bei Auftreten deutlicher Symptome. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Beachtung medikamentöser Wechselwirkungen sowie zur engen Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Einrichtungen, insbesondere bei Patienten mit einer komplexen Problematik und schweren depressiven Episode und Vorliegen chronischer somatischer Komorbiditäten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Beratung der Patienten zur Fortführung einer medikamentösen Behandlung nach Erreichen einer Remission mit dem Hinweis, dass eine Fortführung der Therapie das Risiko eines Rezidivs reduziert und Antidepressiva mit keiner Suchtwirkung assoziiert sind. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Wahl eines hoch intensiven psychotherapeutischen Verfahrens unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Verlauf und Behandlung der chronischen somatischen Komorbidität sowie Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und Präferenz des Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, über therapeutische Alternativen oder modifizierte Interventionen mit den Patienten gemeinsam zu entscheiden, wenn diese aufgrund vorliegender chronischer somatischer Komorbidität nicht in der Lage sind, bestimmte therapeutische Interventionen wahrzunehmen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zu Interventionen bei depressiven Patienten mit einer Lernbehinderung analog zu anderen depressiven Patienten. Die Interventionen sollen, wenn notwendig, entsprechend den vorliegenden Einschränkungen angepasst werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für eine prioritäre Behandlung der Depression bei begleitender Angststörung. Steht eine Angststörung mit begleitender Depression im Vordergrund, kann gegebenenfalls eine primäre Behandlung der Angststörung eingeleitet werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen, bei einer Komorbidität von depressiver Symptomatik und Alkoholabhängigkeit erst nach einer 2- bis 4-wöchigen Abstinenz die Therapieindikation zu stellen und eine Depressionsbehandlung zu beginnen, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstellung möglich sind. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Ältere Patienten

Eine Leitlinie (RNAO 2010) gibt Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie.

Es wird empfohlen, dass Schulungsprogramme für Pflegekräfte u. a. die Beurteilung und Behandlung von Depressionen im Alter beinhalten (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]). Pflegekräfte sollten entsprechend Kenntnis über die zur Verfügung stehenden Mehrkomponenten-Interventionen zur Pflege älterer Patienten mit Depressionen haben (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↑]). Darüber hinaus sollten Einrichtungen unterschiedliche Fortbildungsangebote in Betracht ziehen, um Pflegekräfte optimal bei der Versorgung älterer Patienten mit Depressionen zu unterstützen (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Pflegefachkräfte sollten im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit beurteilen, ob eine ältere Person in der Lage ist, Entscheidungen über Pflege und Therapie zu treffen (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]). Bei fehlender Entscheidungsfähigkeit sollte gegebenenfalls eine Betreuung beantragt oder in anderer Weise Bevollmächtigte hinzugezogen werden (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Pflegekräfte sollten in kreativer Weise die Familie des Patienten oder weitere Bezugspersonen einbeziehen beziehungsweise ein Hilfenetzwerk etablieren, um eine individualisierte qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Körperliche oder medikamentöse Zwangsmaßnahmen zur Ruhigstellung älterer Patienten sollten grundsätzlich vermieden werden (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Des Weiteren wird in Pflegeeinrichtungen die Implementierung eines Versorgungsmodells empfohlen, das eine konsistente Beziehung zwischen den Pflegekräften und den Patienten fördert (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen LoE Empfehlungen zum Wissensstand von Pflegekräften über die zur Verfügung stehenden Mehrkomponenten-Interventionen zur Pflege älterer Patienten mit Depressionen sowie zu entsprechenden Schulungs- und Fortbildungsprogrammen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem LoE eine Empfehlung zur Implementierung eines Versorgungsmodells in Pflegeeinrichtungen, dass die eine konsistente Beziehung zwischen den Pflegekräften und den Patienten fördert. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem LoE eine Empfehlung zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit älterer Patienten durch Pflegekräfte und zu Maßnahmen bei fehlender Entscheidungsfähigkeit.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem LoE eine Empfehlung zum Einbezug der Familie des Patienten oder weiterer Bezugspersonen beziehungsweise zur Etablierung eines Hilfenetzwerkes durch Pflegekräfte.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem LoE eine Negativempfehlung zu körperlichen oder medikamentösen Zwangsmaßnahmen zur Ruhigstellung älterer Patienten.

Depressionen in der Peripartalzeit

3 Leitlinien (KPCI 2012, NVL 2015, SIGN 2012) geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie.

Grundsätzlich sollten Frauen im gebärfähigen Alter, die psychotrope Substanzen einnehmen, über die möglichen Auswirkungen dieser Wirkstoffe in der Schwangerschaft und über zuverlässige Methoden der Empfängnisverhütung informiert werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Planung einer Schwangerschaft und geringem Rückfallrisiko kann ein Absetzen der medikamentösen Behandlung in Erwägung gezogen werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die Indikationsstellung zu einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit sollte gemeinsam mit der Patientin unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung auf Mutter und Kind sowie Berücksichtigung individueller Faktoren, wie beispielsweise bisherige Erfahrungen mit einem Wirkstoff und Präferenz der Patientin, erfolgen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Die Patientin sollte dabei über Nutzen und Risiken verschiedener Therapieoptionen aufgeklärt werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Planung einer medikamentösen Behandlung mit SSRIs sollten mögliche Auswirkungen einer unbehandelten depressiven Störung sowie fetale Risiken untersucht und mit der Patientin und gegebenenfalls mit ihrem Partner erörtert werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt])).

Bei der Durchführung einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit sollten folgende grundlegende Prinzipien und Aspekte beachtet werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]; SIGN 2012 [3 x GoR ↓, LoE fehlt]):

- Stellen einer klaren Indikation für eine medikamentöse Behandlung,
- mögliche Auswirkungen einer unbehandelten psychischen Störung auf die Patientin, die Schwangerschaft und das Kind,
- Bevorzugung einer Monotherapie,
- Einsatz der geringsten effektiven Dosis für die kürzestmögliche Dauer,
- Wahl des Wirkstoffs mit dem niedrigsten Risiko und Vermeidung, wenn möglich, eines Wirkstoffwechsels,
- frühzeitige Einschätzung der Notwendigkeit, die gewählte Medikation anzupassen oder nicht pharmakologische Interventionen zu erweitern,
- Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf die Pharmakokinetik und -dynamik von Wirkstoffen,
- regelmäßiges Monitoring des Wirkstoffspiegels und Anstreben eines niedrigen Wirkspiegels,
- Beachtung von Wechselwirkungen, insbesondere bei nicht psychotrop wirkenden Substanzen,
- Implikationen für die Stillzeit bei der Auswahl eines Wirkstoffs während der Schwangerschaft,
- Vermeidung eines abrupten Absetzens der Medikation und regelmäßige Kontrolle von Frauen, die zum Absetzen ihrer Medikation neigen,
- Kontrolle von spezifischen Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung auf das Kind,
- eingeschränktes Wissen über neurokognitive Langzeitauswirkungen auf das Kind,
- erhöhtes Risiko schädlicher Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung bei Frühgeborenen oder kranken Kindern,
- Vorsicht in Bezug auf Übernachten von Mutter und Kind in einem gemeinsamen Bett, v. a. bei der Einnahme sedierender Substanzen.

Generell sollte der Hausarzt im Falle einer Schwangerschaft die Behandlung mit einem Antidepressivum kontrollieren und mit der Patientin diskutieren, ob eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva fortgeführt oder ob eine andere alternative medikamentöse oder nichtmedikamentöse Behandlung begonnen werden sollte (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer geplanten Schwangerschaft und einer Neueinstellung auf ein Lithiumpräparat sollten Patientinnen über das möglicherweise erhöhte Fehlbildungsrisiko aufgeklärt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]). Dabei sollte eine Neueinstellung auf ein Lithiumpräparat nur in Einzelfällen erfolgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]). Im Falle einer Schwangerschaft sollte die Entscheidung über die Fortführung oder das Absetzen einer Lithiumtherapie gemeinsam mit der Patientin unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei der Fortführung der Therapie sollten fachpsychiatrische Einrichtungen, Entbindungseinrichtungen und Einrichtungen der Geburtsnachbetreuung (maternity services) eingebunden werden, um über frühe Zeichen einer Toxizität, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und schwangerschaftsbedingte Ereignisse zu informieren (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Wird eine Patientin im Stadium der Remission einer depressiven Störung schwanger, sollten sowohl die Risiken der Weiterführung einer Medikation als auch die Risiken des Absetzens einer Medikation auf die Mutter und den Fötus diskutiert werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Einnahme von Antidepressiva während der Schwangerschaft und Erreichen der Remissionsphase bei gleichzeitig bestehendem Wunsch zu stillen sollten sowohl die Risiken der Weiterführung einer Medikation auf das Neugeborene als auch die Risiken des Absetzens einer Medikation auf die Mutter und den Fötus diskutiert werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt regelmäßige Weiterbildungen von Ärzten zur Sicherheit der Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 17 zu entnehmen.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“,IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Information von Frauen im gebärfähigen Alter, die psychotrope Substanzen einnehmen, über die möglichen Auswirkungen dieser Wirkstoffe in der Schwangerschaft und über zuverlässige Methoden der Empfängnisverhütung.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Absetzen einer medikamentösen Behandlung bei Planung einer Schwangerschaft und niedrigem Rückfallrisiko.
- 3 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Indikationsstellung zu einer Pharmakotherapie zur Behandlung depressiver Störungen in der Peripartalzeit unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung sowie Berücksichtigung individueller Faktoren, wie bisherige Erfahrungen mit einem Wirkstoff und Präferenz der Patientin.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Aufklärung der Patientin über Nutzen und Risiken verschiedener medikamentöser Therapieoptionen.
- 2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Erörterung möglicher Auswirkungen einer unbehandelten depressiven Störung sowie zur Untersuchung fetaler Risiken bei Planung einer medikamentösen Behandlung mit SSRIs mit der Patientin.
- 2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Beachtung grundlegender Prinzipien und Aspekte bei Durchführung einer Pharmakotherapie zur Behandlung depressiver Störungen in der Peripartalzeit.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, die Behandlung mit einem Antidepressivum durch den Hausarzt im Falle einer Schwangerschaft zu diskutieren sowie die Fortführung einer medikamentösen Behandlung mit einem Antidepressivum oder den Beginn einer anderen nichtmedikamentösen oder medikamentösen Behandlung mit der Patientin zu diskutieren.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen zur Aufklärung von Patientinnen mit einer geplanten Schwangerschaft über ein möglicherweise erhöhtes Fehlbildungsrisiko bei der Neueinstellung auf ein Lithiumpräparat. Dabei sollte eine Neueinstellung nur in Einzelfällen erfolgen.
- 2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zu Nutzen-Risiko-Abwägungen und Aufklärung von schwangeren Frauen mit einer Lithiumtherapie.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, die Risiken der Weiterführung und des Absetzens einer Medikation mit Patientinnen, die im Stadium der Remission einer depressiven Störung schwanger werden, zu diskutieren.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, die Risiken der Weiterführung und des Absetzens von Antidepressiva mit Patientinnen, die während der Schwangerschaft Antidepressiva einnehmen und die Remissionsphase erreichen und bei denen gleichzeitig der Wunsch zu stillen besteht, zu diskutieren.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur regelmäßigen Weiterbildung von Ärzten hinsichtlich der Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft.

A3.4.2.7.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung.

Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen und angemessenem allgemeinen psychosozialen Funktionsniveau können laut einer Leitlinie im Regelfall ambulant betreut werden (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]).

Eine stationäre Behandlung wird unter Berücksichtigung vorliegender Suizidalität mit fehlender Absprachefähigkeit, erheblichem Mangel an Ressourcen oder aktuellen abnormen psychosozialen Belastungen und erheblichen Funktionseinschränkungen insbesondere bei unzureichender Arbeitsbelastbarkeit empfohlen (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]). Eine teilstationäre Behandlung ist unter Berücksichtigung des Schweregrades der Erkrankung, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes und der regionalen Versorgungskapazitäten zu prüfen (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]).

Mit den Patienten und ihren Bezugspersonen sollten Zielkriterien der Therapie festgelegt (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]) und über die Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]) sowie mögliche Strategien zur Verhinderung von Rückfällen und Rezidiven (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]) gesprochen werden. Dabei weist eine Leitlinie darauf hin, dass es keine ausreichende Evidenz gibt, um eine bestimmte psychotherapeutische Intervention im Vergleich zu anderen zu empfehlen (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten und ihre Bezugspersonen sollten über das Rückfall- und Rezidivrisiko sowie frühe Warnzeichen und das Verhalten bei Auftreten dieser Anzeichen aufgeklärt werden und mit dem behandelnden Arzt Strategien entwickeln, wie sie sich bei Auftreten dieser Merkmale verhalten können (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]). Nach Zustimmung des Patienten wird empfohlen, auch den behandelnden Hausarzt darüber zu informieren, damit dieser die vereinbarten Strategien unterstützen kann (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]).

Generell sollten Bezugspersonen über mögliche Hilfen informiert werden (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]).

Eine Leitlinie empfiehlt, ältere Jugendliche mit einer rezidivierenden Störung entsprechend den Leitlinienempfehlungen für Erwachsene zu behandeln (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus stellt eine Leitlinie fest, dass für die Behandlung von Kindern unter 8 Jahren aufgrund einer mangelnden Evidenzlage keine Empfehlungen gegeben werden können (DGKJP 2013 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 18 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zum Behandlungssetting in Abhängigkeit des Schweregrades der Erkrankung, gegebenenfalls mit vorliegender Suizidalität, sowie psychosozialer Belastungen, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes und der regionalen Versorgungskapazitäten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR eine Empfehlung zur Festlegung von Zielkriterien der Therapie und zur Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens und zu Strategien zur Vermeidung von Rückfällen und Rezidiven. Dabei weist eine Leitlinie auf die mangelhafte Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention im Vergleich zu einer anderen hin. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlungen, Patienten und ihre Bezugspersonen sowie behandelnde Hausärzte über frühe Warnzeichen und Verhalten bei Auftreten dieser Anzeichen aufzuklären sowie Strategien zum Verhalten beim Auftreten dieser Warnzeichen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt zu entwickeln. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Information von Bezugspersonen über mögliche Hilfen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, ältere Jugendliche mit einer rezidivierenden unipolaren depressiven Störung entsprechend den Leitlinienempfehlungen für Erwachsene zu behandeln. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.2.7.3 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

5 Leitlinien (KCE 2014, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015, SIGN 2010) geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Aktiv-abwartende Begleitung und Maßnahmen mit niedriger Intensität

3 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NVL 2015, SIGN 2010) geben Empfehlungen zu aktiv-abwartenden und Maßnahmen mit niedriger Intensität.

2 Leitlinien führen an, dass bei einer leichten depressiven Episode zunächst im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, oder wenn der Patient eine aktive Behandlung ablehnt (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]).

Bei Fortbestehen der Symptomatik oder bei einer mittelgradigen depressiven Episode sollten dem Patienten weitere Interventionen angeboten werden, z. B.

- Beratung (Counselling) (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]),
- psychoedukativ-supportive Gespräche (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]),
- qualifizierte angeleitete Selbsthilfe (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]; SIGN 2010 [GoR ↑, LoE ↑]),
- computergestützte kognitive Verhaltenstherapie[1] (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; SIGN 2010 [GoR ↑, LoE ↑]),
- Problemlösetraining (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]),
- psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung beziehungsweise psychosomatische Grundversorgung (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]),
- strukturiertes und supervidiertes Bewegungsprogramm (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]; SIGN 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Des Weiteren sollten laut einer Leitlinie Patienten über Lebensgewohnheiten, die einen erholsamen Schlaf fördern, bei Bedarf beraten werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus geben 2 Leitlinien spezifische Empfehlungen zum Inhalt und zur Durchführung einzelner Maßnahmen mit niedriger Intensität, wie angeleitete Selbsthilfe, computergestützte kognitive Verhaltenstherapie, strukturierte Bewegungsprogramme und Selbsthilfegruppen (NCCMH 2010 adults, SIGN 2010).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 19 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine zunächst aktiv-abwartende Begleitung von Patienten mit einer leichten depressiven Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu niedrigschwelligen Maßnahmen bei Fortbestehen einer leichten depressiven Symptomatik oder bei einer mittelgradigen depressiven Episode, wie z. B. psychoedukativ-supportive Gespräche, qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, computergestützte kognitive Verhaltenstherapie und strukturierte Bewegungsprogramme. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Beratung des Patienten über Lebensgewohnheiten, die einen erholsamen Schlaf fördern. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

[1] Laut der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA ist eine kognitive Verhaltenstherapie verordnungsfähig, allerdings liegen keine spezifischen Informationen zur computergestützten Verhaltenstherapie vor [36].

Psychotherapie

5 Leitlinien (KCE 2014, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015, SIGN 2010) geben Empfehlungen zur Durchführung einer Psychotherapie.

Bei leichter (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]) oder mittelgradiger depressiver Episode (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]) soll eine Psychotherapie angeboten werden.

2 Leitlinien empfehlen u. a. folgende hoch intensive Formen der Psychotherapie (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; [GoR ↓, LoE fehlt]; SIGN 2010 [3 x GoR ↑, LoE ↑]; [2 x GoR fehlt, LoE ↑]):

- individuelle kognitive Verhaltenstherapie,
- interpersonelle Psychotherapie,
- eine Verhaltensaktivierung,
- intensivierte Beratung (Counselling),
- Problemlöseansätze,
- psychodynamische Kurzzeit-Psychotherapie.

Eine Leitlinie empfiehlt eine intensivierte Beratung (Counselling) sowie eine psychodynamische Kurzzeit-Psychotherapie, wenn eine Therapie mit Antidepressiva, eine kognitive Verhaltenstherapie, eine interpersonelle Psychotherapie und eine Verhaltens-aktivierung vom Patienten abgelehnt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Auch eine Paartherapie[2] sollte in Erwägung gezogen werden, wenn davon ausgegangen wird, dass die Einbeziehung des Partners einen potenziellen therapeutischen Nutzen hat (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; SIGN 2010 [GoR ↓, LoE ↑]). Des Weiteren kann bei Fortbestehen leichter bis mittelgradiger depressiver Episoden und Ablehnung einer niedrig intensiven Psychotherapie eine gruppenbasierte kognitive Verhaltenstherapie in Erwägung gezogen werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Darüber hinaus gibt eine Leitlinie eine spezifische Empfehlung zur Durchführung und Dauer einer gruppenbasierten kognitiven Verhaltenstherapie (NCCMH 2010 adults).

Bei der Planung einer Psychotherapie sollte die Wahl eines psychotherapeutischen Verfahrens mit hoher Intensität in Abhängigkeit von Faktoren, wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und Präferenz des Patienten, erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

[2] In der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA liegen keine Informationen zur Durchführung einer Paartherapie vor [36].

Bei mittelgradigen (KCE 2014 [GoR ↓, LoE ↓]) oder mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]) und Planung eines alleinigen Behandlungsverfahrens, z. B. aufgrund der Präferenz des Patienten, sollte eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Behandlung angeboten werden.

Des Weiteren empfiehlt eine Leitlinie, bei Dysthymien (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]) sowie bei pharmakotherapieresistenter Depression (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]) eine angemessene Psychotherapie anzubieten.

Alle psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen sollten durch adäquat geschultes Fachpersonal, das sich regelmäßiger Supervisionen unterzieht, durchgeführt werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; SIGN 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung als Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Rezidivprophylaxe soll eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 19 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zum Angebot einer Psychotherapie bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR oder alternativ hohen LoE Empfehlungen zu Formen der Psychotherapie mit hoher Intensität wie z. B. individuelle kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie oder eine Verhaltensaktivierung. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Indikation für eine intensivierte Beratung (Counselling) sowie für eine psychodynamische Kurzzeit-Psychotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Durchführung einer Paartherapie, wenn diese einen potenziellen therapeutischen Nutzen hat. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine gruppenbasierte kognitive Verhaltenstherapie bei Fortbestehen leichter bis mittelgradiger depressiver Episoden und

Ablehnung einer niedrig intensiven Psychotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Dauer und Symptomverlauf der depressiven Episode, Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit, Wahrscheinlichkeit der Adhärenz gegenüber einer Therapie und Präferenz des Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zum gleichwertigen Angebot einer Psychotherapie oder medikamentösen Behandlung bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden und Planung eines alleinigen Behandlungsverfahrens. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen für eine angemessene Psychotherapie bei Dysthymien sowie bei pharmakotherapieresistenten Depressionen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Durchführung psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen durch adäquat geschultes Fachpersonal, das sich regelmäßiger Supervisionen unterzieht. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Rezidivprophylaxe. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

3 Leitlinien (KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zu nichtmedikamentösen somatischen Therapieverfahren.

2 Leitlinien empfehlen, bei einer schweren, vital bedrohlichen oder therapieresistenten depressiven Episode eine elektrokonvulsive Therapie als Behandlungsalternative in Betracht zu ziehen (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]). Bei einer mittelgradigen depressiven Episode wird von dem regelhaften Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie abgeraten (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]); nach mehreren erfolglosen medikamentösen und psychologischen Therapieversuchen kann diese allerdings in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Wird eine elektrokonvulsiven Therapie in Betracht gezogen, sollte der Patient vollständig über Nutzen und Risiken aufgeklärt werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Durchführung dieser Therapie sollte nach jeder Behandlung der klinische Status mithilfe eines validierten psychometrischen Tests kontrolliert werden; die Therapie sollte bei Remission oder bei ungünstigem Nutzen-Nebenwirkungs-Verhältnis beendet werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Ebenso sollten die kognitiven Funktionen vor und während der Therapie regelmäßig überprüft werden (NCCHM 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus gibt eine Leitlinie spezifische Empfehlungen zur Umsetzung einer elektrokonvulsiven Therapie sowie zur Überprüfung der kognitiven Funktion (NCCMH 2010 adults).

Nach einer erfolgreichen Behandlungsserie mit einer elektrokonvulsiven Therapie sollte als Erhaltungstherapie und zur Rezidivprophylaxe eine Pharmakotherapie (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]) beziehungsweise eine kombinierte Pharmako- und Psychotherapie (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]) mit oder ohne zusätzliche elektrokonvulsive Therapie erfolgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Laut einer Leitlinie soll bei leichten bis mittelgradigen saisonal bedingten depressiven Episoden eine Lichttherapie erwogen werden (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Therapieansprechen kann diese Therapie den gesamten Winter über fortgesetzt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine weitere Leitlinie führt an, dass bei nicht saisonal abhängigen depressiven Episoden keine Empfehlung für oder gegen eine Lichttherapie als Therapie der ersten Wahl oder ergänzende Maßnahme gegeben werden kann (KPCI 2012 [Statement]).

Eine Wachtherapie sollte in der Behandlung depressiver Episoden als Behandlungsform erwogen werden, wenn eine rasche, wenn auch kurz anhaltende Response therapeutisch gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine (repetitive) transkranielle Magnetstimulation des linken dorsolateralen, präfrontalen Kortex kann laut einer Leitlinie bei Nichtansprechen auf eine primäre medikamentöse Behandlung durchgeführt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]). Laut einer anderen Leitlinie sollte dieses Verfahren aufgrund einer unzureichenden Evidenzlage lediglich in klinischen Studien eingesetzt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Für eine Vagus-Nerv-Stimulation kann aufgrund einer unzureichenden Evidenzlage derzeit keine Empfehlung gegeben werden (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 19 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu einer elektrokonvulsiven Therapie als Behandlungsalternative bei einer schweren, vital bedrohlichen oder

therapieresistenten depressiven Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu einer elektrokonvulsiven Therapie bei mittelgradigen depressiven Episoden. Dabei wird mit hohem GoR von dem regelhaften Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie abgeraten; sie kann jedoch nach mehreren erfolglosen medikamentösen und psychologischen Therapieversuchen in Erwägung gezogen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur regelmäßigen Überprüfung des klinischen Status und der kognitiven Funktion bei Durchführung einer elektrokonvulsiven Therapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine Pharmakotherapie beziehungsweise eine kombinierte Pharmako- und Psychotherapie mit oder ohne zusätzliche elektrokonvulsive Therapie als Erhaltungstherapie und zur Rezidivprophylaxe nach einer erfolgreichen Behandlungsserie mit einer elektrokonvulsiven Therapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine Lichttherapie bei leichten bis mittelgradigen saisonal bedingten depressiven Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Wachtherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu einer transkraniellen Magnetstimulation. Es handelt sich um inhaltlich inkonsistente Aussagen. Aufgrund der inhaltlichen Inkonsistenz wird eine weitere Überprüfung der DMP-Relevanz vorgeschlagen.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Aufklärung des Patienten über Nutzen und Risiken einer elektrokonvulsiven Therapie.

Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen

3 Leitlinien (KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zu nichtmedikamentösen adjuvanten Maßnahmen.

In mehreren Leitlinien werden nichtmedikamentöse Maßnahmen zum Selbstmanagement des Patienten mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden genannt, die zusätzlich zu einer spezifischen Depressionstherapie angeboten werden können:

- wissenschaftlich validierte internetbasierte Materialien zur Selbsthilfe (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE ↓]),
- wissenschaftlich validierte Bibliotherapie (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]),
- geschulte Kontaktperson (Befriending) (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]),
- Schulungen zu gesundheitsbewusstem Verhalten und Lebensstil (KPCI 2012 [GoR fehlt, LoE fehlt]),
- Bewegungsprogramme (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Weiterhin werden von einer Leitlinie psychoedukative Angebote für Betroffene und Angehörige empfohlen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, Schulungen zu gesundheitsbewusstem Verhalten als zusätzliche Therapieoption bei Patienten mit schwachen oder mittelgradigen depressiven Episoden einzusetzen, rät aber bei Patienten mit schweren depressiven Episoden davon ab, diese anstelle einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva oder einer Psychotherapie einzusetzen (KPCI 2012 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie kann aufgrund unzureichender Evidenz in Bezug auf von Patienten zusätzlich in Anspruch genommene Beratungsangebote über Telefon oder Internet, Musiktherapie und Lebensrückblickinterventionen keine Aussage gemacht werden (KPCI 2012 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 19 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit niedrigen GoR, ein Leitlinie mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zu nichtmedikamentösen adjuvanten Maßnahmen zum Selbstmanagement des Patienten mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu psychoedukativen Angeboten für Betroffene und Angehörige. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Negativempfehlung zu Schulungen zu gesundheitsbewusstem Verhalten anstelle einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva oder einer Psychotherapie bei Patienten mit schweren depressiven Episoden. Aufgrund der GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

A3.4.2.7.4 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Aktiv-abwartende Begleitung und Maßnahmen mit niedriger Intensität

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zu aktiv-abwartenden und Maßnahmen mit niedriger Intensität.

Bei leichten depressiven Episoden ohne Komorbidität, nennenswerten Risikofaktoren, familiären Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignalen für einen Rückfall können zunächst aktiv-abwartende oder Maßnahmen mit niedriger Intensität, wie eine aktive Unterstützung, Beratung, Psychoedukation, eine unterstützende, non-direktive Gesprächstherapie, eine gruppenbasierte kognitive Verhaltenstherapie oder eine angeleitete Selbsthilfe angeboten werden (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE ↓]; NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Die genannten aktiv-abwartenden Maßnahmen können über einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE ↓]) beziehungsweise sollen nicht länger als 2 bis 3 Monate angewandt werden (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die Interventionen sollten durch adäquat geschultes Fachpersonal, z. B. in Hausarztpraxen, Schulen, sozialen Einrichtungen und fachpsychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Erwachsene, angeboten werden (NICE 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 20 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu aktiv-abwartenden oder niedrigschwelligen Maßnahmen bei leichten depressiven Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zum Zeitraum für die Durchführung und die Dauer von aktiv-abwartenden Maßnahmen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Durchführung von Interventionen durch adäquat geschultes Fachpersonal.

Psychotherapie

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zu psychotherapeutischen Verfahren.

Laut einer Leitlinie ist generell einer Psychotherapie Vorrang zu geben, da eine Pharmakotherapie zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen könnte (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]). Insbesondere bei Vorliegen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ist eine Psychotherapie zu bevorzugen, wobei bei einer schweren depressiven Episode eine Kombinationstherapie in Erwägung gezogen werden sollte (DGKJP 2013 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

2 Leitlinien empfehlen, insbesondere bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden, eine spezifische Psychotherapie, wie eine individuelle kognitiv-verhaltenstherapeutische oder interpersonelle Psychotherapie (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]; NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]), oder alternativ eine psychodynamische oder eine systemische Psychotherapie (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE fehlt]; NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]) anzubieten.

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 20 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für den generellen Vorrang einer Psychotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlendem GoR und LoE eine Empfehlung, eine Psychotherapie insbesondere bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden zu bevorzugen, bei einer schweren Episode sei allerdings eine Kombinationstherapie in Erwägung zu ziehen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Durchführung einer spezifischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen insbesondere bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

Eine Leitlinie (DGKJP 2013) gibt Empfehlungen zu nichtmedikamentösen somatischen Therapieverfahren.

Bei Jugendlichen mit einer sehr schweren Form der Depression kann eine Elektrokonvulsionstherapie in Erwägung gezogen werden, bei Kindern wird davon abgeraten (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE ↓]).

Darüber hinaus können aufgrund einer unzureichenden Evidenzlage keine Empfehlungen für oder gegen weitere Ansätze, wie Gesprächspsychotherapie, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Maßnahmen der Jugendhilfe, repetitive transkranielle Magnetstimulation

(rTMS), Vagusnervstimulation, Schlafdeprivation / Wachtherapie und Massage, gegeben werden (DGKJP 2013 [Statement]). Aufgrund klinischer Erfahrung wird jedoch angenommen, dass komplementäre therapeutische Angebote wirksam sind (DGKJP 2013 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 20 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie bei Jugendlichen mit einer sehr schweren Form der Depression. Bei Kindern wird davon abgeraten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.7.5 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

5 Leitlinien (KCE 2014, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015, SIGN 2010) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Antidepressiva

4 Leitlinien (KCE 2014, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zu einer Therapie mit Antidepressiva.

Bei fortbestehender depressiver Symptomatik und einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode sowie Nichtansprechen auf psychosoziale Interventionen mit niedriger Intensität sollte eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum angeboten werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei leichten depressiven Störungen wird von einer routinemäßigen Therapie mit Antidepressiva abgeraten (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei schweren depressiven Episoden soll laut einer Leitlinie eine alleinige medikamentöse Behandlung vermieden und eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie aufgrund des Langzeiteffekts zur Anwendung kommen (KCE 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

In bestimmten Situationen kann jedoch ein Einsatz von Antidepressiva in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; [NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]), z. B. bei

- Wunsch / Präferenz des Patienten,
- gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Behandlung in der Vergangenheit,
- Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen,
- Episoden mittelschwerer oder schwerer Depressionen in der Vorgeschichte des Patienten.

Eine medikamentöse Behandlung sollte laut einer Leitlinie bei Dysthymien und Doppeldepressionen (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]) sowie bei einer chronischen Depression (mehr als 2 Jahre persistierend) (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]) angeboten werden.

Eine Leitlinie führt an, dass aufgrund der vergleichbaren Effektivität grundsätzlich zunächst jedes Antidepressivum als Ersttherapie in Betracht gezogen werden kann (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE ↑]). Bei der Wahl des Antidepressivums sollten unter anderem die Präferenz des Patienten, das Ansprechen auf einen Wirkstoff in der Vergangenheit sowie mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten berücksichtigt werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei einem frühzeitigen Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum können folgende Maßnahmen in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]):

- engmaschige Kontrolle der Symptome bei leichten Nebenwirkungen, die für den Patienten akzeptabel sind,
- Absetzen oder Wechsel der Therapie in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten,
- kurzzeitige (nicht länger als 2 Wochen) zusätzliche Gabe eines Benzodiazepins in Abstimmung mit dem Patienten bei Angst- und Unruhezuständen (keine Option bei chronischen Angststörungen).

Wenn ein Antidepressivum verschrieben werden soll, wird generell ein selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) empfohlen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei der Verschreibung eines SSRI sollte v. a. auf eine erhöhte Blutungsneigung, insbesondere bei älteren Patienten oder bei gleichzeitiger Gabe nichtsteroidaler Antirheumatika (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]), und auch auf die Einnahme von anderen Medikamenten mit schädigendem Potenzial für den Gastrointestinaltrakt geachtet werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei gehen spezifisch Fluoxetin, Fluvoxamine und Paroxetin mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten einher. Zusätzlich ist bei Paroxetin die erhöhte Inzidenz für einen Therapieabbruch zu berücksichtigen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren weist eine Leitlinie auf weitere Symptome hin, die insbesondere zu Beginn einer Therapie mit SSRI auftreten können, wie Hinweise auf ein serotonerges Syndrom, Hyponatriämie (v. a. bei älteren Patienten), Diarrhö und Suizidgedanken (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Ebenso sollen folgende Risiken bei der Verschreibung von anderen Wirkstoffen als SSRI beachtet werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]):

- die erhöhte Wahrscheinlichkeit des Absetzens der Medikation durch den Patienten aufgrund von Nebenwirkungen bei der Gabe von Venlafaxin, Duloxetin und trizyklischen Antidepressiva,

- Verschlechterung von kardialen Arrhythmien bei einer höheren Dosierung von Venlafaxin,
- Verschlechterung eines Bluthochdrucks bei der Gabe von Venlafaxin und Duloxetin,
- Orthostase-Syndrom und Arrhythmie bei der Gabe von trizyklischen Antidepressiva,
- Erfordernis von engmaschigen Blutuntersuchungen bei der Gabe von Mianserin bei älteren Patienten.

Ferner sollten anticholinerge und chinidinartige Nebenwirkungen bei der Gabe trizyklischer Antidepressiva beachtet werden, insbesondere bei bestimmten Risikogruppen (z. B. Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen) (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

In der Regel sollte die antidepressive Medikation mit der niedrigen, als „Anfangsdosis“ bezeichneten Tagesdosis begonnen werden, bei älteren Patienten sollte die Anfangsdosis bei trizyklischen Antidepressiva halbiert und langsam aufdosiert werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Mit dem Patienten sollte zu Beginn der Therapie ein Bewertungstag vereinbart werden, an dem gemeinsam beurteilt wird, ob eine Response vorliegt (4 Wochen beziehungsweise 6 Wochen bei älteren Patienten nach Erreichen der Standarddosierung) (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die Verschreibung irreversibler Monoaminooxidase-Hemmer sollte in der Regel ausschließlich durch Fachärzte erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät explizit von dem trizyklischen Antidepressivum Dosulepin ab (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 21 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zu einer medikamentösen Behandlung mit einem Antidepressivum bei fortbestehender depressiver Symptomatik und leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden sowie Nichtansprechen auf niedrigschwellige psychosoziale Interventionen. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Negativempfehlungen für den routinemäßigen Einsatz von Antidepressiva bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung und rät von einer alleinigen medikamentösen Behandlung bei schweren depressiven Episoden ab. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Antidepressiva in bestimmten Situationen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine medikamentöse Behandlung bei Dysthymien und Doppeldepressionen sowie bei einer chronischen depressiven Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung dafür, dass grundsätzlich jedes Antidepressivum als Ersttherapie aufgrund der vergleichbaren Effektivität in Betracht gezogen werden kann. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen, bei der Wahl eines Antidepressivums Faktoren, wie Präferenz des Patienten, das Ansprechen auf ein Wirkstoffen in der Vergangenheit sowie mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, zu berücksichtigen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zum regelhaften Einsatz eines SSRI bei der Verschreibung eines Antidepressivums. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Beachtung von Komplikationen (v. a. erhöhte Blutungsneigung bei älteren Patienten) bei einer Therapie mit SSRI oder bei gleichzeitiger Gabe nichtsteroidaler Antirheumatika sowie anderen Medikamenten mit schädigendem Potenzial für den Gastrointestinaltrakt. Dabei sind auch die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie die erhöhte Inzidenz für einen Therapieabbruch bei spezifischen SSRI zu berücksichtigen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung weiterer Symptome, die insbesondere zu Beginn einer Therapie mit SSRI auftreten können. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung von bestimmten Risiken bei der Verschreibung von anderen Wirkstoffen als SSRI. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur schrittweisen Aufdosierung von Antidepressiva sowie Vereinbarung eines Bewertungstags zur gemeinsamen Beurteilung der Response. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Verschreibung irreversibler Monoaminooxidase-Hemmer durch Fachärzte. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für eine Therapie mit Dosulepin. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund unseres beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen zu Maßnahmen bei frühzeitigem Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit Antidepressiva, wie engmaschige Kontrolle der Symptome oder Überprüfung der Therapie mit gegebenenfalls Wechsel der Therapie.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, anticholinerge und chinidinartige Nebenwirkungen bei der Gabe trizyklischer Antidepressiva zu beachten, insbesondere bei bestimmten Risikogruppen.

Pflanzliche Arzneimittel

4 Leitlinien (KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015, SIGN 2010) geben Empfehlungen zu einer Behandlung mit Johanniskraut.

Laut einer Leitlinie kann bei leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden unter Beachtung der spezifischen Nebenwirkungen und Interaktionen ein erster Therapieversuch mit Johanniskraut in Erwägung gezogen werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). 2 andere Leitlinien hingegen raten generell davon ab, depressiven Patienten Johanniskraut zu verschreiben oder zu empfehlen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↑]).

Eine weitere Leitlinie gibt an, keine Empfehlung für oder gegen eine solche Behandlung bei dieser Patientengruppe geben zu können (KPCI 2012 [Statement]), rät aber bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode explizit davon ab (KPCI 2012 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Bei einer Einnahme von Johanniskraut sollten Patienten über die Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten aufgeklärt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↑]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 21 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen oder Negativempfehlungen zu einer Therapie mit Johanniskraut bei leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden. Es handelt sich um inhaltlich inkonsistente Aussagen. Aufgrund der inhaltlichen Inkonsistenz wird eine weitere Überprüfung der DMP-Relevanz vorgeschlagen.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Negativempfehlung zur Therapie mit Johanniskraut bei schweren depressiven Episoden. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Aufklärung des Patienten über Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten bei Einnahme von Johanniskraut. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Wahnhafte Depression / Depressionen mit psychotischen Symptomen

2 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie rät grundsätzlich zu einer medikamentösen Behandlung bei depressiven Patienten mit psychotischen Symptomen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei wahnhafter Depression oder depressiven Störungen mit psychotischen Symptomen sollte eine Kombination aus Antidepressiva und Antipsychotika in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 21 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zu einer medikamentösen Behandlung bei depressiven Patienten mit psychotischen Symptomen beziehungsweise einer wahnhaften Depression. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.7.6 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Grundsätzlich ist eine Psychotherapie die Behandlung der ersten Wahl, da eine Pharmakotherapie zur Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen kann (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer anderen Leitlinie sollte eine alleinige medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva bei mittelgradigen bis schweren depressiven Störungen vermieden werden; sie wird nur in Kombination mit einer gleichzeitig stattfindenden Psychotherapie empfohlen (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Werden psychotherapeutische Maßnahmen im Rahmen einer Kombinationsbehandlung abgelehnt, kann jedoch unter einer engmaschigen Verlaufskontrolle eine alleinige medikamentöse Behandlung durchgeführt werden (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt bei älteren Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen als Alternative zu einer psychotherapeutischen Behandlung eine medikamentöse Behandlung mit Fluoxetin[3] oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin (siehe auch Abschnitt A3.4.2.7.8) (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]). Ist die Gabe von Fluoxetin nicht möglich oder nicht erwünscht, sollten alternativ die Wirkstoffe Escitalopram, Citalopram oder Sertralin eingesetzt werden (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Von dem Einsatz folgender Antidepressiva wird bei Kindern und Jugendlichen ausdrücklich abgeraten:

- trizyklische Antidepressiva (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]),
- Paroxetin, Venlafaxin und Mirtazapin (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]),
- Moclobemid (Monoaminooxidase-Hemmer) (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE ↓]).

Darüber hinaus weist eine Leitlinie darauf hin, dass gegen den Einsatz von Johanniskraut und Agomelatin mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen sprechen (DGKJP 2013 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 22 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für den generellen Vorrang einer Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zu einer alleinigen medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen mit mittelgradigen bis schweren depressiven Störungen ab; sie wird nur in Kombination mit einer gleichzeitig stattfindenden Psychotherapie empfohlen. Werden psychotherapeutische Maßnahmen im Rahmen einer Kombinationstherapie abgelehnt, kann eine alleinige medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva unter einer engmaschigen Verlaufskontrolle durchgeführt werden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zu einer medikamentösen Behandlung mit dem Antidepressivum Fluoxetin oder einer Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und dem Antidepressivum Fluoxetin bei Kindern

[3] Laut der Fachinformation ist Fluoxetin bei Kindern und Jugendlichen (8 Jahre und älter) mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden zugelassen, wenn die Depression nach 4 bis 6 Sitzungen nicht auf eine psychologische Behandlung anspricht. Ein antidepressives Arzneimittel sollte einem Kind oder jungen Menschen mit mittelgradiger bis schwerer Depression nur in Verbindung mit einer gleichzeitigen psychologischen Behandlung gegeben werden [37].

und Jugendlichen mit depressiven Störungen als Alternative zu einer Psychotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für alternative Wirkstoffe, wenn die Gabe von Fluoxetin nicht möglich oder nicht erwünscht ist. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Negativempfehlungen zum Einsatz von trizyklischen Antidepressiva sowie Paroxetin, Venlafaxin und Mirtazapin bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen ab. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung zum Einsatz des Monoaminooxidase-Hemmers Moclobemid bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.7.7 Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

4 Leitlinien (KCE 2014, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zu einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie.

Bei einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode wird als Behandlung der ersten Wahl eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie empfohlen (KCE 2014 [GoR ↓, LoE ↓]; KPCI 2012 [GoR ↓, LoE ↑]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine alleinige medikamentöse Behandlung sollte bei Patienten mit schweren depressiven Episoden in der Akutphase, soweit möglich, aufgrund des überlegenen Langzeiteffekts der Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Behandlung vermieden werden (KCE 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Planung eines alleinigen Behandlungsverfahrens, z. B. aufgrund der Präferenz des Patienten, sollte eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Behandlung für Patienten mit akuten mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden angeboten werden (KCE 2014 [GoR ↓, LoE ↓]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei chronischen (schweren) Depressionen und Doppeldepression sollte eine Kombinationsbehandlung gegenüber einer alleinigen medikamentösen Behandlung oder Psychotherapie bevorzugt werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE ↑]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]). Der Patient sollte darüber informiert werden, dass eine Kombinationsbehandlung bei chronischen Depressionen und Doppeldepression wirksamer als eine Monotherapie ist (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]).

Darüber hinaus gibt es laut einer Leitlinie Hinweise dafür, dass die Compliance bei einer medikamentösen Behandlung höher ist, wenn zugleich eine Psychotherapie durchgeführt wird (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 23 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

4 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zu einer alleinigen medikamentösen Behandlung bei Patienten mit schweren depressiven Episoden in der Akutphase. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Planung eines alleinigen Behandlungsverfahrens bei Patienten mit akuten mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Hiernach sollte eine Psychotherapie gleichwertig zur medikamentösen Behandlung angeboten werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine Kombinationsbehandlung bei chronischen Depressionen und Doppeldepression. Dabei sollte der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationsbehandlung wirksamer ist als eine Monotherapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.2.7.8 Kombinationsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zu einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie.

Eine Leitlinie empfiehlt bei älteren Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen alternativ zu einer kognitiv verhaltenstherapeutischen oder einer interpersonellen Psychotherapie oder einer Medikation mit Fluoxetin eine Kombinationsbehandlung aus kognitiver Verhaltenstherapie und Fluoxetin (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]). In einer ergänzenden Empfehlung, die sich allein auf Expertenkonsens beruft, wird eine Kombinationsbehandlung v. a. bei schweren depressiven Episoden empfohlen, während bei leichter bis mittelgradiger depressiven Episode zunächst einer alleinigen Psychotherapie der Vorrang gegeben werden soll (DGKJP 2013 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Laut einer weiteren Leitlinie kann bei Jugendlichen (12-18 Jahre) mit mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode initial auch eine Kombinationsbehandlung (Fluoxetin und Psychotherapie) in Erwägung gezogen werden (als Alternative zu einer alleinigen Psychotherapie gefolgt von einer Kombinationsbehandlung) (NICE 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte grundsätzlich eine alleinige medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva bei mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode vermieden werden; sie wird nur in Kombination mit einer gleichzeitigen Psychotherapie empfohlen (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 24 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu einer Kombinationsbehandlung aus Fluoxetin und Psychotherapie als Alternative zu einer alleinigen Psychotherapie oder einer Pharmakotherapie bei älteren Kindern und Jugendlichen v. a. mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zu dem Einsatz einer alleinigen medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.2.7.9 Therapie bei speziellen Patientengruppen

A3.4.2.7.9.1 Erwachsene mit psychischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen

3 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Therapie.

Allgemeine Empfehlungen

3 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben allgemeine Empfehlungen zur Therapie.

Eine Leitlinie empfiehlt, bei Patienten mit depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sowohl eine Psychotherapie als auch eine Pharmakotherapie anzubieten (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei einer begleitenden Angststörung sollte die Behandlung der Depression Priorität haben (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Dies gilt auch für Patienten mit einer zusätzlichen somatischen Komorbidität (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Steht eine Angststörung mit begleitender Depression im Vordergrund, sollten entsprechende Behandlungsleitlinien geprüft (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]) und gegebenenfalls eine primäre Behandlung der Angststörung eingeleitet werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer Komorbidität von depressiver Symptomatik und Alkoholabhängigkeit sollte eine Depressionsbehandlung in der Regel nicht vor 2- bis 4-wöchiger Abstinenz begonnen werden, um eine valide Depressionsdiagnostik und Indikationsstellung zu gewährleisten (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Die Ausnahme ist das Vorliegen einer akuten Situation (z. B. schwerer depressiver Episode oder bestehender Suizidalität), die eine sofortige Behandlung erfordert (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Alkoholabhängigkeit und Depression soll 3 bis 4 Wochen nach einem Entzug eine erneute Prüfung der Behandlungsindikation erfolgen (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollten bei Alkoholabhängigkeit und Depression intensivere Interventionen eingesetzt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]) und die Behandlung beider Störungen möglichst in einem Setting integriert erfolgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass aufgrund einer unzureichenden Studienlage keine Empfehlungen für eine spezifische Therapie bei depressiven Störungen und komorbiden somatoformen Störungen gegeben werden können (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 25 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung sowohl für das Angebot einer Psychotherapie als auch einer Pharmakotherapie bei depressiven Patienten mit komorbider Angststörung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit hohem GoR Empfehlungen für eine prioritäre Behandlung der Depression bei begleitender Angststörung oder zusätzlicher somatischer Komorbidität. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigem GoR Empfehlungen zur primären Behandlung der Angststörung, wenn eine Angststörung mit begleitender Depression im Vordergrund steht. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen zum Beginn einer Depressionsbehandlung bei Komorbidität von depressiver Symptomatik und Alkoholabhängigkeit nach 2- bis 4-wöchiger Abstinenz. Die Ausnahme bildet das Vorliegen einer akuten Situation, die eine sofortige Behandlung erfordert. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine erneute Prüfung der Behandlungsindikation bei Alkoholabhängigkeit und Depression 3 bis 4 Wochen nach einem Entzug. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Umsetzung von intensiveren Interventionen bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Depression sowie zur Integration der Behandlung beider Störungen in einem Setting. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Nichtmedikamentöse Behandlung

Eine Leitlinie (NVL 2015) gibt Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Depressiven Patienten mit einer komorbiden Alkoholabhängigkeit sollte eine Psychotherapie, insbesondere eine kognitive Verhaltenstherapie, angeboten werden (NVL 2015 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung (im Folgenden ist damit gemeint: emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp) kann eine Psychotherapie (empirische Hinweise liegen für die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Psychotherapie und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie vor) angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Aufgrund einer unzureichenden Studienlage können keine Empfehlungen für eine Psychotherapie bei Essstörungen mit komorbider Depression gegeben werden (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 25 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie) bei depressiven Patienten mit einer komorbiden Alkoholabhängigkeit. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Psychotherapie bei Vorliegen einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Medikamentöse Behandlung

Eine Leitlinie (NVL 2015) gibt Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Bei Komorbidität von depressiver Störung und Alkoholabhängigkeit wird eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva zur Reduktion der depressiven Symptome und der Wahrscheinlichkeit eines Alkoholrückfalls (empirische Belege liegen für Fluoxetin, Desipramin und Mirtazapin vor) empfohlen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere bei Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Es wird jedoch davon abgeraten, SSRIs als alleinige Therapie zur Reduktion des Alkoholkonsums einzusetzen (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Komorbidität von depressiver Störung und Essstörung, wie z. B. Bulimia nervosa, sollte eine Pharmakotherapie (empirische Belege liegen für Fluoxetin vor) angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Hierbei sollten substanzspezifische Effekte auf die jeweilige Essstörung beachtet werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass es empirische Belege für die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie mit einem SSRI, einem MAO-Hemmer oder einem atypischen Antipsychotikum bei Vorliegen einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 25 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva bei Komorbidität von depressiver Störung und Alkoholabhängigkeit, insbesondere bei Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für den alleinigen Einsatz von SSRIs zur Reduktion des Alkoholkonsums bei depressiven Patienten mit einer komorbiden Alkoholabhängigkeit. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine medikamentöse Behandlung bei Komorbidität von depressiver Störung und Essstörung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Kombinationsbehandlungen

Eine Leitlinie (NVL 2015) gibt Empfehlungen zu Kombinationsbehandlungen bei depressiven Patienten mit psychischen Komorbiditäten.

Bei Komorbidität von depressiver Störung und Alkoholabhängigkeit sollte sowohl eine kombinierte Psycho- und Pharmakotherapie als auch eine Kombination einer antidepressiven und suchtspezifischen Psychotherapie erfolgen (empirische Belege liegen für die kognitive Verhaltenstherapie vor) (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Insbesondere bei Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode oder bei unzureichendem Ansprechen auf eine Einzeltherapie sollte eine Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und einem Antidepressivum angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei wird die spezifische Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie, SSRI und Naltrexon empfohlen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung kann eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden (empirische Hinweise liegen für die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Psychotherapie und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie vor) (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 25 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für Kombinationsbehandlungen bei Komorbidität von depressiver Störung und Alkoholabhängigkeit, insbesondere bei Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode oder bei unzureichendem Ansprechen auf eine Einzeltherapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt bei niedrigem GoR eine Empfehlung für eine kombinierte Psycho- und Pharmakotherapie bei Vorliegen einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.7.9.2 Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen

2 Leitlinien (NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Therapie.

Nichtmedikamentöse Behandlung

2 Leitlinien (NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Bei einer leichten depressiven Episode, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, oder wenn der Patient eine aktive Behandlung ablehnt, kann laut einer Leitlinie zunächst im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Fortbestehen der Symptomatik oder bei einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode sollten dem Patienten weitere niedrigschwellige Maßnahmen angeboten werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]), wie z. B.

- strukturierte Bewegungsprogramme,
- Selbsthilfegruppen,
- qualifizierte angeleitete Selbsthilfe basierend auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie,
- eine computergestützte kognitive Verhaltenstherapie.

Darüber hinaus gibt eine Leitlinie spezifische Empfehlungen zum Inhalt und zur Durchführung der oben genannten niedrigschwelligen Maßnahmen (NCCMH 2010 physical).

Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf niedrigschwellige Maßnahmen ansprechen, oder mit initialer mittelgradiger depressiver Episode sollte eine medikamentöse Behandlung (siehe Unterpunkt „medikamentöse Behandlung“) oder hoch intensive psychotherapeutische Maßnahmen wie eine gruppenbasierte oder individuelle kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden (NCCMH 2010 physical [2x GoR ↑, LoE fehlt]). Auch eine Paartherapie sollte in Erwägung gezogen werden, wenn davon ausgegangen wird, dass die Einbeziehung des Partners einen potenziellen therapeutischen Nutzen hat (NCCMH 2010 physical [2x GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus wird eine spezifische Empfehlung zur Durchführung und Dauer einer gruppenbasierten kognitiven Verhaltenstherapie gegeben (NCCMH 2010 physical).

Des Weiteren sollten laut einer Leitlinie Patienten bei Bedarf über Lebensgewohnheiten, die einen erholsamen Schlaf fördern, beraten werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, depressiven Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung oder Diabetes mellitus eine Psychotherapie anzubieten (NVL 2015 [2 x GoR ↑, LoE ↑]).

Auch bei Vorliegen von Komorbiditäten, wie Tumorerkrankung, chronische Schmerzen oder Parkinson, kann zu einer Psychotherapie geraten werden (NVL 2015 [3 x GoR ↓, LoE ↑]).

Generell sollten alle psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen durch adäquat geschultes Fachpersonal, das sich regelmäßiger Supervisionen unterzieht, durchgeführt werden (NCCHM 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 26 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine zunächst aktiv-abwartende Begleitung bei Patienten mit einer leichten depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für niedrigschwellige Maßnahmen bei Fortbestehen der Symptomatik oder bei einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, wie z. B. qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, computergestützte kognitive Verhaltenstherapie und strukturierte Bewegungsprogramme. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine medikamentöse Behandlung oder hoch intensive psychotherapeutische Maßnahmen, wie eine gruppenbasierte oder individuelle kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf niedrigschwellige Maßnahmen ansprechen, oder bei Patienten mit initialer mittelgradiger depressiver Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Paartherapie, wenn die Einbeziehung des Partners einen therapeutischen Nutzen haben könnte. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Beratung des Patienten über Lebensgewohnheiten, die einen erholsamen Schlaf fördern. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für eine Psychotherapie bei depressiven Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung oder Diabetes mellitus. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Psychotherapie bei depressiven Patienten mit einer Tumorerkrankung, chronischen Schmerzen oder Parkinson. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Durchführung psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen durch adäquat qualifiziertes Fachpersonal. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Medikamentöse Behandlung

2 Leitlinien (NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung depressiver Patienten mit somatischen Komorbiditäten.

Bei leichten depressiven Störungen wird von einer routinemäßigen Therapie mit Antidepressiva abgeraten (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). In bestimmten Situationen kann jedoch ein Einsatz von Antidepressiva in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt], z. B. bei

- mittelgradigen und schweren depressiven Episoden in der Vergangenheit,
- Beeinträchtigung der Behandlung der somatischen Komorbidität durch die depressive Symptomatik oder
- dem Fortbestehen von Symptomen einer leichten depressiven Episode nach erfolgten alternativen Interventionen.

Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität und einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf Maßnahmen mit niedriger Intensität ansprechen, sollte eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum angeboten werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Wahl des Antidepressivums für depressive Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität sollten generell weitere vorliegende körperliche Erkrankungen, mögliche Nebenwirkungen auf die somatischen Komorbiditäten, die unsichere Evidenzlage zur Anwendung von Antidepressiva bei depressiven Patienten mit speziellen körperlichen Erkrankungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten berücksichtigt werden (NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Unsicherheit hinsichtlich möglicher Wechselwirkungen von Medikamenten sollte ein Facharzt konsultiert werden und falls erforderlich eine Überweisung an eine fachpsychiatrische Einrichtung erfolgen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). In der Regel sollte laut einer Leitlinie als Wirkstoff der ersten Wahl ein SSRI verschrieben werden, sofern keine Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bekannt sind; bevorzugt sollten Citalopram oder Sertralin aufgrund des

geringen Risikos für Wechselwirkungen verschrieben werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

SSRIs sollen in der Regel nicht bei Patienten verschrieben werden, die nichtsteroidale Antirheumatika oder Warfarin oder Heparin einnehmen, aufgrund des Risikos für gastrointestinale Blutungen und des blutverdünnenden Effekts (NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Ebenso sollten SSRIs bei regelhafter Einnahme von Aspirin nur mit Vorsicht verordnet werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Alternativen, wie z. B. trizyklische Antidepressiva, sollten in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Steht keine geeignete Alternative zu SSRIs bei Patienten, die nichtsteroidale Antirheumatika beziehungsweise Aspirin einnehmen, zur Verfügung, sollte die Verschreibung eines magenschützenden Medikamentes in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Abgeraten wird ausdrücklich von einer Therapie mit SSRIs bei Patienten, die Triptane zur Behandlung von Migräne einnehmen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Es sollte eine sichere Alternative, wie z. B. trizyklische Antidepressiva, angeboten werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren wird davon abgeraten, SSRIs gemeinsam mit den Monoaminooxidase-B-Hemmern Selegilin und Rasagilin zu verordnen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Als Alternativen stehen beispielsweise trizyklische Antidepressiva zur Verfügung (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus gibt eine Leitlinie sowohl spezifische Empfehlungen für wie auch Negativempfehlungen für den Einsatz bestimmter SSRIs bei Patienten, die Wirkstoffe, wie z. B. Antipsychotika, Methadon, Antiarrhythmika oder Atomoxetin, einnehmen (NCCMH 2010 physical).

Eine Leitlinie empfiehlt, bei Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung und einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode vorzugsweise SSRI zu verordnen (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]). Von trizyklischen Antidepressiva wird bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit und komorbider depressiver Störung abgeraten (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten mit einer Depression nach Schlaganfall sollte eine Therapie mit nicht anticholinergen Antidepressiva (empirische Hinweise liegen für Fluoxetin und Citalopram vor) angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]). Bei einem akuten ischämischen oder hämorrhagischen Infarkt ohne aktuelle Diagnose einer depressiven Episode sollte kein Antidepressivum zur Prophylaxe eingesetzt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Patienten mit einer Tumorerkrankung und mittelgradigen bis schweren depressiven Störung kann eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum, insbesondere einem SSRI, angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt bei Patienten mit Diabetes mellitus in der Regel die Verordnung eines SSRI (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]). Bei gleichzeitiger diabetischer sensomotorischer schmerzhafter Neuropathie kann ein trizyklisches Antidepressivum oder Duloxetin angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Generell sind bei der medikamentösen Behandlung die substanzspezifischen Effekte auf den Diabetes zu beachten (NVL 2015 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Depressiven Patienten mit chronischen Schmerzen sollte eine Therapie mit Antidepressiva, insbesondere einem trizyklischen Antidepressivum, angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Wird bei einer Komorbidität von Demenz eine Pharmakotherapie eingeleitet, sollten laut einer Leitlinie keine anticholinergen Antidepressiva eingesetzt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Die Verschreibung irreversibler Monoaminooxidase-Hemmer oder einer Kombination aus Antidepressivum und Lithium sollte in der Regel ausschließlich durch Fachärzte (specialist mental health professionals) erfolgen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät ausdrücklich von dem trizyklischen Antidepressivum Dosulepin[4] ab (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei einem frühzeitigen Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum können folgende Maßnahmen in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]):

- engmaschige Kontrolle der Symptome bei leichten Nebenwirkungen, die für den Patienten akzeptabel sind,
- Absetzen oder Wechsel der Therapie abhängig von der Präferenz des Patienten,
- kurzzeitige zusätzliche Gabe eines Benzodiazepins (keine Option bei chronischen Angststörungen) in Abstimmung mit dem Patienten bei Angst- und Unruhezuständen.

Eine Leitlinie rät davon ab, Patienten mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden Johanniskraut zu verschreiben oder zu empfehlen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Für eine antidepressive pharmakologische Therapie bei komorbider Depression und Morbus Parkinson kann laut einer Leitlinie aufgrund der derzeitigen Studienlage keine Empfehlung gegeben werden (NVL 2015 [Statement]). Auch kann keine antidepressive pharmakologische Substanzgruppe in Bezug auf mögliche antidepressive Effekte bevorzugt empfohlen werden (NVL 2015 [Statement]).

[4] Für Dosulepin liegt zwar eine Zulassung vor, allerdings ist die Substanz außer Vertrieb.

Eine Leitlinie empfiehlt, grundsätzlich bei depressiven Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität eine therapeutisch wirksame Dosis von Antidepressiva zu verschreiben und subtherapeutische Dosierungen bei diesen Patienten zu vermeiden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 26 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für den routinemäßigen Einsatz von Antidepressiva bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Antidepressiva bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode in bestimmten Situationen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum bei Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität und einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, die nicht auf niedrigschwellige Maßnahmen ansprechen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Wahl eines Antidepressivums bei Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität und Berücksichtigung von Faktoren, wie mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Konsultation eines Facharztes und falls erforderlich eine Überweisung an eine fachpsychiatrische Einrichtung bei Unsicherheit hinsichtlich möglicher Wechselwirkungen von Medikamenten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Negativempfehlungen für eine regelhafte Verordnung von SSRIs bei Patienten, die nichtsteroidale Antirheumatika oder Warfarin oder Heparin einnehmen aufgrund des Risikos für gastrointestinale Blutungen und des blutverdünnenden Effekts. Auch eine Verordnung bei der Einnahme von Aspirin sollte nur mit Vorsicht erfolgen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Verschreibung alternativer Wirkstoffe zu SSRIs bei Patienten, die nichtsteroidale Antirheumatika, Aspirin oder Warfarin oder Heparin einnehmen sowie gegebenenfalls zur Verschreibung eines magenschützenden Medikamentes, wenn keine Alternative zur Verfügung steht. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR eine Negativempfehlung zur Therapie mit SSRIs bei Patienten, die Triptane zur Behandlung von Migräne einnehmen. Die Leitlinie rät von einer Therapie mit SSRIs in diesem Fall ab und empfiehlt als mögliche sichere Alternative trizyklische Antidepressiva. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für die gemeinsame Gabe von SSRIs und den Monoaminooxidase-B-Hemmern Selegilin und Rasagilin. Als Alternative werden beispielsweise trizyklische Antidepressiva empfohlen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Bevorzugung von SSRIs bei Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung und einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Von trizyklischen Antidepressiva wird bei diesen Patienten abgeraten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Therapie mit nicht anticholinergen Antidepressiva bei Patienten mit einer Depression nach Schlaganfall. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für die Gabe eines Antidepressivums zur Prophylaxe bei einem akuten ischämischen oder hämorrhagischen Infarkt ohne aktuelle Diagnose einer depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Therapie mit einem Antidepressivum, insbesondere einem SSRI, bei Patienten mit einer Tumorerkrankung und mittelgradigen bis schweren depressiven Störungen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die regelhafte Verordnung eines SSRI bei Patienten mit Diabetes mellitus. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, ein trizyklisches Antidepressivum oder Duloxetin bei gleichzeitiger diabetischer sensomotorischer schmerzhafter Neuropathie anzubieten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Beachtung der substanzspezifischen Effekte auf einen Diabetes bei einer medikamentösen Behandlung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Therapie mit Antidepressiva, insbesondere einem trizyklischen Antidepressivum, bei depressiven Patienten mit chronischen Schmerzen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für den Einsatz anticholinerger Antidepressiva bei depressiven Patienten mit Demenz. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Verschreibung irreversibler Monoaminooxidase-Hemmer oder einer Kombination aus einem Antidepressivum und Lithium durch Fachärzte (specialist mental health professionals). Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für eine Therapie mit Dosulepin. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für Maßnahmen, die bei frühzeitigem Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum in Erwägung gezogen werden können. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zu einer Therapie mit Johanniskraut bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die grundsätzliche Verschreibung einer therapeutisch wirksamen Dosis von Antidepressiva und für die Vermeidung einer subtherapeutischen Dosierung bei depressiven Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Kombinationsbehandlungen

Eine Leitlinie (NCCMH 2010 physical) gibt eine Empfehlung zur Kombinationsbehandlung.

Danach sollte bei Patienten mit einer initial schweren depressiven Episode eine kombinierte Psycho- und Pharmakotherapie in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 26 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine kombinierte Psycho- und Pharmakotherapie bei Patienten mit einer initial schweren depressiven Episode und einer chronischen somatischen Komorbidität. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.7.9.3 Ältere Patienten mit unipolaren depressiven Störungen

3 Leitlinien (ICSI 2013, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Therapie.

Nichtmedikamentöse Behandlung

2 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Danach soll älteren Patienten (ab 65 Jahre) mit einer Depression eine Psychotherapie angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]). Dies sollte auch bei Vorliegen leichter kognitiver Einschränkungen erfolgen, allerdings bevorzugt als Einzeltherapie (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Wird eine elektrokonvulsive Therapie in Betracht gezogen, ist zu beachten, dass die Risiken einer solchen Therapie bei älteren Patienten oftmals größer sind (NCCHM 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 27 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Psychotherapie bei älteren Patienten (ab 65 Jahre) mit unipolaren depressiven Störungen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Psychotherapie (bevorzugt als Einzeltherapie) bei älteren Patienten mit unipolaren depressiven Störungen und leichten kognitiven Einschränkungen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, die bei älteren Patienten oftmals erhöhten Risiken bei der Planung einer elektrokonvulsiven Therapie zu beachten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Medikamentöse Behandlung

3 Leitlinien (ICSI 2013, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Generell sollten ältere Patienten in gleicher Weise wie jüngere behandelt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]). Dennoch sollten bei einer medikamentösen Behandlung älterer Patienten im besonderen Maße physiologische Veränderungen, Komorbiditäten, das Nebenwirkungsprofil und die Verträglichkeit sowie mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten berücksichtigt werden (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↓]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Es sollte zudem auf eine dem Alter angemessene Dosierung geachtet werden (NCCMH 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]); bei der Gabe von Trizyklika kann es sinnvoll sein, die Anfangsdosis zu halbieren und gegebenenfalls langsam aufzudosieren (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Verschreibung eines SSRI bei älteren Patienten sollte auf eine erhöhte Blutungsneigung geachtet werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei älteren Patienten, die gleichzeitig nichtsteroidale Antirheumatika oder Aspirin einnehmen, sollte die Verschreibung eines magenschützenden Medikamentes in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 27 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie empfiehlt mit niedrigem GoR, generell ältere Patienten in gleicher Weise zu behandeln wie jüngere. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR allgemeine Empfehlungen zur Berücksichtigung von Faktoren bei einer medikamentösen Behandlung von älteren Patienten mit Depressionen, wie physiologische Veränderungen, Komorbiditäten, Nebenwirkungsprofil, Verträglichkeit und mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine dem Alter angemessene Dosierung von Antidepressiva. Dabei kann es sinnvoll sein, die Anfangsdosis von Trizyklika zu halbieren und gegebenenfalls langsam aufzudosieren. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung einer erhöhten Blutungsneigung bei einer Therapie mit SSRI sowie zur zusätzlichen Gabe eines magenschützenden Medikamentes bei älteren Patienten, die nichtsteroidale Antirheumatika einnehmen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Kombinationsbehandlungen

Eine Leitlinie (NVL 2015) gibt eine Empfehlung zu einer Kombinationsbehandlung.

Danach sollte bei einer schweren depressiven Episode im Alter eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 27 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie bei schweren depressiven Störungen im Alter. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.7.9.4 Frauen mit unipolaren depressiven Störungen in der Peripartalzeit

3 Leitlinien (KPCI 2012, NVL 2015, SIGN 2012) geben Empfehlungen zur Therapie.

Nichtmedikamentöse Behandlung

2 Leitlinien (NVL 2015, SIGN 2012) geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Zur Prophylaxe postpartaler Depressionen sollte Frauen mit einem erhöhten Depressionsrisiko ante- oder postpartal eine Psychotherapie oder eine psychosoziale Intervention angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]).

Eine Leitlinie empfiehlt, grundsätzlich bei depressiven Störungen in der Schwangerschaft eine Psychotherapie anzubieten (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]). Ebenso sollte bei postpartalen Depressionen eine Psychotherapie angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]; SIGN 2012 [GoR fehlt; LoE fehlt]).

Bei Hinweisen auf eine Störung des Mutter-Kind-Verhältnisses sollten laut einer Leitlinie zusätzliche gezielt an das Mutter-Kind-Verhältnis gerichtete Interventionen empfohlen werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↑]).

Darüber hinaus kann ein körperliches Training bei depressiven Störungen in der Schwangerschaft (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]) und bei postpartalen Depressionen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]; SIGN 2012 [GoR fehlt, LoE ↑]) als ergänzende Maßnahme angeboten werden.

Bei schweren behandlungsresistenten Depressionen in der Schwangerschaft kann eine Elektrokrampftherapie in Erwägung gezogen werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollten psychotherapeutische Interventionen durch adäquat geschultes Fachpersonal, das sich regelmäßiger Supervisionen unterzieht, durchgeführt werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Psychotherapeutische Interventionen sollten bereits früh in der Schwangerschaft und postnatal durch Einrichtungen erfolgen, die psychologische Therapien anbieten (services delivering psychological therapies) (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 28 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für ante- oder postpartal durchzuführende prophylaktische psychotherapeutische oder psychosoziale Interventionen bei Vorliegen eines erhöhten Depressionsrisikos. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, grundsätzlich eine Psychotherapie bei depressiven Störungen in der Schwangerschaft anzubieten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichem GoR Empfehlungen für eine Psychotherapie bei postpartalen Depressionen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR ein Empfehlung für zusätzlich zielgerichtete Interventionen bei Hinweisen auf eine Störung des Mutter-Kind-Verhältnisses. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR und eine Leitlinie mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für ein körperliches Training als ergänzende Maßnahme bei depressiven Störungen in der Schwangerschaft sowie bei postpartalen Depressionen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Elektrokrampftherapie bei schweren behandlungsresistenten Depressionen in der Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR ein Empfehlung zur Durchführung psychotherapeutischer Interventionen durch adäquat qualifiziertes Fachpersonal, das sich regelmäßiger Supervisionen unterzieht. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für frühzeitige psychotherapeutische Interventionen während der Schwangerschaft und postnatal. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Medikamentöse Behandlung

3 Leitlinien (KPCI 2012, NVL 2015, SIGN 2012) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Hausärzte sollten generell die Behandlung mit Antidepressiva in der Schwangerschaft überwachen und diskutieren, ob die bestehende Therapie beibehalten werden kann und ob alternative medikamentöse oder nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen initiiert werden sollten (SIGN 2012 [GoR ↓; LoE fehlt]).

Die Indikationsstellung zu einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit sollte gemeinsam mit der Patientin unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung für Mutter und Kind sowie unter Berücksichtigung individueller Faktoren, wie individuelle Vorgeschichte, bisheriges Ansprechen auf ein Antidepressivum, Verfügbarkeit und potenzieller Nutzen alternativer Maßnahmen (Psychotherapie) und Präferenz der Patientin, erfolgen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Durchführung einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit sollten folgende grundlegende Prinzipien und Aspekte beachtet werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]; SIGN 2012 [3 x GoR ↓, LoE fehlt]):

- Stellung einer klaren Indikation für eine medikamentöse Behandlung,
- mögliche Auswirkungen einer unbehandelten psychischen Störung auf die Patientin, die Schwangerschaft und das Kind,
- Bevorzugung einer Monotherapie,
- Einsatz der geringsten effektiven Dosis,
- Wahl des Wirkstoffs mit dem niedrigsten Risiko und Vermeidung, wenn möglich, eines Wirkstoffwechsels,
- frühzeitige Einschätzung der Notwendigkeit, die gewählte Medikation anzupassen oder um nicht pharmakologische Interventionen zu erweitern
- Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf die Pharmakokinetik und -dynamik von Wirkstoffen,
- regelmäßiges Monitoring des Wirkstoffspiegels,
- Implikationen für die Stillzeit bei der Auswahl eines Wirkstoffs während der Schwangerschaft,
- Vermeidung eines abrupten Absetzens der Medikation und regelmäßiges Monitoring von Frauen in der Peripartalzeit, die zum Absetzen ihrer Medikation neigen,
- Kontrolle von spezifischen Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung auf das Kind,
- eingeschränktes Wissen über neurokognitive Langzeitauswirkungen auf das Kind,
- erhöhtes Risiko schädlicher Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung bei Frühgeborenen oder kranken Kindern,
- Vorsicht in Bezug auf Übernachten von Mutter und Kind in einem gemeinsamen Bett, v. a. bei der Einnahme sedierender Substanzen.

Grundsätzlich können alle Psychopharmaka Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf und bei der Geburt auslösen und zu zentralnervösen, gastrointestinalen und respiratorischen Anpassungsstörungen beim Neugeborenen führen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Daher sollte laut einer Leitlinie bei Exposition des Fötus mit Psychopharmaka die Geburt in einer Klinik mit angeschlossener Neonatologie erfolgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

3 Leitlinien raten davon ab, während der Schwangerschaft Paroxetin neu zu verordnen (KPCI 2012 [GoR ↑, LoE ↓]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]; SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Frauen, die bereits Paroxetin eingenommen haben, sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen, bevor eine Entscheidung für eine Fortführung einer Behandlung mit Paroxetin oder ein Wechsel zu einem anderen Antidepressivum erfolgt (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei der Einnahme von Paroxetin sollte ein Ersttrimesterscreening zur Erkennung von Fehlbildungen erfolgen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät auch davon ab, Fluoxetin in der Schwangerschaft neu zu verordnen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]).

Während der Schwangerschaft kann ein Therapiebeginn mit anderen SSRIs nach Erörterung der fetalen Risiken mit der Patientin in Erwägung gezogen werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei einer Behandlung mit Sertralin oder Citalopram sollte eine fetale sonografische Feindiagnostik in der 20. Schwangerschaftswoche erfolgen, auch wenn Sertralin oder Citalopram nicht mit einem erhöhten Risiko für strukturelle Malformationen assoziiert zu sein scheinen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Die möglichen Konsequenzen aus den Untersuchungsbefunden sollten mit der Patientin erörtert werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Generell sollten Schwangere, die Lithium einnehmen, einen personalisierten Versorgungsplan unter Einbindung der Entbindungseinrichtungen und der Patientin selbst erhalten. Dieser Versorgungsplan sollte folgende Punkte enthalten (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]):

- Häufigkeit des Monitorings und von Dosierungsanpassungen,
- Wahrscheinlichkeit für Wechselwirkungen von Wirkstoffen, die in der Schwangerschaft verschrieben werden,
- Vorbereitung und Art der Niederkunft,
- Risiken für das Neugeborene.

Bei einer geplanten Schwangerschaft sollte eine Neueinstellung auf ein Lithiumpräparat nur in Einzelfällen erfolgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]). In dem Zusammenhang sollten Patientinnen über das möglicherweise erhöhte Fehlbildungsrisiko und die möglichen postpartalen Risiken aufgeklärt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↓]).

Bei Schwangeren, die eine Lithiumtherapie erhalten, sollte vor allem auf eine Anpassung der Dosierung (auf mehrere Einnahmen pro Tag) und häufigere Kontrollen des Lithiumspiegels geachtet (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]; SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]) sowie ein Ersttrimesterscreening zur Erkennung von Fehlbildungen angeboten werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Fachpsychiatrische Einrichtungen sollten Entbindungseinrichtungen über frühe Zeichen einer Toxizität, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und schwangerschaftsbedingte Ereignisse, die durch eine Toxizität ausgelöst werden können, informieren (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Die Entscheidung über die Fortführung oder das Absetzen einer Lithiumtherapie sollte gemeinsam mit der Patientin unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Wird eine Patientin im Stadium der Remission einer depressiven Störung schwanger, sollten sowohl die Risiken der Weiterführung einer Medikation als auch die Risiken des Absetzens einer Medikation diskutiert werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Einnahme von Antidepressiva während der Schwangerschaft und Erreichen der Remissionsphase bei gleichzeitig bestehendem Wunsch zu stillen sollten sowohl die Risiken

für Mutter und Fötus einer Weiterführung als auch des Absetzens einer Medikation diskutiert werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Ein Wechsel der Medikation kann gegebenenfalls bei Hinweisen auf negative Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung auf das Neugeborene in Erwägung gezogen werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die detaillierte Indikation zur pharmakologischen Behandlung von postpartalen Depressionen sollte unter ausführlicher Nutzen-Risiko-Abwägung auf Mutter und Kind den allgemeinen Behandlungsleitlinien folgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur Behandlung mittelgradiger bis schwerer depressiver Episoden in der Postpartalzeit können SSRIs und trizyklische Antidepressiva nach ausführlicher Nutzen-Risiko-Abwägung für Mutter und Kind und mit besonderem Augenmerk auf die Behandlung mit Antidepressiva in der Stillzeit angeboten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]; SIGN 2012 [GoR fehlt, LoE ↑]). Daher sollten bei der Neuverordnung eines Antidepressivums in der Stillzeit sowohl die tatsächlich verabreichte Dosis als auch die Halbwertszeit des jeweiligen Wirkstoffs berücksichtigt werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Neuverordnung von Fluoxetin und / oder Citalopram (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt] sowie Escitalopram und Doxepin (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]) wird bei stillenden Frauen nicht empfohlen. Falls Fluoxetin und / oder Citalopram dennoch zur Anwendung kommen sollten, dann bei Patientinnen, die bereits gut auf die Behandlung mit Fluoxetin und / oder Citalopram während einer Schwangerschaft oder einer früheren depressiven Episode angesprochen haben (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Patientinnen mit einer medikamentösen Behandlung sollten grundsätzlich in ihrem Wunsch zu stillen unterstützt werden, da dies keine generelle Kontraindikation darstellt (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Einnahme eines Lithiumpräparates sollte den Frauen allerdings geraten werden, auf das Stillen zu verzichten (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Nehmen Mütter Neugeborener Lithium bereits ein und haben sich entschieden zu stillen, sollte ein engmaschiges Monitoring des Neugeborenen hinsichtlich des Lithiumspiegels und seiner Schilddrüsen- sowie Nierenfunktion erfolgen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät von der regelhaften Durchführung einer Östrogentherapie im Rahmen der Behandlung postpartaler Depressionen ab (SIGN 2012 [GoR fehlt, LoE ↑]).

Während Schwangerschaft und Stillzeit werden keine Wirkstoffe der Komplementärmedizin, wie z. B. Johanniskraut, empfohlen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Darüber hinaus empfiehlt eine Leitlinie regelmäßige Weiterbildungen von Ärzten zur Sicherheit der Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Weitere Empfehlungen der Leitlinie SIGN 2012 zum Einsatz psychotroper Substanzen bei psychischen Erkrankungen in der Peripartalzeit, wie z. B. Antipsychotika, finden sich unter Abschnitt A3.4.3.7.9.4.

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 28 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Überwachung der Behandlung mit Antidepressiva in der Schwangerschaft durch den Hausarzt und die Diskussion mit dem Hausarzt, ob die bestehende Therapie beibehalten werden kann und ob alternative medikamentöse oder nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen initiiert werden sollten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen bei Exposition des Fötus mit Psychopharmaka. Hier sollte die Geburt in einer Klinik mit angeschlossener Neonatologie erfolgen, da Psychopharmaka Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf und bei der Geburt auslösen können. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Negativempfehlungen für eine Neuverordnung des Wirkstoffs Paroxetin zur Behandlung depressiver Störungen während der Schwangerschaft. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Nutzen-Risiko-Abwägung bei Frauen, die bereits Paroxetin eingenommen haben, bevor eine Entscheidung für eine Fortführung der Behandlung oder ein Wechsel zu einem anderen Antidepressivum erfolgt. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für ein Ersttrimesterscreening zur Erkennung von Fehlbildungen bei der Einnahme von Paroxetin. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für eine Neuverordnung des Wirkstoffs Fluoxetin zur Behandlung depressiver Störungen während der Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für einen Therapiebeginn mit anderen SSRIs (Sertralin oder Citalopram) zur Behandlung depressiver Störungen während der Schwangerschaft. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Erstellung und die Inhalte eines personalisierten Versorgungsplans bei der Einnahme von Lithium durch Schwangere. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für die Neueinstellung auf ein Lithiumpräparat bei einer geplanten Schwangerschaft nur in Einzelfällen und nach Aufklärung über das möglicherweise erhöhte Fehlbildungsrisiko und postpartale Risiken. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Lithiumtherapie bei Schwangeren. Dabei sollte vor allem auf eine Anpassung der Dosierung geachtet sowie ein Ersttrimesterscreening zur Erkennung von Fehlbildungen angeboten werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Information von Entbindungseinrichtungen durch fachpsychiatrische Einrichtungen über frühe Warnzeichen von Toxizität, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und schwangerschaftsbedingten Ereignissen, die durch eine Toxizität ausgelöst werden können. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung mit der Patientin über die Fortführung oder das Absetzen einer Lithiumtherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für den Wechsel einer Medikation bei Hinweisen auf negative Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung auf das Neugeborene. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR und eine Leitlinie mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für eine Therapie mit SSRIs und trizyklischen Antidepressiva zur Behandlung mittelgradiger bis schwerer depressiver Episoden in der Postpartalzeit. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Berücksichtigung von absoluter Dosis und Halbwertszeit des Wirkstoffs bei Neuverordnung eines Antidepressivums in der Stillzeit. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für die Neuverordnung einzelner SSRIs. Dabei wird von einer Neuverordnung von Fluoxetin und / oder Citalopram sowie Escitalopram und Doxepin bei stillenden Frauen abgeraten. Sollten Fluoxetin und / oder Citalopram dennoch zur Anwendung kommen, dann bei Patientinnen, die gut auf eine Behandlung mit diesen SSRIs angesprochen haben. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Unterstützung von Patientinnen mit einer medikamentösen Behandlung und gleichzeitigem Wunsch zu stillen. Bei der Einnahme von Lithium sollte vom Stillen abgeraten werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für ein engmaschiges Monitoring der Neugeborenen, wenn ihre Mütter Lithium bereits einnehmen und sich entschieden haben zu stillen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem LoE eine Negativempfehlung für eine Östrogentherapie im Rahmen der Behandlung postpartaler Depressionen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für Wirkstoffe der Komplementärmedizin, wie z. B. Johanniskraut, während der Schwangerschaft und Stillzeit. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur regelmäßigen Weiterbildung von Ärzten zur Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- 2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Indikationsstellung zu einer Pharmakotherapie zur Behandlung depressiver Störungen in der Peripartalzeit unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung sowie Berücksichtigung individueller Faktoren, wie u. a. bisheriges Ansprechen auf ein Antidepressivum und Präferenz der Patientin.
- 2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Beachtung grundlegender Prinzipien und Aspekte bei Durchführung einer Pharmakotherapie zur Behandlung depressiver Störungen in der Peripartalzeit.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Erörterung von Risiken sowie von Maßnahmen bei Patientinnen, die im Stadium der Remission einer depressiven Störung schwanger werden.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Erörterung von Risiken sowie Maßnahmen bei Patientinnen, die während der Schwangerschaft Antidepressiva einnehmen und die Remissionsphase erreichen und bei denen gleichzeitig der Wunsch zu stillen besteht.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung dafür, dass eine detaillierte Indikation zur pharmakologischen Behandlung von postpartalen Depressionen unter ausführlicher Nutzen-Risiko-Abwägung für Mutter und Kind den allgemeinen Behandlungsleitlinien folgen sollte.

A3.4.2.7.9.5 Zyklusassoziierte depressive Störungen

Eine Leitlinie (NVL 2015) gibt sogenannte Statements zur Therapie.

Die Leitlinie weist darauf hin, dass zur Therapie einer prämenstruellen dysphorischen Störung derzeit unzureichende Evidenz zur Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung mit SSRI oder einer Hormonersatztherapie (Östrogen, Progesteron) sowie zur Wirksamkeit einer Psychotherapie vorliegt (NVL 2015 [Statement]).

Die Indikation für eine medikamentöse Behandlung von Depressionen in der Perimenopause sollte den allgemeinen Behandlungsleitlinien folgen (NVL 2015 [Statement]). Es gibt derzeit keine sicheren Hinweise auf eine unterschiedliche Wirksamkeit von Antidepressiva oder von Psychotherapie in Abhängigkeit vom Menopausal-Status (NVL 2015 [Statement]).

Darüber hinaus wird auf eine unzureichende Evidenzlage zu einer Hormonersatztherapie oder Psychotherapie zur Behandlung von perimenopausalen Depressionen hingewiesen (NVL 2015 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 29 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt Statements zur Therapie zyklusassoziierter depressiver Störungen. Bei den Statements handelt es sich nicht um Empfehlungen. Sie werden daher bei der Beurteilung der DMP-Relevanz nicht berücksichtigt.

A3.4.2.7.10 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

5 Leitlinien (KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, RNAO 2010) geben Empfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr. Dabei bezieht sich die Leitlinie NCCMH 2010 physical spezifisch auf depressive Patienten mit chronischen somatischen Komorbiditäten.

Suizidalität sollte vor dem Hintergrund der vorhandenen sozialen Unterstützung und Ressourcen beurteilt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Suizidale Patienten sollten grundsätzlich eine intensivierte Betreuung und therapeutische Bindung erhalten (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Konkrete Unterstützung sollte entsprechend der Ausprägung des Suizidrisikos sowie vorhandenen Ressourcen initiiert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt], NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Dem Patienten sollte dazu geraten werden, bei Verschlechterung der Situation weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen können Antidepressiva bei suizidalen depressiven Patienten zur Depressionsbehandlung zum Einsatz kommen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]), wobei die Auswahl des Antidepressivums unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen sollte (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Zu berücksichtigen ist zudem die Toxizität bei einer Überdosierung mit bestimmten Antidepressiva, wie z. B. Venlafaxin und trizyklischen Antidepressiva (mit Ausnahme von Lofepramin) (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei depressiven Patienten, die eine Therapie mit Antidepressiva begonnen haben und ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen oder jünger als 30 Jahre sind, sollten eine Woche nach Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva und regelmäßig danach Kontrolluntersuchungen erfolgen, bis das Suizidrisiko als nicht mehr klinisch relevant erachtet wird (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität sollten Antidepressiva nicht eingesetzt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode mit psychotischen Symptomen sollte die antidepressive Medikation mit einem Antipsychotikum ergänzt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur kurzfristigen (< 14 Tage) Akutbehandlung kann bei vorliegendem Suizidrisiko eine Behandlung mit Benzodiazepin in Erwägung gezogen werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

In der Rezidivprophylaxe soll laut einer Leitlinie bei suizidgefährdeten Patienten zur Reduzierung suizidaler Handlungen eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode eine Psychotherapie anzubieten, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Bei vorliegendem Suizidrisiko sollte eine Konsultation eines Psychiaters in Erwägung gezogen werden, insbesondere, wenn eine medikamentöse Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva oder Venlafaxin geplant ist (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei akuter Suizid- oder Fremdgefährdung sollte eine stationäre Einweisung in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]), ebenso bei fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten Termin und unter Berücksichtigung der individuellen Sicherheitskautelen (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine stationäre Betreuung suizidaler Patienten kann auch angezeigt sein bei

- medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch,
- intensivem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf,
- anderweitig nicht möglicher zuverlässiger Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität,
- Nichtgelingen der Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und Fortbestehen der Suizidalität des Patienten trotz initialer Behandlung (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Im Rahmen einer stationären Betreuung sollen möglichst alle zur Verfügung stehenden hoch intensiven (high-intensity) psychotherapeutischen Interventionen angeboten werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte die Intensität und Dauer der Interventionen gesteigert und bei Entlassung eine Weiterführung dieser Interventionen sichergestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Kriseninterventions- und ambulante Behandlungsteams (Home Treatment Teams) sollen bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode und hohem Suizidrisiko zum Krisenmanagement und für die Durchführung qualitativ hochwertiger Akutversorgung sowie zur Kontrolle des Suizidrisikos als hoch prioritäre routinemäßige Aktivität (high priority routine activity) zum Einsatz kommen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Auch bei Patienten, die stationär betreut werden und möglicherweise von einer frühzeitigen Entlassung profitieren, sollte der Einsatz entsprechend ausgebildeter Fachkräfte für die weitere Betreuung zu Hause in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt bei Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden, kurzfristig maximal eine Woche nach Entlassung eine Kontrolluntersuchung, da das Risiko für weitere suizidale Handlungen in dieser Zeit am höchsten ist (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Nehmen Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden, einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahr, sollen diese unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzungen abzuschätzen (NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]).

Äußern ältere depressive Patienten im Rahmen der pflegerischen Betreuung fremd- oder eigengefährdende Absichten, sollten Pflegekräfte umgehend darauf reagieren (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Die Versorgung älterer Erwachsener mit Depressionen und / oder suizidalen Gedanken sollte Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention umfassen (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 30 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Beurteilung der Suizidalität vor dem Hintergrund der vorhandenen sozialen Unterstützung und Ressourcen. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine intensivierte Betreuung von suizidgefährdeten Patienten und Unterstützung entsprechend der Ausprägung des Suizidrisikos und vorhandenen Ressourcen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zum Einsatz von Antidepressiva zur Behandlung der Depression bei suizidalen depressiven Patienten unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung und Berücksichtigung der Toxizität bei Überdosierung mit bestimmten Antidepressiva. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen für engmaschige Kontrolluntersuchungen nach Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva bei Patienten mit einem erhöhten Suizidrisiko oder die jünger als 30 Jahre sind. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung zum Einsatz von Antidepressiva zur akuten Behandlung der Suizidalität. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Ergänzung einer antidepressiven Medikation mit einem Antipsychotikum bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur kurzfristigen (< 14 Tage) Akutbehandlung mit Benzodiazepin bei vorliegendem Suizidrisiko. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Rezidivprophylaxe mit Lithium bei suizidgefährdeten Patienten zur Reduzierung suizidaler Handlungen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine auf Suizidalität fokussierte Psychotherapie bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Konsultation eines Psychiaters bei vorliegendem Suizidrisiko, insbesondere, wenn eine medikamentöse

Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva oder Venlafaxin geplant ist. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für eine stationäre Einweisung bei akuter Suizid- oder Fremdgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten Termin sowie unter Berücksichtigung der individuellen Sicherheitskautelen. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu Situationen, die neben einer akuten Suizidgefährdung eine stationäre Betreuung erfordern können, wie z. B. intensiver psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf und Fortbestehen der akuten Suizidalität trotz initialer Behandlung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zum Angebot aller zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Interventionen mit hoher Intensität im Rahmen einer stationären Betreuung sowie zur Sicherstellung der Weiterführung dieser Interventionen nach der Entlassung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Kriseninterventions- und ambulanten Behandlungsteams (Home Treatment Teams) zum Krisenmanagement, zur Durchführung einer qualitativ hochwertigen Akutversorgung sowie zur Kontrolle des Suizidrisikos bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode und hohem Suizidrisiko sowie für Patienten, die frühzeitig nach Hause entlassen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zu zeitnahen Kontrolluntersuchungen von Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt und entlassen wurden, sowie zu einer unmittelbaren Kontaktaufnahme zu dem Patienten bei Nichtwahrnehmen von Kontrollterminen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen und zum unmittelbaren Reagieren auf fremd- oder eigengefährdende Absichten von älteren depressiven Patienten. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.7.11 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

Eine Leitlinie (DGKJP 2013) gibt eine Empfehlung zum Umgang mit Suizidalität.

Bei Erfüllen eins der folgenden Kriterien wird eine stationäre Behandlung empfohlen (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]):

- Suizidalität verbunden mit fehlender Absprachefähigkeit,

- psychosoziale Belastungen gemäß Achse V des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS),
- erhebliche Funktionseinschränkungen gemäß Achse VI des MAS, insbesondere bei unzureichender Alltagsbelastbarkeit.

Unter Berücksichtigung des Schweregrades der Erkrankung, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes sowie der regionalen Versorgungskapazitäten kann gegebenenfalls eine teilstationäre Behandlung durchgeführt werden (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 31 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung des Schweregrades der Erkrankung, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes und der regionalen Versorgungskapazitäten sowie des Erfüllens weiterer bestimmter Kriterien. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.2.8 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

5 Leitlinien (ICSI 2013, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015, SIGN 2010) geben Empfehlungen zur Dauer einer Akuttherapie und Verlaufskontrolle sowie zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie, zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Therapiedauer (Akutphase)

3 Leitlinien (KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Dauer einer Akuttherapie.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur regelhaften Dauer und Frequenz einzelner Maßnahmen mit niedriger Intensität bei Patienten mit fortbestehender depressiver Symptomatik oder einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode:

- qualifizierte angeleitete Selbsthilfe basierend auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie (face-to-face und telefonisch): 9 bis 12 Wochen (6 bis 8 Sitzungen), einschließlich Folgeuntersuchungen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]),
- computergestützte kognitive Verhaltenstherapie: 9 bis 12 Wochen einschließlich Folgeuntersuchungen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]),
- strukturiertes und supervidiertes Bewegungsprogramm: über 10 bis 14 Wochen, 3-mal pro Woche (jeweils 45 Minuten bis 1 Stunde) (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Wenn das Behandlungsziel bei hoch intensiven psychotherapeutischen Maßnahmen eine signifikante Verbesserung oder Remission ist:

- kann die Therapiedauer bei erreichter Remission verkürzt werden,
- die Therapie verlängert werden, wenn Fortschritte erzielt wurden und Übereinkunft zwischen Arzt und Patient besteht, dass eine Weiterführung der Therapie sinnvoll sein kann (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Generell werden bei depressiven Patienten folgende Therapiedauern und Frequenzen hoch intensiver psychotherapeutischer Maßnahmen empfohlen:

- individuelle kognitive Verhaltenstherapie: 3 bis 4 Monate (16 bis 20 Sitzungen) (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]); weiterhin können 3 bis 4 Folgesitzungen über die folgenden 3 bis 6 Monate in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]),
- Paartherapie: 5 bis 6 Monate (15 bis 20 Sitzungen) (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren werden folgende Therapiedauern und Frequenzen bei Durchführung hoch intensiver psychotherapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit fortbestehender depressiver Symptomatik und / oder leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden empfohlen:

- Beratung (Counselling): 8 bis 12 Wochen (6 bis 10 Sitzungen) (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]),
- kurzfristige psychodynamische Psychotherapie: 4 bis 6 Monate (16 bis 20 Sitzungen) (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]),
- gruppenbasierte kognitive Verhaltenstherapie: 12 bis 16 Wochen (10 bis 12 Sitzungen) (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und Durchführung einer individuellen kognitiven Verhaltenstherapie können für die ersten 2 bis 3 Wochen 2 Sitzungen pro Woche in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei vielen Antidepressiva sollte schrittweise bis zur Standarddosierung aufdosiert werden und nur so lange, wie es die Verträglichkeit erfordert, und so kurz wie möglich, da der Zeitraum der Aufdosierung nicht zur Wirklatenz hinzugezählt wird (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Response auf eine Medikation sollte die Therapie bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie weitergeführt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Soll eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva beendet werden, wird eine schrittweise Reduzierung der Dosis über einen Zeitraum von 2 bis 4 Wochen empfohlen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Teilweise können auch längere Zeiträume für die schrittweise Reduzierung der Dosis in Betracht kommen, insbesondere, wenn Wirkstoffe mit einer

längeren Halbwertszeit eingenommen werden (z. B. Paroxetin und Venlafaxin) (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei der Einnahme von Fluoxetin kann ein sofortiges Absetzen der Medikation in Betracht gezogen werden (KPCI 2012 [GoR fehlt, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 32 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Dauer und Frequenz einzelner niedrigschwelliger Maßnahmen bei Patienten mit fortbestehender depressiver Symptomatik oder einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu einer Verkürzung oder Verlängerung der Therapiedauer, wenn als Behandlungsziel bei psychotherapeutischen Maßnahmen mit hoher Intensität eine signifikante Verbesserung oder Remission festgelegt wurde. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Dauer und Frequenz einzelner psychotherapeutischer Interventionen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur schrittweisen Aufdosierung bis zur Standarddosierung bei Antidepressiva. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Weiterführung der medikamentösen Behandlung bei Response auf diese Medikation bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine in der Regel schrittweise Reduzierung der Dosierung bei Absetzen von Antidepressiva über einen Zeitraum von 2 bis 4 Wochen oder längere Zeiträume (bei Wirkstoffen mit längerer Halbwertszeit). Bei der Einnahme von Fluoxetin kann ein sofortiges Absetzen der Medikation in Betracht gezogen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Verlaufskontrolle

4 Leitlinien (ICSI 2013, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle.

Grundsätzlich sollen regelmäßige Termine für Kontroll- und Nachuntersuchungen etabliert und beibehalten werden (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↓]). Hierbei werden insbesondere in den ersten 4 Wochen der Akuttherapie häufigere Kontrollen, wie mindestens einmal wöchentlich oder alle 2 Wochen und danach alle 2 bis 4 Wochen, und nach 3 Monaten, bei gutem

Ansprechen auf die Therapie, längere Intervalle empfohlen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Der behandelnde Arzt soll sicherstellen, dass der Patient in die Beurteilung der Wirksamkeit seiner Therapie einbezogen wird (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Insbesondere zu Beginn einer Therapie mit Antidepressiva sollte eine Überwachung möglicher Nebenwirkungen und Symptome, die auf eine Erhöhung der Suizidalität hindeuten, erfolgen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Patienten mit einem erhöhten Suizidrisiko oder bei jüngeren erwachsenen Patienten (unter 30 Jahre) sollten eine Woche nach Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva und regelmäßig danach Kontrolluntersuchungen erfolgen, bis das Suizidrisiko als nicht mehr klinisch relevant erachtet wird (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei einem frühzeitigen Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum können folgende Maßnahmen in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]):

- engmaschige Kontrolle der Symptome bei leichten Nebenwirkungen, die für den Patienten akzeptabel sind,
- Absetzen oder Wechsel der Therapie abhängig von der Präferenz des Patienten,
- kurzzeitige (nicht länger als 2 Wochen) zusätzliche Gabe eines Benzodiazepins bei problematischen Angst- und Unruhezuständen oder Schlaflosigkeit in Abstimmung mit dem Patienten (keine Option bei chronischen Angststörungen).

In der initialen Therapiephase sollte auf Symptome geachtet werden, die auf gesteigerte Unruhe, Angststörungen und Suizidalität hinweisen, und sichergestellt sein, dass der Patient weiß, wie er schnell Hilfe findet (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei anhaltenden und starken Unruhezuständen sollte die Therapie überprüft werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte nach Erreichen der Standarddosierung eines Antidepressivums 4 Wochen gewartet werden, bis mit dem Patienten gemeinsam beurteilt wird, ob eine Response vorliegt und ob gegebenenfalls ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist (NVL 2015 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Grundsätzlich werden Plasmaspiegelkontrollen empfohlen bei Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern beziehungsweise Problemen in der Mitarbeit des Patienten (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Patienten, die eine Therapie mit niedrig dosierten trizyklischen Antidepressiva begonnen haben und die eine eindeutige klinische Response zeigen, sollten die Therapie unter sorgfältigem Monitoring fortführen (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einigen Wirkstoffen, vor allem Mirtazapin und den meisten Trizyklika sowie Lithium, sollten regelmäßige Gewichtskontrollen durchgeführt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Gabe von Lithium sollten initial und im Verlauf der Therapie verschiedene Laborparameter kontrolliert werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]):

- Blutbild und Transaminasen (initial),
- Kreatininwert,
- Kreatinin-Clearance,
- Elektrolyte (einschließlich Kalzium),
- Thyreoida-stimulierendes-Hormon(TSH)-Wert.

Der Lithiumspiegel sollte eine Woche nach Beginn der Therapie und nach jedem Wechsel der Dosierung, bis eine stabile Einstellung erfolgt ist, sowie alle 3 Monate danach kontrolliert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Weiterhin sollten sowohl die Nieren- als auch die Schilddrüsenfunktion vor einer Behandlung mit Lithium und alle 6 Monate während der Therapie kontrolliert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine Leitlinie empfiehlt das Erfassen der Schilddrüsengröße (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

EKG-Kontrollen können bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine koronare Herzerkrankung in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine weitere Leitlinie empfiehlt wegen der chinidinartigen Effekte von trizyklischen Antidepressiva, EKG-Kontrollen vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im Verlauf durchzuführen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt bei der Gabe von Antipsychotika eine Überwachung von Gewicht, Lipid- und Glukosespiegel sowie Nebenwirkungen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit einer Langzeittherapie in Abhängigkeit von vorliegenden Komorbiditäten, Rezidivrisiko sowie Schwere und Häufigkeit der depressiven Episoden durchzuführen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Generell sollte Patienten, die mit Antidepressiva behandelt werden, zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Symptome, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten, geachtet werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Weiterhin sollte Suizidalität bei depressiven Patienten regelmäßig, bei jedem Patientenkontakt, klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Symptome, die bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung auftreten können, sollten überwacht und der Patient bei leichten Symptomen im Absetzen der medikamentösen Behandlung bestärkt werden (NCCMH 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei schweren Symptomen sollte eine erneute Antidepressiva-Medikation mit anschließender schrittweiser Reduzierung der Dosierung in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Nach Erreichen einer Remission sollte wenigstens nach 5 bis 6 Monaten eine Nachuntersuchung mit Überprüfung der Remission sowie gegebenenfalls eine Anpassung der Medikation / Dosierung bei Patienten mit schweren depressiven Episoden erfolgen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Nach der Erhaltungsphase sollte im Rahmen einer zusätzlichen Kontrolle über das Absetzen oder Fortsetzen der Medikation entschieden werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei asymptomatischen Patienten mit schweren depressiven Episoden, die eine Therapie mit Antidepressiva über 12 Monate hinaus fortsetzen, wird wenigstens einmal im Jahr eine Nachuntersuchung hinsichtlich der Überprüfung der Remission, des Fortführens der Therapie und Anpassung der Medikation / Dosierung empfohlen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Zusätzliche Termine sollten abhängig von der Response und dem Patientenwunsch vereinbart werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 32 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

4 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für regelmäßige Kontroll- und Nachuntersuchungen. Hierbei werden insbesondere in den ersten 4 Wochen der Akuttherapie häufigere Kontrollen und nach 3 Monaten, bei gutem Ansprechen auf die Therapie, längere Intervalle empfohlen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Sicherstellung der Einbeziehung des Patienten in die Beurteilung der Wirksamkeit seiner Therapie durch den behandelnden Arzt. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Überwachung möglicher Nebenwirkungen und Symptome, die auf eine Erhöhung der Suizidalität hindeuten. Dabei sollten bei Patienten mit einem erhöhten Suizidrisiko oder bei jüngeren erwachsenen Patienten (unter 30 Jahre) eine Woche nach Beginn mit einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva und regelmäßig danach Kontrolluntersuchungen erfolgen, bis das

Suizidrisiko als nicht mehr klinisch relevant erachtet wird. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Beachtung von Symptomen, die auf gesteigerte Unruhe, Angststörungen und Suizidalität in der initialen Therapiephase hinweisen. Es sollte weiterhin sichergestellt sein, dass der Patient weiß, wie er bei Vorliegen dieser Symptome schnell Hilfe findet. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Überprüfung der medikamentösen Behandlung bei anhaltenden und starken Unruhezuständen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Beurteilung der Response auf ein Antidepressivum und gegebenenfalls zu einer Änderung der Behandlungsstrategie nach einer Wirklatenz von 4 Wochen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu Plasmaspiegelkontrollen bei Behandlung mit Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Fortführung einer Therapie mit niedrig dosierten trizyklischen Antidepressiva unter sorgfältigem Monitoring bei Patienten, die eine solche Therapie begonnen haben und die eine eindeutige klinische Response zeigen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für Gewichtskontrollen bei einigen Wirkstoffen, vor allem Mirtazapin und den meisten Trizyklika und Lithium. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Kontrolle verschiedener Laborparameter und des Lithiumspiegels bei der Gabe von Lithium. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Kontrolle der Nieren- und Schilddrüsenfunktion sowie der Schilddrüsengröße. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zu EKG-Kontrollen. Dabei werden EKG-Kontrollen von einer Leitlinie bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine koronare Herzerkrankung empfohlen, die andere Leitlinie empfiehlt EKG-Kontrollen bei der Einnahme von Antidepressiva aufgrund der chinidinartigen Effekte. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Überwachung von Gewicht, Lipid- und Glukosespiegel sowie Nebenwirkungen bei der Gabe von Antipsychotika. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit einer Langzeittherapie in Abhängigkeit von vorliegenden Komorbiditäten, des Rezidivrisikos sowie der Schwere und Häufigkeit der depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die regelmäßige klinische Einschätzung von Suizidalität. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Überwachung von Symptomen, die bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung auftreten können. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine erneute Antidepressiva-Medikation mit anschließender schrittweiser Reduzierung der Dosierung bei Auftreten schwerer Symptome nach Absetzen einer Antidepressiva-Medikation. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen zu Maßnahmen bei frühzeitigem Auftreten von Nebenwirkungen nach Beginn einer Therapie mit Antidepressiva, wie engmaschige Kontrolle der Symptome oder Überprüfung der Therapie mit gegebenenfalls Wechsel der Therapie.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für Kontrolluntersuchungen während und nach der Erhaltungsphase bei Fortführung einer Medikation mit Antidepressiva.

Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie

3 Leitlinien (KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015) geben Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie.

Generell wird bei Nichtansprechen an einem zu Beginn der Medikation festgelegten Bewertungstag eine Veränderung der Behandlungsstrategie empfohlen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Spricht ein Patient nicht auf die Behandlung der ersten Wahl an, sollte zunächst die Adhärenz des Patienten bezüglich der Therapie (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]) und gegebenenfalls die Dosierung der verschriebenen Medikation überprüft werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt], [GoR ↓, LoE ↓]).

Laut einer Leitlinie kann nach Nichtansprechen auf die medikamentöse Behandlung aufgrund nicht adäquater Behandlungsdosis oder fehlender Adhärenz ein erneuter Therapieversuch mit dem Medikament der ersten Wahl, einschließlich Steigerung der Dosierung, in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei fehlendem oder minimalem Ansprechen 3 bis 4 Wochen nach initialer Therapie mit adäquater Behandlungsdosis sollte laut einer Leitlinie die Unterstützung durch den behandelnden Arzt oder Therapeuten, z. B. durch häufigere Kontrolltermine oder zusätzliche Telefonkontakte, intensiviert werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Laut einer weiteren Leitlinie sollte bei fehlendem Ansprechen auf eine Antidepressiva-Medikation der Plasmaspiegel des Wirkstoffs kontrolliert und gegebenenfalls durch eine Dosisanpassung korrigiert werden (NVL 2015 [2 xGoR ↓, LoE fehlt]). Es wird darüber hinaus darauf hingewiesen, dass Empfehlungen für die meisten Antidepressiva gut etabliert sind (NVL 2015 [Statement]).

Bei Patienten mit fortbestehender Symptomatik und Adhärenz gegenüber der initialen Therapie können grundsätzlich folgende Optionen in Betracht gezogen werden:

- Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie bei initialer Monotherapie (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]),
- Aufdosierung des initialen Antidepressivums (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt] NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]),
- Wechsel des Antidepressivums (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [3 x GoR ↓, LoE fehlt]),
- Wechsel von Psychotherapie zu einer medikamentösen Behandlung und umgekehrt (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]),
- Kombination verschiedener Antidepressiva oder Augmentation von Antidepressiva (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Aufdosierung von SSRI ist laut einer Leitlinie nicht sinnvoll (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Generell rät eine Leitlinie davon ab, nach 3 bis 4 Wochen Akutbehandlung und fehlender positiver Entwicklung entsprechend den Zielvorgaben die Behandlung unverändert fortzusetzen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer leichten Verbesserung der Symptomatik kann laut einer Leitlinie nach 4 Wochen die Therapie für weitere 2 bis 4 Wochen fortgesetzt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Ein Wechsel des Antidepressivums sollte bei weiterhin unzureichender Response, Auftreten von Nebenwirkungen oder aufgrund der Präferenz des Patienten in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Ein Wechsel des Antidepressivums sollte bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl sein und sorgfältig geprüft werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Zu beachten ist laut einer Leitlinie, dass die Studienlage zu Vorteilen eines Wechsels zwischen Antidepressiva gegenüber der Beibehaltung der Medikation schwach ist (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Zunächst sollte laut einer Leitlinie ein Wechsel in der gleichen Wirkstoffklasse (z. B. anderes SSRI) oder zu einem besser verträglichen Antidepressivum der neueren Generation erfolgen. Anschließend kann ein Wechsel zu einem Antidepressivum einer anderen Wirkstoffklasse mit geringerer Verträglichkeit, wie z. B. Venlafaxin, einem trizyklischen Antidepressivum (TZA) oder einem Monoaminooxidase-Hemmer (MAO-Hemmer), in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei einem Wechsel des Antidepressivums sind Wechselwirkungen und Sicherheitsabstände aufgrund unterschiedlicher Halbwertzeiten der Antidepressiva zu berücksichtigen (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Wegen möglicher Wechselwirkungen empfiehlt eine Leitlinie eine schrittweise Aufdosierung des neuen und ein ausschleichendes Absetzen des alten Antidepressivums (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Ein ausreichender Sicherheitsabstand ist beispielsweise bei einem Wechsel von SSRIs, SNRI und Clomipramin auf einen MAO-Hemmer oder bei einem Wechsel von Fluoxetin auf ein anderes Antidepressivum zu beachten (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dies gilt auch für den Wechsel von Fluoxetin oder Paroxetin auf ein TZA, aufgrund der gehemmten Metabolisierung des TZAs durch die beiden Substanzen, sowie für den Wechsel zu serotonergen Antidepressiva aufgrund des Risikos für das Serotonin-Syndrom (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Ebenso soll bei einem Wechsel von nicht reversiblen MAO-Hemmern die Halbwertszeit von 2 Wochen berücksichtigt und keine anderen Antidepressiva in dieser Zeit verordnet werden (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine Kombination der MAO-Hemmer mit SSRI, SNRI, Clomipramin und Fluoxetin ist dabei kontraindiziert (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät ausdrücklich von einem Therapiebeginn mit Dosulepin oder einem Wechsel auf das TZA Dosulepin aufgrund des kardialen Risikos und der Toxizität bei Überdosierung ab (NCCMH 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Wird eine Kombination verschiedener Antidepressiva oder Augmentation von Antidepressiva bei Nichtansprechen auf die initiale Therapie in Erwägung gezogen, sollte das erhöhte Risiko von Nebenwirkungen bei einer kombinierten Medikation im Vergleich zu einer Monotherapie beachtet werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Grundsätzlich sollte die vorliegende Studienlage für die Kombination von Wirkstoffen berücksichtigt und eine Auswahl von Wirkstoffen getroffen werden, die eine sichere Kombinationstherapie

ermöglichen (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Die Gründe für eine kombinierte Therapie sollten erörtert und dokumentiert werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Bei ungewöhnlichen Kombinationen oder unklarem Nutzen-Risiko-Verhältnis sollte das Hinzuziehen einer zweiten Meinung in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Als Kombinationen verschiedener Antidepressiva bei Patienten mit therapieresistenter Depression kommen die Kombinationen SSRI mit niedrig dosierten TZA, Bupropion, Buspiron, Mirtazapin, Lithium oder Liothyronin (T3) in Betracht (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Des Weiteren werden die Kombinationen von Mianserin mit einem SSRI oder einem TZA sowie Mirtazapin mit TZA empfohlen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Für Patienten, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, kann eine Augmentationstherapie von Antidepressiva mit den Antipsychotika Quetiapin (zugelassen), Aripiprazol, Olanzapin und Risperidon (jeweils off-label) in niedrigen Dosierungen in Erwägung gezogen werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Laut einer Leitlinie kann bei Nichtansprechen auf eine Therapie mit Antidepressiva eine Augmentation mit Lithium durch einen erfahrenen Arzt in Erwägung gezogen werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei fehlender Response 2 bis 4 Wochen nach Erreichen eines wirksamen Lithiumspiegel sollte Lithium wieder abgesetzt werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei gutem Ansprechen auf ein Antidepressivum mit Lithium-Augmentation sollte dieses Regime für mindestens 6 Monate beibehalten werden (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer therapieresistenten Depression wird in der Regel keine Augmentation mittels Pindolol (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]) sowie weiterer Wirkstoffe, wie einzelne Antiepileptika (Carbamazepin, Lamotrigin, Valproat), Buspiron, Dopaminagonisten, Psychostimulanzien und Schilddrüsen- oder andere Hormone (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]), empfohlen.

Des Weiteren rät eine Leitlinie von einer Augmentation mittels Benzodiazepinen für einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen ab (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus können laut einer Leitlinie keine Empfehlungen zur Verschreibung von Folaten, Inositol oder atypischen Antipsychotika bei Nichtansprechen auf die initiale Therapie gegeben werden (KPCI 2012 [Statement]).

Nach mehreren erfolglosen Versuchen einer Kombination von Therapien oder Augmentation eines Antidepressivums sollte die Überweisung an einen Facharzt (practitioner with specialist interest) oder eine fachpsychiatrische Einrichtung (specialist service) in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Hier sollte eine Evaluation des Symptomprofils, des Suizidrisikos, des Therapieverlaufs, psychosozialer Störfaktoren, persönlicher

Faktoren, signifikanter Beziehungsprobleme (insbesondere bei chronischer Depression), Komorbiditäten (einschließlich Alkohol- und Substanzmissbrauch) sowie Persönlichkeitsstörungen erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Nach eingehender Überprüfung kann gegebenenfalls ein erneuter Therapieversuch mit vorangegangenen Therapien, die nicht adäquat angewendet wurden, in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Der Beginn einer Medikation in fachpsychiatrischen Einrichtungen (secondary care mental health services) sollte unter Aufsicht eines Psychiaters erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus kann bei schweren depressiven Episoden, die lebensbedrohlich sind und ein sofortiges Therapieansprechen erfordern, sowie nach mehreren erfolglosen Psycho- und Pharmakotherapien eine elektrokonvulsive Therapie erwogen werden (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE ↑]). Bei Nichtansprechen sollte ein erneuter Versuch einer elektrokonvulsiven Therapie nur in bestimmten Situationen nach Nutzen- und Risiko-Abwägung in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei einer mittelgradigen depressiven Episode wird von dem regelhaften Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie abgeraten, mit Ausnahme der oben genannten mehreren erfolglosen Psycho- und Pharmakotherapien (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Weitere Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen für die Durchführung einer elektrokonvulsiven Therapie finden sich unter Abschnitt A3.4.2.7.3.

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 32 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Veränderung der Behandlungsstrategie bei Nichtansprechen an einem zu Beginn der Medikation festgelegten Bewertungstag. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Überprüfung der Therapieadhärenz sowie der Dosierung der verschriebenen Medikation bei Nichtansprechen auf die Behandlung der ersten Wahl. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für einen erneuten Therapieversuch mit dem Medikament der ersten Wahl einschließlich Steigerung der Dosierung bei Nichtansprechen auf die medikamentöse Behandlung aufgrund nicht adäquater Behandlungsdosis oder fehlender Adhärenz. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine intensivere Unterstützung durch den Behandler bei fehlendem oder minimalem Ansprechen 3 bis 4 Wochen nach initialer Therapie mit adäquater Behandlungsdosis. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Kontrolle des Plasmaspiegels eines Wirkstoffs bei adäquater Behandlungsdauer und -dosis und fehlendem Ansprechen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zu grundsätzlichen Optionen bei Adhärenz gegenüber der initialen Therapie und Nichtansprechen auf die Behandlung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung zur Aufdosierung von SSRI. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung, nach 3 bis 4 Wochen Akutbehandlung und fehlender positiver Entwicklung entsprechend den Zielvorgaben die Behandlung unverändert fortzusetzen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für das Fortführen einer Therapie bei leichten Verbesserungen der Symptomatik nach 4 Wochen sowie einem Wechsel des Antidepressivums in bestimmten Situationen, wie z. B. Fortbestehen einer unzureichenden Response. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die sorgfältige Prüfung des Wechsels eines Antidepressivums und Berücksichtigung möglicher Neben- und Wechselwirkungen sowie Einhaltung von Sicherheitsabständen bei einem Wechsel der Medikation. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für den Therapiebeginn mit beziehungsweise einen Wechsel auf Dosulepin. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung grundlegender Aspekte bei der Kombination verschiedener Antidepressiva oder Augmentation von Antidepressiva bei Nichtansprechen auf eine initiale Therapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Hinzuziehen einer Zweitmeinung bei ungewöhnlichen Kombinationen oder unklarem Nutzen-Risiko-Verhältnis. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zum Einsatz verschiedener Antidepressiva zur Kombinationsbehandlung bei Patienten mit therapieresistenter Depression. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Augmentationstherapie von Antidepressiva mit den Antipsychotika Quetiapin, Aripiprazol, Olanzapin und Risperidon für

Patienten, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Augmentation mit Lithium durch einen erfahrenen Arzt bei fehlendem Ansprechen auf eine Antidepressiva-Therapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Negativempfehlungen für eine Augmentation mittels Pindolol bei therapieresistenter Depression. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Negativempfehlungen für eine regelhafte Augmentation mittels einzelner Antiepileptika, Buspiron, Dopaminagonisten, Psychostimulanzien sowie Schilddrüsen- oder anderen Hormonen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für eine Augmentation mittels Benzodiazepinen für einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Überweisung an einen Facharzt oder eine fachpsychiatrische Einrichtung zur Evaluation des Symptomprofils, des Therapieverlaufs und spezifischer Risiko- und Störfaktoren nach mehreren erfolglosen Versuchen einer Kombination von Therapien oder Augmentation eines Antidepressivums. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für einen erneuten Therapieversuch mit vorangegangenen Therapien, die nicht adäquat angewendet wurden. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für den Beginn einer Medikation in fachpsychiatrischen Einrichtungen (secondary care mental health services) unter Aufsicht eines Psychiaters. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu einer elektrokonvulsiven Therapie bei Patienten mit schweren depressiven Episoden, die lebensbedrohlich sind und ein sofortiges Therapieansprechen erfordern, sowie nach mehreren erfolglosen Psycho- und Pharmakotherapien. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für einen erneuten Versuch einer elektrokonvulsiven Therapie nach erstmaligem Nichtansprechen auf diese Therapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu einer elektrokonvulsiven Therapie bei mittelgradigen depressiven Episoden. Dabei wird mit hohem GoR von dem regelhaften Einsatz abgeraten, mit Ausnahme mehrerer erfolgloser Psycho- und Pharmakotherapien. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

4 Leitlinien (KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NVL 2015, SIGN 2010) geben Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Generell wird bei einer Response an einem zu Beginn der Medikation festgelegten Bewertungstag empfohlen, die Medikation bis zur Erreichung einer Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie fortzusetzen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Nach Erreichen einer Remission wird empfohlen, eine Antidepressiva-Medikation für mindestens 4 beziehungsweise 9 Monate, gegebenenfalls auch länger, fortzuführen (KPCI 2012 [GoR fehlt, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die Fortführung einer Antidepressiva-Medikation als remissionsstabilisierende Erhaltungstherapie sollte in der Regel mit der gleichen Dosierung erfolgen, die bei der Akuttherapie wirksam war (KPCI 2012 [GoR fehlt, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren kann laut einer Leitlinie bei Erreichen einer Remission eine Reduktion der hoch intensiven psychotherapeutischen Maßnahmen erwogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

6 Monate nach Remission sollte unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Anzahl depressiver Episoden in der Vergangenheit und Vorliegen einer Restsymptomatik, gemeinsam mit dem Patienten beurteilt werden, ob eine Therapie mit Antidepressiva fortgeführt werden soll (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). So kann bei Patienten mit einer erstmaligen Diagnose einer depressiven Episode, die unter einer Therapie mit Antidepressiva eine Remission erreicht haben, und einer symptomfreien Zeit von 6 bis 12 Monaten nach der Remission ein Absetzen der medikamentösen Behandlung in Betracht gezogen werden (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden in der Vergangenheit wird dazu geraten, Antidepressiva nach einer erfolgreichen akuten Therapie und Erreichen einer Remission in der Dosierung, mit der die Remission erreicht wurde, für mindestens 15 weitere Monate zur Langzeitprophylaxe einzunehmen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]). Die Fortführung der Therapie mit Antidepressiva soll auch dann erfolgen, wenn andere Risikofaktoren wie Restsymptome, eine

Vielzahl von vorherigen depressiven Episoden, schwere oder anhaltende depressive Episoden, nicht ausreichendes Ansprechen auf eine Therapie oder schwerwiegende Konsequenzen bei einem Rückfall vorliegen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Auch bei Vorliegen einer chronischen Depression oder Doppeldepression wird dies empfohlen (KPCI 2012 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Des Weiteren sollen Patienten mit einem hohen Rückfallrisiko, einer Restsymptomatik oder einem Rückfall trotz einer Therapie mit Antidepressiva, denen es nicht möglich ist, eine Therapie mit Antidepressiva weiterzuführen, oder die sich bewusst gegen eine Weiterführung einer Therapie mit Antidepressiva entschieden haben, psychotherapeutische Interventionen beziehungsweise eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie wie eine individuelle kognitive Verhaltenstherapie oder eine achtsamkeitsbasierte (gruppenbasierte) kognitive Therapie angeboten werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]; SIGN 2010 [GoR fehlt, LoE ↑]). Dabei empfiehlt eine Leitlinie bei Durchführung einer individuellen kognitiven Verhaltenstherapie eine Therapiedauer von 3 bis 4 Monaten (16 bis 20 Sitzungen) und bei einer achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie eine Gesamtdauer von 12 Monaten (wöchentlich 2 Sitzungen über 8 Wochen und 4 Folgesitzungen) (NCCMH 2010 adults [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Besteht bei der individuellen kognitiven Verhaltenstherapie das Erfordernis einer Verlängerung der Dauer, sollen 2 Sitzungen pro Woche für die ersten 2 bis 3 Wochen sowie zusätzliche Folgesitzungen (4 bis 6 Sitzungen) über die folgenden 6 Monate erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Generell wird empfohlen, bei Vorliegen eines hohen Rückfallrisikos oder einer rezidivierenden depressiven Episode in der Vergangenheit gemeinsam mit dem Patienten eine Entscheidung über weiterführende Maßnahmen (Weiterführung der Medikation, Augmentation von Wirkstoffen oder psychotherapeutische Verfahren) zur Vermeidung von Rezidiven unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Ansprechen auf Therapien in der Vergangenheit, bestehende Restsymptomatik und Präferenz des Patienten, zu treffen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Ebenso sollte die Entscheidung, eine Therapie über 2 Jahre hinaus weiterzuführen, gemeinsam mit dem Patienten unter Berücksichtigung von Faktoren wie Alter, Komorbiditäten und weiteren Risikofaktoren getroffen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten mit multiplen depressiven Episoden, die gut auf eine pharmakologische Kombinationsbehandlung mit einem Antidepressivum und einem Wirkstoff zur Augmentation angesprochen haben, sollten diese Wirkstoffe, wenn möglich, über die Remissionsphase hinaus weiterhin einnehmen, sofern die Nebenwirkungen tolerierbar und akzeptabel sind (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Ist in diesem Fall eine Beendigung der Einnahme eines Wirkstoffs vorgesehen, dann soll die Therapie mit dem Wirkstoff zur Augmentation gestoppt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Es wird davon abgeraten, Lithium als alleinige Medikation zur Rezidivprophylaxe einzusetzen (NCCMH 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Nach einer erfolgreichen Behandlungsserie mit einer elektrokonvulsiven Therapie sollte als Erhaltungstherapie oder zur Rezidivprophylaxe eine Pharmakotherapie begonnen oder fortgeführt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]) beziehungsweise eine kombinierte Pharmako- und Psychotherapie mit oder ohne zusätzliche elektrokonvulsive Therapie erfolgen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]). Eine Augmentation mit Lithium soll dabei in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine Erhaltungstherapie mit einer elektrokonvulsiven Therapie sollte bei ausgewählten Patienten, z. B. mit Unverträglichkeit gegenüber einer Rezidivprophylaxe, zum Einsatz kommen (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 32 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, bei einer Response an einem zu Beginn der Medikation festgelegten Bewertungstag die Medikation bis zur Erreichung einer Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie fortzusetzen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Fortführung einer Antidepressiva-Medikation für mindestens 4 beziehungsweise 9 Monate, gegebenenfalls auch länger, nach Erreichen einer Remission. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Fortführung einer Antidepressiva-Medikation als remissionsstabilisierende Erhaltungstherapie mit der gleichen Dosierung, die bei der Akuttherapie wirksam war. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Reduktion psychotherapeutischer Maßnahmen mit hoher Intensität bei Erreichen einer Remission. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Anzahl depressiver Episoden in der Vergangenheit und Vorliegen einer Restsymptomatik, die Therapie mit Antidepressiva 6 Monate nach Remission entweder fortzusetzen oder für eine bestimmte Patientenpopulation die medikamentöse Behandlung abzusetzen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Fortführung einer Antidepressiva-Medikation für mindestens 15 weitere Monate zur Langzeitprophylaxe nach Erreichen einer Remission, auch wenn Risikofaktoren wie Restsymptome, eine Vielzahl von vorherigen depressiven Episoden, schwere oder anhaltende depressive Episoden, ein nicht

ausreichendes Ansprechen auf eine Therapie oder schwerwiegende Konsequenzen bei einem Rückfall vorliegen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Fortführung einer Antidepressiva-Medikation für mindestens 15 Monate bei Patienten mit einer chronischen Depression oder Doppeldepression und einer erfolgreichen Therapie mit Antidepressiva. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

3 Leitlinien geben mit hohen GoR oder alternativ hohem LoE Empfehlungen für eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie bei Patienten mit einem hohen Rückfallrisiko oder einer Restsymptomatik, einem Rückfall trotz Therapie mit Antidepressiva oder die sich gegen eine Therapie mit Antidepressiva entschieden haben. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine gemeinsam mit dem Patienten zu treffende Entscheidung über weiterführende Maßnahmen zur Vermeidung von Rezidiven unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Ansprechen auf Therapien in der Vergangenheit, bestehende Restsymptomatik und Präferenz des Patienten, bei vorliegendem hohen Rückfallrisiko oder einer rezidivierenden depressiven Episode in der Vergangenheit. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine gemeinsam mit dem Patienten zu treffende Entscheidung über eine Weiterführung der Therapie über 2 Jahre hinaus unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Alter, Komorbiditäten und weiterer Risikofaktoren. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlungen für die Weiterführung einer pharmakologischen Kombinationsbehandlung mit einem Antidepressivum und einem Wirkstoff zur Augmentation bei Patienten mit multiplen depressiven Episoden, die gut auf diese Therapie angesprochen haben, sofern die Nebenwirkungen tolerierbar und akzeptabel sind. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zum Einsatz von Lithium als alleinige Medikation zur Rezidivprophylaxe. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine Pharmakotherapie beziehungsweise eine kombinierte Pharmako- und Psychotherapie als Erhaltungstherapie und zur Rezidivprophylaxe nach einer erfolgreichen Behandlungsserie mit einer elektrokonvulsiven Therapie. Dabei sollte eine Augmentation mit Lithium in Betracht gezogen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Erhaltungstherapie mit einer elektrokonvulsiven Therapie bei ausgewählten Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.9 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei unipolaren depressiven Störungen

2 Leitlinien (NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Therapiedauer, Verlaufskontrolle sowie zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie und Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Therapiedauer (Akuttherapie)

Eine Leitlinie (NCCMH 2010 physical) gibt Empfehlungen zur Dauer einer Akuttherapie bei depressiven Patienten mit einer chronischen somatischen Komorbidität.

Eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur regelhaften Dauer und Frequenz einzelner Maßnahmen mit niedriger Intensität bei Patienten mit fortbestehender depressiver Symptomatik oder leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden und einer chronischen somatischen Komorbidität sowie Patienten mit niedrigschwelliger Symptomatik, die die Behandlung der chronisch somatischen Komorbidität erschwert:

- qualifizierte angeleitete Selbsthilfe basierend auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie (face-to-face und telefonisch): 9 bis 12 Wochen (6 bis 8 Sitzungen) einschließlich Folgeuntersuchungen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]),
- Selbsthilfegruppen: 8 bis 12 Wochen (1-mal pro Woche) (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]),
- computergestützte kognitive Verhaltenstherapie: 9 bis 12 Wochen einschließlich Folgeuntersuchungen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]),
- strukturiertes und supervidiertes Bewegungsprogramm: über 10 bis 14 Wochen, 2- bis 3-mal pro Woche (jeweils 45 Minuten bis 1 Stunde) (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Generell werden bei depressiven Patienten mit chronisch somatischer Komorbidität folgende Therapiedauern und Frequenzen bei Durchführung hoch intensiver psychotherapeutischer Maßnahmen empfohlen:

- gruppenbasierte kognitive Verhaltenstherapie: 6 bis 8 Wochen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).
- Paartherapie: 5 bis 6 Monate (15 bis 20 Sitzungen) (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine individuelle kognitive Verhaltenstherapie wird über die Dauer von 6 bis 8 Wochen (maximal 18 Wochen) bei Patienten mit einer mittelschweren depressiven Episode und einer

chronisch somatischen Komorbidität (mit 2 Follow-up-Sitzungen in 6 Monaten nach Therapieende) empfohlen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei einer schweren depressiven Episode wird eine Therapiedauer von 16 bis 18 Wochen (mit 2 Sitzungen pro Woche in den ersten 2 bis 3 Wochen und mit 2 bis 3 Follow-up-Sitzungen in 12 Monaten nach Therapieende) empfohlen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Soll eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva beendet werden, wird eine schrittweise Reduzierung der Dosis in der Regel über einen Zeitraum von etwa 4 Wochen empfohlen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Teilweise können auch längere Zeiträume für die schrittweise Reduzierung der Dosis in Betracht kommen, insbesondere, wenn Wirkstoffe (z. B. Paroxetin und Venlafaxin) mit einer längeren Halbwertszeit eingenommen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei der Einnahme von Fluoxetin kann jedoch ein sofortiges Absetzen der Medikation in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Ist das Behandlungsziel einer signifikanten Verbesserung oder Remission erreicht, kann eine Verkürzung der Therapiedauer erwogen werden. Die Weiterführung der Therapie kann sinnvoll sein, wenn Fortschritte erreicht wurden und Arzt und Patient Einvernehmen hierüber erreichen (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 33 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Dauer und Frequenz niedrigschwelliger Maßnahmen bei Patienten mit fortbestehender depressiver Symptomatik oder leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden und einer chronischen somatischen Komorbidität sowie Patienten mit niedrigschwelliger Symptomatik. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Interventionen mit hoher Intensität. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR eine Empfehlung für eine in der Regel schrittweise Reduzierung der Dosierung über einen Zeitraum von etwa 4 Wochen oder länger bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva. Bei der Einnahme von Fluoxetin kann ein sofortiges Absetzen der Medikation in Betracht gezogen werden. Teilweise können auch längere Zeiträume für die schrittweise Reduzierung in Betracht kommen, wenn Wirkstoffe mit einer längeren Halbwertszeit eingenommen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Verkürzung oder eine Weiterführung der Therapie, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt sind. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Verlaufskontrolle

2 Leitlinien (NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle.

Bei Patienten, die eine Therapie mit Antidepressiva begonnen haben und kein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, werden zu Beginn in der Regel alle 2 Wochen Kontrolluntersuchungen und danach alle 2 bis 4 Wochen in den ersten 3 Monaten, bei gutem Ansprechen auf die Therapie längere Intervalle, empfohlen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Patienten, die eine Therapie mit Antidepressiva begonnen haben und bei denen ein erhöhtes Suizidrisiko besteht, oder bei unter 30-jährigen Patienten sollten eine Woche nach Beginn der Behandlung und regelmäßig danach Kontrolluntersuchungen erfolgen, bis das Suizidrisiko als nicht mehr klinisch relevant erachtet wird (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei einem frühzeitigen Auftreten von Nebenwirkungen unter einer Therapie mit einem Antidepressivum können folgende Maßnahmen in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]):

- engmaschige Kontrolle der Symptome bei leichten Nebenwirkungen, die für den Patienten akzeptabel sind,
- Absetzen oder Wechsel der Therapie abhängig von der Präferenz des Patienten,
- kurzzeitige (maximal 2 Wochen) zusätzliche Gabe eines Benzodiazepins (keine Option bei chronischen Angststörungen) in Abstimmung mit dem Patienten bei Angst- und Unruhezuständen.

Es sollte auf Symptome, die auf gesteigerte Unruhe, Angststörungen und Suizidalität hinweisen, geachtet und bei anhaltenden und starken Unruhezuständen nach Beginn einer Therapie mit Antidepressiva die medikamentöse Behandlung überprüft werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät zu Plasmaspiegelkontrollen im Rahmen einer antidepressiven medikamentösen Behandlung bei multimedizierten oder komorbiden Patienten (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Symptome, die bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung auftreten können, sollten überwacht und der Patient bei leichten Symptomen beruhigt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei schweren Symptomen sollte eine erneute Therapie mit dem Antidepressivum (oder ein anderes Antidepressivum aus derselben Wirkstoffklasse mit einer

längeren Halbwertszeit) in der zuletzt wirksamen Dosierung erfolgen und anschließend eine schrittweise Reduzierung der Dosierung in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 33 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für Intervalle zu regelmäßigen Kontroll- und Nachuntersuchungen bei Patienten, die eine Therapie mit Antidepressiva begonnen haben und kein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für engmaschige Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit einem erhöhten Suizidrisiko oder bei unter 30-jährigen Patienten nach Beginn mit einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen zu Maßnahmen bei frühzeitigem Auftreten von Nebenwirkungen nach Beginn einer Therapie mit Antidepressiva, wie engmaschige Kontrolle der Symptome oder Überprüfung der Therapie mit gegebenenfalls Wechsel der Therapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Überwachung von Symptomen, die auf gesteigerte Unruhe, Angststörungen und Suizidalität hinweisen, und zur Überprüfung der medikamentösen Behandlung bei anhaltenden und starken Unruhezuständen nach Beginn einer Therapie mit Antidepressiva. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu Plasmaspiegelkontrollen im Rahmen einer antidepressiven medikamentösen Behandlung bei multimedizierten oder komorbiden Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Überwachung von Symptomen, die bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung auftreten können. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine erneute Antidepressiva-Medikation mit anschließender schrittweiser Reduzierung der Dosierung bei Auftreten schwerer Symptome nach Absetzen einer Antidepressiva-Medikation. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie

Eine Leitlinie (NCCMH 2010 physical) gibt Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie.

Bei Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und Vorliegen einer chronischen somatischen Komorbidität mit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen, die nicht auf initiale hoch intensive psychotherapeutische Interventionen, eine medikamentöse Behandlung oder eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie ansprechen, sollte ein integrierter Versorgungsansatz in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Dieser Versorgungsansatz sollte ein Fallmanagement, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in Einrichtungen für physische Gesundheit in der Primär- und Sekundärversorgung (primary and secondary physical health services), Patientenschulungen, psychotherapeutische und medikamentöse Maßnahmen, Medikationsmanagement und eine Langzeit-Koordination der Versorgung sowie Nachuntersuchungen beinhalten (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Spricht ein Patient nach 2 bis 4 Wochen nicht auf die Behandlung mit einem Antidepressivum der ersten Wahl an, sollten zunächst die Therapie-Adhärenz des Patienten und die verschriebene Dosierung überprüft werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei fehlendem oder minimalem Ansprechen 3 bis 4 Wochen nach einer Therapie mit adäquater Behandlungsdosis eines Antidepressivums sollte die Unterstützung durch den behandelnden Arzt oder Therapeuten, z. B. durch häufigere Kontrolltermine oder zusätzliche Telefonkontakte, intensiviert und ein Wechsel des Antidepressivums erwogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt], [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine Aufdosierung des initialen Antidepressivums kann in Betracht gezogen werden, wenn keine signifikanten Nebenwirkungen auftreten (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Des Weiteren sollte in diesem Fall, aber auch bei mangelnder Verträglichkeit, ein Wechsel von einer medikamentösen Behandlung zu einer anderen Behandlungsform, wie z. B. psychotherapeutische Verfahren mit hoher Intensität (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]), oder ein Wechsel des Antidepressivums (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]) erwogen werden.

Bei einer leichten Verbesserung der Symptomatik kann laut einer Leitlinie nach 4 Wochen die Therapie für weitere 2 bis 4 Wochen fortgesetzt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Ein Wechsel des Antidepressivums sollte bei weiterhin unzureichender Response, Auftreten von Nebenwirkungen oder aufgrund der Präferenz der Patienten in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei sollte auf eine schrittweise Aufdosierung des neuen Antidepressivums, mögliche Wechselwirkungen sowie auf das Risiko eines serotonergen Syndroms bei der Kombination serotonerg wirkender Antidepressiva geachtet werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 33 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für einen integrierten Versorgungsansatz bei Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode

und Vorliegen einer chronischen somatischen Komorbidität mit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen, die nicht auf initiale psychotherapeutische Interventionen mit hoher Intensität, eine medikamentöse Behandlung oder eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie ansprechen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Inhalte eines integrierten Versorgungsansatzes, wie Fallmanagement und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in Einrichtungen für physische Gesundheit der Primär- und Sekundärversorgung, Patientenschulungen, psychotherapeutische und medikamentöse Maßnahmen, Medikationsmanagement und eine Langzeit-Koordination der Versorgung sowie Nachuntersuchungen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Überprüfung der Therapie-Adhärenz sowie der Dosierung der verschriebenen Medikation bei Nichtansprechen auf die Behandlung mit einem Antidepressivum der ersten Wahl. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine intensivierte Unterstützung durch den Behandler sowie den Wechsel oder die Aufdosierung des Antidepressivums bei fehlendem oder unzureichendem Ansprechen auf die initiale Therapie nach 3 bis 4 Wochen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für einen Wechsel von einer medikamentösen Behandlung zu einer anderen Behandlungsform, wie z. B. zu psychotherapeutischen Verfahren mit hoher Intensität, bei Nichtansprechen auf diese Therapie oder bei mangelnder Verträglichkeit. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für das Fortführen einer Therapie bei leichten Verbesserungen der Symptomatik nach 4 Wochen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichem GoR Empfehlungen zum Wechsel des Antidepressivums bei weiterhin unzureichender Response, Auftreten von Nebenwirkungen oder aufgrund der Präferenz der Patienten unter Beachtung der schrittweisen Aufdosierung des neuen Antidepressivums, möglicher Wechselwirkungen sowie des Risikos eines serotonergen Syndroms bei der Kombination serotonerg wirkendender Antidepressiva. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Eine Leitlinie (NCCMH 2010 physical) gibt Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Depressive Patienten mit chronisch somatischer Komorbidität sollen unterstützt und angehalten werden, eine Behandlung mit Antidepressiva für mindestens 6 Monate nach Erreichen einer Remission fortzuführen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

6 Monate nach Remission sollte unter Berücksichtigung von Faktoren wie Anzahl depressiver Episoden in der Vergangenheit und Vorliegen einer Restsymptomatik gemeinsam mit dem Patienten beurteilt werden, ob eine Therapie mit Antidepressiva fortgeführt werden soll (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei signifikanter Verbesserung oder Erreichen einer Remission kann eine Reduktion der psychotherapeutischen Maßnahmen erwogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 33 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Unterstützung von depressiven Patienten mit chronisch somatischer Komorbidität zur Fortführung einer Antidepressiva-Medikation für mindestens 6 Monate nach Erreichen einer Remission. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Fortsetzung oder ein Absetzen der Therapie mit Antidepressiva 6 Monate nach Remission unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Anzahl depressiver Episoden in der Vergangenheit und Vorliegen einer Restsymptomatik. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Reduktion psychotherapeutischer Maßnahmen bei signifikanter Verbesserung oder Erreichen einer Remission. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.10 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit unipolaren depressiven Störungen

3 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NVL 2015, RNAO 2010) geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle. Es liegen in diesem Abschnitt keine Empfehlungen für die Therapiedauer in der Akutphase vor.

Bei einer Therapie mit Antidepressiva im Alter sollte regelmäßig das mögliche Auftreten von Nebenwirkungen kontrolliert werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte ab Erreichen der Standarddosierung eines Antidepressivums bei älteren Patienten 6 Wochen gewartet werden, bis mit dem Patienten gemeinsam beurteilt wird, ob eine Response vorliegt (NVL 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer Therapie mit Mianserin ist laut einer Leitlinie auf ein hämatologisches Monitoring zu achten (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Im Rahmen der Betreuung und Pflege von älteren Personen sollten Pflegefachkräfte nach der Remission einer depressiven Episode das Auftreten möglicher Rückfälle für eine Zeit von 6 bis 24 Monaten kontrollieren, bei Vorliegen einer chronischen Depression auch über diese Zeit hinaus (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↑]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 34 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine regelmäßige Kontrolle von möglichen Nebenwirkungen bei einer Therapie mit Antidepressiva im Alter. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Beurteilung der Response auf ein Antidepressivum nach einer Wirklatenz von 6 Wochen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zum hämatologischen Monitoring bei einer Therapie mit Mianserin. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem LoE eine Empfehlung für die Kontrolle möglicher Rückfälle nach der Remission einer depressiven Episode im Rahmen der Betreuung und Pflege von älteren Personen durch Pflegefachkräfte. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.2.11 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle, Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie sowie zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Es liegen in diesem Abschnitt keine Empfehlungen für die Therapiedauer in der Akutphase vor. Empfehlungen für die Therapiedauer finden sich nur im Abschnitt der Erhaltungstherapie.

Verlaufskontrolle

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle.

Generell sollte eine regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolgs stattfinden (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]). Es wird darauf hingewiesen, dass der Therapieerfolg frühestens nach 4 Wochen durch den Patienten, die Bezugspersonen und die Behandelnden eingeschätzt werden kann (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei einer medikamentösen Behandlung sollten regelmäßig kinder- und jugendpsychiatrische Überprüfungen des Therapieerfolgs (DGKJP 2013 [GoR fehlt, LoE fehlt]) sowie sorgfältige Kontrollen möglicher Nebenwirkungen stattfinden (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, Kindern und Jugendlichen mit bereits 2 oder mehreren depressiven Episoden in der Vergangenheit oder erhöhtem Rezidivrisiko in der Phase der Erholung regelmäßige Wiedervorstellungen für mindestens 12 beziehungsweise 24 Monate anzubieten (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 35 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur regelmäßigen Überprüfung des Therapieerfolgs unter der Beachtung, dass dieser frühestens nach 4 Wochen Therapie eingeschätzt werden kann. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR und eine Leitlinie mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für eine regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Überprüfung des Therapieerfolgs sowie sorgfältige Kontrollen möglicher Nebenwirkungen bei einer medikamentösen Behandlung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für regelmäßige Wiedervorstellungen nach der Erholungszeit. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie.

Nach einem erfolglosen ersten Behandlungsversuch kann eine bisher nicht verwendete Form der Psychotherapie, ein bisher nicht verwendeter Wirkstoff (Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram oder Sertralin) oder eine bisher nicht verwendete Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und einem der genannten Wirkstoffe zum Einsatz kommen (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE ↓]). Auch ein Wechsel des Behandlungssettings kann in Betracht gezogen werden (DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE ↓]). Eine Veränderung der Behandlungsmodalitäten kann erfolgen, wenn nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsame Verbesserung beziehungsweise nach 4-wöchiger Pharmakotherapie keine Response vorliegt (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Sprechen Kinder und Jugendliche mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode nach 4 bis 6 Sitzungen nicht auf eine Psychotherapie an, sollte laut einer Leitlinie zunächst eine multidisziplinäre Fallevaluation erfolgen (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Werden danach weitere Faktoren festgestellt, die ein Nichtansprechen auf die Therapie begründen können, wie z. B. Vorliegen von Komorbiditäten oder psychosoziale Risikofaktoren, wie familiäre Zerwürfnisse oder psychische Erkrankung der Eltern, sollte alternativ oder

zusätzlich eine Psychotherapie für Familienangehörige oder eine andere psychotherapeutische Intervention für den Patienten in Erwägung gezogen werden (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode sollte Jugendlichen (12 bis 18 Jahre) nach Nichtansprechen auf eine Psychotherapie (4 bis 6 Sitzungen) und nach erfolgtem multidisziplinären Austausch eine medikamentöse Behandlung mit einem SSRI (Fluoxetin) angeboten werden (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren sollte Fluoxetin nur zurückhaltend in Erwägung gezogen werden, aufgrund fehlender Evidenz zur Wirksamkeit für diese Altersgruppe (NICE 2015 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 35 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR allgemeine Empfehlungen zur Veränderung der medikamentösen und / oder nichtmedikamentösen Behandlungsmodalitäten, wenn nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsame Verbesserung beziehungsweise nach 4-wöchiger Pharmakotherapie keine Response vorliegt. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR eine Empfehlung für eine multidisziplinäre Fallevaluation und den, aus der Fallevaluation, zu ziehenden Konsequenzen bei Nichtansprechen auf eine Psychotherapie nach 4 bis 6 Sitzungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, Fluoxetin bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und Nichtansprechen auf eine Psychotherapie nur zurückhaltend einzusetzen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Eine Leitlinie (DGKJP 2013) gibt Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Es wird empfohlen, gemeinsam mit den Patienten sowie ihren Bezugspersonen Lösungsansätze zur Vermeidung von Rückfällen und Rezidiven zu entwickeln (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]). Dabei sollen die Behandelnden Patienten sowie ihre Bezugspersonen über das Rückfall- und Rezidivrisiko aufklären und vermitteln, welche Krankheitsmerkmale und frühe Warnzeichen erkennbar sein können, um mit den Betroffenen auch Strategien zum Umgang mit frühen Warnzeichen zu entwickeln (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]). Die behandelnden Hausärzte sollen nach Zustimmung des Patienten darüber informiert werden (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]).

Nach einer Erholungszeit (mindestens 2 Monate ohne klinisch relevante Symptome) sollte eine medikamentöse Behandlung für mindestens 6 weitere Monate fortgesetzt werden

(DGKJP 2013 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei einer Erstmanifestation einer depressiven Störung kann nach einer Erholung von mindestens 6 Monaten ein Absetzen der pharmakologischen Therapie in Erwägung gezogen werden (DGKJP 2013 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 35 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlungen für die gemeinsame Entwicklung von Lösungsansätzen zur Vermeidung von Rückfällen und Rezidiven sowie für die Aufklärung der Patienten und ihre Bezugspersonen über das Rückfall- und Rezidivrisiko durch die Behandelnden, um mit den Betroffenen Strategien zum Umgang mit frühen Warnzeichen zu entwickeln. Die behandelnden Hausärzte sollen nach Zustimmung des Patienten darüber informiert werden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Fortführung einer pharmakologischen Therapie für mindestens 6 Monate nach einer Erholungszeit von mindestens 2 Monaten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für das Absetzen einer pharmakologischen Therapie nach einer Erholungszeit von mindestens 6 Monaten bei einer Erstmanifestation einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich einer DMP-Relevanz gemacht werden.

A3.4.2.12 Rehabilitation bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

Eine Leitlinie (NCCMH 2010 adult) gibt eine Empfehlung zur Rehabilitation.

Patienten mit einer anhaltenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, die von einer sozialen oder beruflichen Unterstützung profitieren, sollte eine geschulte Kontaktperson zusätzlich zur medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung zur Seite gestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei sollte wenigstens wöchentlich über 2 bis 6 Monate eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]). Weiterhin kann ein Rehabilitationsprogramm in Betracht gezogen werden, wenn die Erkrankung zu einem Verlust der Arbeitsstelle oder über eine längere Zeit zu einer verminderten Teilhabe an anderen sozialen Aktivitäten geführt hat (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 36 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen für die wöchentliche Unterstützung von Patienten mit einer anhaltenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episode durch eine geschulte Kontaktperson über 2 bis 6 Monate. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu einem Rehabilitationsprogramm für Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, wenn die Erkrankung zu einem Verlust der Arbeitsstelle oder über eine längere Zeit zu einer verminderten Teilhabe an anderen sozialen Aktivitäten geführt hat. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.2.13 Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit unipolaren depressiven Störungen

6 Leitlinien (ICSI 2013, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015, RNAO 2010) geben Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Allgemeine Empfehlungen

5 Leitlinien (ICSI 2013, KPCI 2012, NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical, NVL 2015) geben allgemeine Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Bei Verdacht auf eine depressive Störung sollte je nach Kenntnissen und Kompetenzen des behandelnden Arztes eine Überweisung an einen qualifizierten Arzt (appropriate professional) für eine weiterführende Untersuchung erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Erfolgt die Überweisung nicht durch den Hausarzt, sollte dieser darüber in Kenntnis gesetzt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Für die Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode wird ein integrativer Versorgungsansatz empfohlen (ICSI 2013 [GoR ↑, LoE ↑]), insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode oder einer mittelgradigen depressiven Episode und Vorliegen einer komplexeren Problematik (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren Problematik sollte laut einer Leitlinie ein multidisziplinärer Behandlungsplan entwickelt werden, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Berufsgruppen und die Strategien für ein Krisenmanagement festgehalten sind (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Therapieplan soll dem Patienten sowie dem Hausarzt und weiteren relevanten Personen, die in die Betreuung des Patienten eingebunden sind, zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Werden bei Vorliegen von rezidivierenden schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Merkmalen im Vorfeld Behandlungsvereinbarungen mit dem Patienten getroffen, sollten diese im Behandlungsplan dokumentiert und den Leistungserbringern in der Primär- und Sekundärversorgung zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei vorliegendem Suizidrisiko wird eine Überweisung an fachpsychiatrische Einrichtungen oder eine Konsultation eines Psychiaters empfohlen (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]; (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]),

insbesondere wenn eine medikamentöse Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva oder Venlafaxin geplant ist (KPCI 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei akuter Suizid- oder Fremdgefährdung oder sehr hohem Selbstverletzungsrisiko sollte eine Einweisung in eine fachpsychiatrische Einrichtung in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]; NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]), insbesondere bei fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten Termin (NVL 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine stationäre Betreuung suizidaler Patienten kann auch angezeigt sein bei

- medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch,
- intensivem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf,
- Fortbestehen akuter Suizidalität trotz initialer Behandlung,
- anderweitig nicht möglicher zuverlässiger Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität,
- nicht gelungener Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (NVL 2015 [GoR ↓, LoE ↑]).

Bei Entlassung nach einem stationären Aufenthalt sollte eine wirksame und effiziente Weiterführung der spezifischen psychotherapeutischen Interventionen sichergestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer Lernbehinderung oder kognitiver Einschränkungen sollte zur Entwicklung eines Therapieplans ein Facharzt hinzugezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die kombinierte Gabe von Wirkstoffen in der hausärztlichen Versorgung sollte in der Regel nach Rücksprache mit einem Psychiater erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Kommt eine ungewöhnliche Kombination in Betracht, sollte das Einholen einer Zweitmeinung in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Nichtansprechen auf eine Therapie und zur Vermeidung von Rezidiven sollte unter Aufsicht eines Psychiaters eine weitere Anpassung der Medikation erfolgen (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 37 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zu einer Überweisung an einen qualifizierten Arzt (appropriate professional) für eine weiterführende Untersuchung bei

Verdacht auf eine depressive Störung und gegebenenfalls zur Information des Hausarztes über die Überweisung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für einen integrativen Versorgungsansatz insbesondere bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode oder einer mittelgradigen depressiven Episode und Vorliegen einer komplexeren Problematik. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Entwicklung eines multidisziplinären Behandlungsplans bei schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren Problematik, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Berufsgruppen festgehalten sind und der Strategien für ein Krisenmanagement beinhaltet. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Verfügbarkeit eines multidisziplinären Behandlungsplans für den Hausarzt und weitere relevante Personen, die in die Betreuung des Patienten eingebunden sind, bei Vorliegen einer komplexen und schweren depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Dokumentation von im Vorfeld mit dem Patienten getroffenen Behandlungsvereinbarungen bei Vorliegen von rezidivierenden schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Merkmalen sowie zur Verfügbarkeit dieser Dokumentation für Leistungserbringer in der Primär- und Sekundärversorgung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Überweisung an fachpsychiatrische Einrichtungen oder eine Konsultation eines Psychiaters, wenn eine medikamentöse Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva oder Venlafaxin geplant ist. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für eine Überweisung in eine fachpsychiatrische Einrichtung bei akuter Suizid- oder Fremdgefährdung oder sehr hohem Selbstverletzungsrisiko sowie fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten Termin. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu Situationen, die außer einer akuten Suizidgefährdung eine stationäre Betreuung erfordern können, wie z. B. intensiver psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf und Fortbestehen der akuten Suizidalität trotz initialer Behandlung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Hinzuziehung eines Facharztes zur Entwicklung eines Therapieplans bei Vorliegen einer Lernbehinderung oder kognitiver Einschränkungen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Rücksprache mit einem Psychiater bei einer Kombination von Wirkstoffen in der hausärztlichen Versorgung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Einholung einer Zweitmeinung bei Planung einer ungewöhnlichen Wirkstoffkombination. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Anpassung einer Medikation unter Aufsicht eines Psychiaters bei Nichtansprechen auf eine Therapie und zur Vermeidung von Rezidiven. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Sicherstellung einer wirksamen und effizienten Weiterführung von spezifischen psychotherapeutischen Interventionen bei Entlassung nach einem stationären Aufenthalt.

Patienten mit Komorbiditäten

2 Leitlinien (NCCMH 2010 adults, NCCMH 2010 physical) geben Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Bei Verdacht auf eine depressive Störung sollte gegebenenfalls eine Überweisung an einen qualifizierten Arzt (appropriate professional) für eine weiterführende Untersuchung erfolgen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Erfolgt die Überweisung nicht durch den Hausarzt, sollte dieser darüber informiert werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und Vorliegen einer chronischen somatischen Komorbidität mit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen sollte ein integrierter Versorgungsansatz in Betracht gezogen werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere bei Nichtansprechen auf eine initiale psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung oder eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]). Dieser Versorgungsansatz sollte u. a. ein Fallmanagement und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in der Primär- und Sekundärversorgung beinhalten (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer Lernbehinderung oder kognitiver Einschränkungen sollte zur Entwicklung eines Therapieplans das Hinzuziehen eines Facharztes in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren Problematik sollten laut einer Leitlinie ein multidisziplinärer Behandlungsplan entwickelt werden, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Berufsgruppen festgehalten sind (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Therapieplan soll dem Patienten sowie dem Hausarzt und weiteren relevanten Personen, die in die Betreuung des Patienten eingebunden sind, zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Insbesondere bei Patienten mit einer komplexen Problematik und schweren depressiven Episoden und Vorliegen einer chronischen somatischen Komorbidität sollte im Rahmen einer medikamentösen Behandlung eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Einrichtungen angestrebt werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Unsicherheit hinsichtlich möglicher Wechselwirkungen von Wirkstoffen sollte ein Facharzt konsultiert werden (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]). Wenn notwendig, sollte zur weiteren Verordnung von Medikamenten eine Überweisung in eine fachpsychiatrische Einrichtung erfolgen (NCCMH 2010 physical [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 37 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Überweisung an einen qualifizierten Arzt für eine weiterführende Untersuchung bei Verdacht auf eine depressive Störung und zur erforderlichen Information des Hausarztes über diese Überweisung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für einen integrierten Versorgungsansatz bei Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und Vorliegen einer chronischen somatischen Komorbidität mit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen, die nicht auf eine initiale psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung oder eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie ansprechen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Hinzuziehung eines Facharztes zur Entwicklung eines Therapieplans bei Vorliegen einer Lernbehinderung oder kognitiver Einschränkungen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Entwicklung eines multidisziplinären Behandlungsplans bei Patienten mit schweren Depressionen und Vorliegen komplexer Problematik, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Berufsgruppen festgehalten sind. Der Therapieplan sollte dem Patienten sowie dem Hausarzt sowie weiteren relevanten

Personen zur Verfügung gestellt werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Einrichtungen im Rahmen einer medikamentösen Behandlung bei Patienten mit einer komplexen Problematik und schweren depressiven Episode und Vorliegen chronischer somatischer Komorbiditäten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Konsultation eines Facharztes bei Unsicherheiten hinsichtlich möglicher Wechselwirkungen von Wirkstoffen sowie, wenn notwendig, zur Überweisung an eine fachpsychiatrische Einrichtung zur weiteren Verordnung von Medikamenten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Ältere Patienten

Eine Leitlinie (RNAO 2010) gibt Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Pflegefachkräfte sollten im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit beurteilen, ob eine ältere Person in der Lage ist, Entscheidungen über Pflege und Therapie zu treffen (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]). Bei fehlender Entscheidungsfähigkeit sollte gegebenenfalls eine Betreuung beantragt oder in anderer Weise Bevollmächtigte hinzugezogen werden (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Die Koordination der Versorgung von älteren Patienten sollte durch einen adäquaten Informationstransfer sichergestellt werden (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Die Versorgung älterer Erwachsener mit Depressionen und / oder suizidalen Gedanken sollte Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention umfassen (RNAO 2010 [GoR fehlt, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 37 zu entnehmen.

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem LoE Empfehlungen zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit älterer Patienten durch Pflegefachkräfte im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Bei fehlender Entscheidungsfähigkeit sollte gegebenenfalls eine Betreuung beantragt oder in anderer Weise Bevollmächtigte hinzugezogen werden.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem LoE eine Empfehlung zur Sicherstellung der Koordination der Versorgung älterer Patienten durch einen adäquaten Informationstransfer.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem LoE eine Empfehlung zu Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bei älteren Patienten mit Depressionen und / oder suizidalen Gedanken.

A3.4.2.14 Kooperation der Versorgungssektoren bei Kindern und Jugendlichen mit unipolaren depressiven Störungen

2 Leitlinien (DGKJP 2013, NICE 2015) geben Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Sprechen Kinder und Jugendliche mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode nach 4 bis 6 Wochen nicht auf eine Psychotherapie an, sollte laut einer Leitlinie zunächst eine multidisziplinäre Fallevaluation erfolgen, bevor weitere Maßnahmen eingeleitet werden (NICE 2015 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollen die behandelnden Hausärzte nach Zustimmung des Patienten über die mit den Patienten sowie ihren Bezugspersonen entwickelten Lösungsansätze zur Vermeidung von Rückfällen und Rezidiven sowie Strategien zum Umgang mit frühen Warnzeichen in Kenntnis gesetzt werden (DGKJP 2013 [GoR ↑, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 38 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine multidisziplinäre Fallevaluation bei Nichtansprechen auf eine Psychotherapie nach 4 bis 6 Wochen bei Kindern und Jugendlichen mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Information der behandelnden Hausärzte über die mit den Patienten und ihren Bezugspersonen entwickelten Lösungsansätze zur Vermeidung von Rückfällen und Rezidiven sowie Strategien zum Umgang mit frühen Warnzeichen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3 Teil B: bipolare Störungen

A3.4.3.1 Früherkennung bipolarer Störungen bei Erwachsenen

2 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014) geben Empfehlungen zur Früherkennung.

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass es validierte Instrumente zur Selbst- und Fremdbeurteilung der Manie und bipolaren Depression sowie zum Screening auf das Vorliegen einer bipolaren Störung im Lebenszeitverlauf gibt, und empfehlen ihre Anwendung (DGBS 2014 [Statement]).

2 Leitlinien raten davon ab, im hausärztlichen Setting die Diagnose einer bipolaren Störung allein auf Basis von Fragebögen und psychometrischen Tests zu stellen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei positivem Screening empfiehlt eine Leitlinie zur Diagnosesicherung einen Facharzt hinzuzuziehen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 39 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Negativempfehlungen zur Stellung einer Diagnose einer bipolaren Störung im hausärztlichen Setting allein auf Basis von Fragebögen und psychometrischen Tests. Dabei empfiehlt eine der beiden Leitlinien, bei positivem Screening zur Diagnosesicherung einen Facharzt hinzuzuziehen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.2 Früherkennung bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt Empfehlungen zur Früherkennung.

Es wird davon abgeraten, im hausärztlichen Setting über psychometrische Tests die Diagnose einer bipolaren Störung zu stellen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Besteht der Verdacht auf eine bipolare Störung, sollte eine Überweisung an eine fachpsychiatrische Einrichtung erfolgen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 40 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zur Stellung der Diagnose einer bipolaren Störung auf Basis von psychometrischen Tests im hausärztlichen Setting. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Überweisung an eine fachpsychiatrische Einrichtung bei Verdacht auf eine bipolare Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.3 Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Diagnostik.

Symptomatik und Diagnosestellung

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Symptomatik und Diagnosestellung.

Eine Leitlinie führt an, dass das frühe Erkennen einer bipolaren Störung und eine rechtzeitige adäquate Behandlung schwerwiegende Einschränkungen des psychosozialen Funktionsvermögens verhindern oder zumindest mindern können (DGBS 2014 [Statement]). Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die Diagnostik und Behandlung in der Prodromalphase derzeit experimentell erfolgen (DGBS 2014 [Statement]).

Für die Diagnostik einer bipolaren Störung wird die Verwendung von standardisierten Instrumenten und anerkannten Klassifikationssystemen empfohlen (DGBS 2014 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]; VADoD 2010 [3 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Folgende Risikofaktoren beziehungsweise Prädiktoren für die Entwicklung einer Hypomanie oder Manie sind bekannt:

- positive Familienanamnese für bipolare Störungen,
- schwere, melancholische oder psychotische Depression im Kindes- oder Jugendalter,
- schneller Beginn und / oder rasche Rückbildung der Depression,
- Vorliegen saisonaler oder atypischer Krankheitsmerkmale,
- subsyndromale hypomanische Symptome im Rahmen depressiver Episoden und
- hypomanische oder manische Symptomentwicklung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Therapie mit Antidepressiva oder bei Exposition gegenüber Psychostimulanzien (DGBS 2014 [Statement]).

Bei Patienten mit einer depressiven Episode sollte geprüft werden, ob die Depression im Rahmen einer bipolaren Störung auftritt, insbesondere beim vereinzelten oder kombinierten Vorliegen der oben genannten Risikofaktoren (positive Familienanamnese etc.) für die Entwicklung einer Hypomanie oder Manie (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Hierbei sollte nach vorangegangenen Episoden von Überaktivität und enthemmtem Verhalten gefragt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Verdacht auf eine bipolare Störung sollte eine Überweisung an einen Facharzt erfolgen (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere bei dringendem Verdacht auf eine Manie oder schwere bipolare Depression oder Gefahr für eine Fremd- oder Eigengefährdung (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte zudem bei jungen Erwachsenen mit Störungen der Emotionsregulation, wie z. B. bei einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, eine Differenzialdiagnostik zum Vorliegen einer bipolaren Störung erfolgen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Verdacht auf eine bipolare Störung sollte ein umfassendes psychiatrisches Assessment erfolgen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Dabei sollten folgende Aspekte erfasst werden (NCCMH 2014 [8 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]):

- Stimmungslage in der Vergangenheit,
- Episoden von Hyperaktivität und Enthemmung oder andere episodische und anhaltende Veränderungen im Verhalten,
- Symptome zwischen den Episoden,
- Auslöser von früheren Episoden und Muster von Rückfallen sowie damit verbundene klinische Probleme im Lebensverlauf der Person,
- Familienanamnese,
- psychosoziale Anamnese,
- psychische und somatische Komorbiditäten,
- körperlicher Gesundheitszustand, Medikamentenanamnese und Nebenwirkungen einschließlich Gewichtszunahme,
- Ansprechen auf Therapien in der Vergangenheit und Adhärenz gegenüber Therapien,
- die Stimmung beeinflussende Faktoren, wie z. B. familiäre Beziehungen und Lebenswandel,
- Allgemeinbefund,
- Entwicklung, Symptomatik und Verlauf der Erkrankung,
- Suchtanamnese.

Darüber hinaus sollten Patienten ermuntert werden, zusätzlich eine Fremdanamnese durch Angehörige oder Bezugspersonen erheben zu lassen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 41 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für die Verwendung standardisierter Instrumente und anerkannter Klassifikationssysteme zur Diagnostik einer bipolaren Störung. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen zur Prüfung, ob eine bestehende depressive Episode im Rahmen einer bipolaren Störung auftritt, insbesondere bei Vorliegen von Risikofaktoren für die Entwicklung einer Hypomanie oder Manie. Dabei sollte nach Episoden von Überaktivität und enthemmtem Verhalten gefragt werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Überweisung an einen Facharzt bei Verdacht auf eine bipolare Störung im Rahmen einer hausärztlichen Untersuchung, insbesondere bei dringendem Verdacht auf eine Manie oder schwere bipolare Depression oder Gefahr für eine Fremd- oder Eigengefährdung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Abklärung des Vorliegens einer bipolaren Störung bei jungen Erwachsenen mit Störungen der Emotionsregulation. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für ein umfassendes psychiatrisches Assessment, einschließlich der Nennung zu erfassender Aspekte, bei Verdacht auf eine bipolare Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine zusätzliche Fremdanamnese durch Angehörige oder Bezugspersonen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Differenzialdiagnostik

2 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014) geben Empfehlungen zur Differenzialdiagnostik.

Es sollte die Möglichkeit einer Differenzialdiagnose wie z. B. Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit oder Hyperthyreoidismus in Betracht gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass die Abgrenzung der Manie von der Schizophrenie schwierig ist (DGBS 2014 [Statement]). Daher werden als Grundlage der Differenzialdiagnostik der Manie gegenüber der Schizophrenie eine sorgfältige Anamneseerhebung mit Beachtung des bisherigen Krankheitsverlaufes sowie eine ebenso sorgfältige Aktualanamnese mit Beachtung der Akuität der Symptomentwicklung und der Symptomatik im Frühstadium der aktuellen Episode empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Des Weiteren wird empfohlen, die Diagnose schizoaffektive Störung aufgrund der besonders schwierigen Differenzialdiagnostik nur als Ausschlussdiagnose nach längerer Verlaufsbeobachtung zu stellen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

In der Differenzialdiagnostik der Hypomanie und Manie sollten Abhängigkeit und Missbrauch von Substanzen beachtet und bei Verdacht eine ausführliche Eigen- und

Fremdanamnese sowie gegebenenfalls ein Drogenscreening erfolgen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Verdacht auf eine organisch bedingte Manie oder Hypomanie sollte eine weiterführende Diagnostik, wie z. B. eine bildgebende oder neuropsychologische Diagnostik, erfolgen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass es bei einer Reihe therapeutisch verordneter Substanzen, wie z. B. Medikamente zur Hormonsubstitution, Stimulanzien oder Antidepressiva, zum Auftreten von Hypomanien oder Manien kommen kann (DGBS 2014 [Statement]). Daher wird eine ausführliche Medikamentenanamnese und gegebenenfalls ein Absetzversuch empfohlen (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie darf bei Vorliegen von Kriterien für eine Zyklothymie nicht die Diagnose einer Bipolar-II-Störung gestellt werden (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 41 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Erwägung einer Differenzialdiagnose, wie z. B. Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit oder Hyperthyreoidismus, im Rahmen der Diagnostik einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine weiterführende Diagnostik, wie z. B. eine bildgebende oder neuropsychologische Diagnostik, bei Verdacht auf eine organisch bedingte Manie oder Hypomanie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine sorgfältige Anamneseerhebung und Aktualanamnese als Grundlage der Differenzialdiagnostik der Manie gegenüber der Schizophrenie.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, die Diagnose einer schizoaffektiven Störung als Ausschlussdiagnose nach einer längeren Verlaufsbeobachtung zu stellen.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Beachtung von Abhängigkeit und Missbrauch von Substanzen. Bei Verdacht sollten eine ausführliche Eigen- und

Fremdanamnese sowie gegebenenfalls ein Drogenscreening in der Differenzialdiagnostik der Hypomanie und Manie erfolgen.

- Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für eine ausführliche Medikamentenanamnese und gegebenenfalls ein Absetzversuch therapeutisch verordneter Substanzen in der Differenzialdiagnostik der Hypomanie und Manie.
- Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Negativempfehlung für die Stellung der Diagnose einer Bipolar-II-Störung bei Vorliegen von Kriterien für eine Zyklothymie.

Suizidalität, Fremd- und Eigengefährdung

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Diagnostik von Suizidalität sowie zur Beurteilung einer Fremd- und Eigengefährdung.

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass die Diagnostik von Suizidalität die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks beinhaltet (DGBS 2014 [Statement]).

Suizidalität sollte bei Patienten mit einer bipolaren Störung bei jedem Patientenkontakt direkt thematisiert und klinisch eingeschätzt werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Des Weiteren sollte laut einer Leitlinie das Vorliegen einer Psychose oder anderer Gefährdungsaspekte geprüft werden (VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Das Suizidrisiko sollte vor dem Hintergrund der Anamnese früherer Suizidalität sowie vorhandener sozialer Unterstützung und Selbstkompetenz beurteilt werden (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]; (VADoD 2010 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, gemeinsam mit dem Patienten und, wenn möglich einer Bezugsperson, eine Risikobeurteilung für weitere Gefährdungsbereiche, wie selbstschädigendes oder vernachlässigendes Verhalten, Selbstmordgedanken oder -absichten, Gefährdung Dritter, gefährdender Fahrstil, verschwenderisches Verhalten, finanzielle oder sexuelle Ausbeutung Dritter, Beziehungsabbrüche sowie Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten, durchzuführen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 41 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Einschätzung von Suizidalität sowie des Vorliegens einer Psychose oder anderer Gefährdungsbereiche. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für die Beurteilung des Suizidrisikos vor dem Hintergrund der Anamnese früherer Suizidalität sowie vorhandener sozialer Unterstützung und Selbstkompetenz. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR und eine Leitlinie mit fehlendem GoR und LoE Empfehlungen zur Beurteilung des Risikos für Gefährdungsbereiche, wie selbstschädigendes oder vernachlässigendes Verhalten, Selbstmordgedanken oder -absichten, Gefährdung Dritter, gefährdender Fahrstil, verschwenderisches Verhalten, finanzielle oder sexuelle Ausbeutung Dritter, Beziehungsabbrüche sowie Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Diagnostik bei Komorbiditäten

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Diagnostik.

Epidemiologisch häufig vorliegende komorbide psychische Störungen sind laut einer Leitlinie Angst- und Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, Impulskontrollstörungen, Essstörungen und Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHD) sowie Persönlichkeitsstörungen (DGBS 2014 [Statement]).

Die epidemiologisch bedeutsamsten somatischen Komorbiditäten sind laut einer Leitlinie kardiovaskuläre Erkrankungen, metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus, muskuloskeletale Erkrankungen sowie Migräne (DGBS 2014 [Statement]).

Komorbide psychische und somatische Erkrankungen sollten bei Vorliegen einer bipolaren Störung beziehungsweise bei Verdacht auf eine bipolare Störung sorgfältig diagnostiziert werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 41 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Diagnostik komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen bei Vorliegen einer bipolaren Störung beziehungsweise bei Verdacht auf eine bipolare Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.4 Diagnostik bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt Empfehlungen zur Diagnostik.

Bei Verdacht auf eine bipolare Störung sollte eine umfassende psychiatrische Untersuchung grundsätzlich entsprechend den Empfehlungen für Erwachsene erfolgen, allerdings unter

Einbeziehung der Eltern oder betreuenden Personen und unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und des sozialen Funktionsniveaus (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die Stellung der Diagnose sollte erst nach einer längeren Verlaufsbeobachtung durch eine auf psychische Gesundheit spezialisierte Fachperson (healthcare professionals) oder ein multidisziplinäres Team in Zusammenarbeit mit den Eltern oder betreuenden Personen erfolgen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Für das Stellen der Diagnose einer bipolaren Störung sind folgende Kriterien zu berücksichtigen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- Vorliegen einer Manie,
- Vorliegen einer Euphorie an den meisten Tagen und in der meisten Zeit über einen Zeitraum von mindestens 7 Tagen,
- Reizbarkeit ist kein ausschlaggebendes diagnostisches Kriterium.

Es wird davon abgeraten, die Diagnose auf der Basis einer depressiven Episode und von bekannten bipolaren Störungen in der Familienanamnese zu treffen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Allerdings sollten die Patienten weiterhin beobachtet werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 42 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine umfassende psychiatrische Untersuchung unter Einbeziehung der Eltern oder betreuenden Personen und unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und des sozialen Funktionsniveaus. Die Untersuchung sollte grundsätzlich den Empfehlungen für Erwachsene folgen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, die Diagnose einer bipolaren Störung bei Kindern und Jugendlichen erst nach einer längeren Verlaufsbeobachtung durch eine auf psychische Gesundheit spezialisierte Fachperson (health professionals) oder ein multidisziplinäres Team in Zusammenarbeit mit den Eltern oder betreuenden Personen zu stellen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung von Kriterien bei dem Stellen der Diagnose einer bipolaren Störung bei Kindern und Jugendlichen, wie Vorliegen einer Manie oder überwiegend vorherrschender euphorischer Stimmung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zur Diagnosestellung einer bipolaren Störung bei Kindern und Jugendlichen auf der Basis einer depressiven Episode und

von bekannten bipolaren Störungen in der Familienanamnese. Eine weitere Beobachtung dieser Patienten wird allerdings empfohlen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.5 Therapieziele bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

2 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014) geben Empfehlungen zu Behandlungszielen.

Die Ziele der Behandlung sollen gemeinsam mit dem Patienten sowie gegebenenfalls mit den Angehörigen definiert werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Die Zielerreichung ist im Verlauf der Erkrankung zu beobachten, gegebenenfalls sind Ziele anzupassen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Unterstützende Therapieverfahren (wie z. B. Entspannungs-, Bewegungs-, Ergo-, Kunst- oder Musik- / Tanztherapie) sollten Bestandteil des individuellen integrierten Behandlungsplans sein. Dabei sollten in Absprache mit allen Beteiligten die spezifischen Behandlungsziele festgelegt und im Verlauf überprüft werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 43 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen für die gemeinsam mit dem Patienten sowie gegebenenfalls Angehörigen zu definierenden Behandlungsziele. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Beobachtung der Zielerreichung im Verlauf der Erkrankung und gegebenenfalls Anpassung der Ziele. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Festlegung spezifischer Behandlungsziele sowie im Verlauf zu überprüfender Ziele im Rahmen der Durchführung unterstützender Therapieverfahren. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.3.6 Therapieziele bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Keine Leitlinie gibt Empfehlungen zu Therapiezielen.

A3.4.3.7 Therapeutische Maßnahmen

A3.4.3.7.1 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

4 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, SIGN 2012, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung.

Allgemeine Empfehlungen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben allgemeine Empfehlungen zur Behandlung.

Eine Leitlinie führt an, dass das frühe Erkennen einer bipolaren Störung und eine rechtzeitige adäquate Behandlung schwerwiegende Einschränkungen des psychosozialen Funktionsvermögens verhindern oder zumindest mindern können (DGBS 2014 [Statement]). Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die Diagnostik und Behandlung in der Prodromalphase derzeit experimentell erfolgen wird aufgrund des Fehlens von validierten Screenings- und Diagnoseinstrumenten und randomisierten kontrollierten Studien für Therapieoptionen (DGBS 2014 [Statement]).

Die trialogische Zusammenarbeit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation zwischen Patienten, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie Behandlern, auf deren Basis gemeinsame Behandlungsziele verfolgt werden können (DGBS 2014 [Statement]). Der trialogische Aspekt sollte in professionellen Fort- und Weiterbildungen mit direkter Beteiligung engagierter Betroffener, Angehöriger und anderer Bezugspersonen berücksichtigt werden (DGBS 2014 [Statement]).

Der Erhalt familiärer Beziehungen hat laut einer Leitlinie große prognostische Bedeutung (DGBS 2014 [Statement]). Eine Leitlinie empfiehlt, Angehörige von Beginn an über alle Phasen der Behandlung des Patienten einzubeziehen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Lehnt der Patient oder der Angehörige eine Einbeziehung ab, sollte im Interesse der Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges auf eine Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Angehörigen hingearbeitet werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie nennt notwendige Rahmenbedingungen für eine qualitativ gute Versorgung von Menschen mit bipolaren Störungen (DGBS 2014 [Statement]):

- zeitnaher Zugang zu entsprechend qualifizierter störungsspezifischer psychiatrischer Behandlung, Psychoedukation und psychotherapeutischer Behandlung,
- Verfügbarkeit verbindlicher und bei Bedarf nachgehender Hilfen,
- Verfügbarkeit von Kriseninterventionsbehandlungsplätzen (stationär, gegebenenfalls teilstationär),
- Zugang und Verfügbarkeit zu rehabilitativen Angeboten mit störungsspezifischen Schwerpunkten, wenn Bedarf besteht,
- Verfügbarkeit und Zugang zu störungsspezifischen Selbsthilfegruppen.

Gemeindenahe und bedarfsorientierte ambulante Angebote sollten mit dem Ziel der Rehabilitation und Integration, wie z. B. Informations- und Beratungsangebote, Ergotherapie, sozialpsychiatrische Dienste, Tages- und Begegnungsstätten, ambulant betreutes Wohnen

oder auch Angebote der Selbsthilfe, unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von Patienten mit bipolaren Störungen ausgebaut werden (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass ein strukturiertes Vorgehen, bestehend aus leitlinienorientierter ärztlicher (medikamentöser) Therapie, verbindlicher und kontinuierlicher Behandlung inklusive Telefonkontakten und Krisenmanagement wie auch Angeboten der Psychoedukation und des Empowerments für Betroffene, die Dauer manischer Episoden reduziert (DGBS 2014 [Statement]).

Für die Versorgung von Patienten mit einer bipolaren Störung sollte ein Case-Management-Ansatz ausgebaut und angeboten werden (DBGS 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere für Patienten, die dazu neigen, Therapie- und Betreuungsangebote nicht wahrzunehmen (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei wird eine aufsuchende, teambasierte und gemeindenahe Versorgung (entsprechend der Vorgehensweise des Assertive Community Treatment) empfohlen (DBGS 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine Leitlinie rät dazu, Patienten ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease Management) anzubieten (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere für Patienten mit einer schweren Symptomatik oder kürzlich stationären Aufenthalten (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren wird die Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, die die strikte Trennung in ambulant, teilstationär und stationär überwinden, empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Auch sollte betroffenen Patienten ein Care-Management-Programm angeboten werden (VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE]).

Laut einer Leitlinie sollte eine psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtung folgende Voraussetzungen für eine adäquate Diagnostik und Behandlung von Patienten mit bipolaren Störungen erfüllen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- vollständiges Angebot an medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen sowie berufsbezogenen und weiterbildenden Maßnahmen,
- kompetente Durchführung aller Interventionen,
- Verbindlichkeit in der Behandlung sowie Krisenmanagement,
- Behandlung und Betreuung in einer offenen und optimistischen Atmosphäre sowie Vermeidung eines einschränkenden und stigmatisierenden Umfelds.

In der Zusammenarbeit mit Patienten sollte nach Diagnosestellung und fortlaufend während der Behandlung eine optimistische Einstellung hinsichtlich des Genesungsprozesses gefördert sowie eine unterstützende und einfühlsame therapeutische Beziehung entwickelt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die Entwicklung und Förderung einer nachhaltigen Beziehung zwischen behandelndem Arzt und Patient sowie betreuenden Personen wird auch bei einer weiterführenden Betreuung stabiler Patienten in der hausärztlichen Versorgung empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE

fehlt]). Der Patient sollte durch den Hausarzt bei der Umsetzung des im fachärztlichen Setting entwickelten Behandlungsplans unterstützt werden, damit Therapieziele erreicht werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren sollte der in der fachärztlichen Betreuung entwickelte Krisenplan befolgt und wenn notwendig der Facharzt kontaktiert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Für Patienten mit einer manischen oder hypomanischen Episode sollte eine beruhigende Umgebung und Reizreduzierung gewährleistet und darauf hingewiesen werden, dass die Patienten keine Entscheidungen treffen sollten, bis sie sich von der manischen oder hypomanischen Episode erholt haben (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Weiterhin sollten die Patienten darin bestärkt werden, in einer manischen oder hypomanischen Episode den Kontakt zu ihren Behandlern aufrechtzuerhalten (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten mit einer Lernbehinderung sollen die gleichen Interventionen angeboten werden wie anderen Patienten mit einer bipolaren Störung (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Ebenso sollen Patienten mit Rapid Cycling die gleichen Interventionen angeboten werden wie Patienten mit anderen Formen einer bipolaren Störung (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 44 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Einbeziehung Angehöriger in die Behandlung des Patienten sowie zur Förderung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Angehörigen, insbesondere wenn der Patient oder der Angehörige eine Einbeziehung ablehnt. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für den Ausbau gemeindenaher und bedarfsorientierter Angebote mit dem Ziel der Rehabilitation und Integration, wie. z. B. Informations- und Beratungsangebote, Ergotherapie, sozialpsychiatrische Dienste, Tages- und Begegnungsstätten, ambulant betreutes Wohnen oder auch Angebote der Selbsthilfe. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für einen Case-Management-Ansatz in der Versorgung von Patienten mit einer bipolaren Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bei Patienten mit einer bipolaren Störung, insbesondere bei Patienten mit einer schweren Symptomatik oder kürzlich stationären Aufenthalten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für das Angebot und die Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgungs- und Finanzierungsmodelle. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zu Voraussetzungen für eine adäquate Diagnostik und Behandlung von Patienten mit bipolaren Störungen, wie ein vollständiges Angebot an medikamentösen, psychotherapeutischen, psychosozialen und berufs- und ausbildungsbezogenen Interventionen sowie die Behandlung und Betreuung in einer offenen und optimistischen Atmosphäre. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Förderung einer optimistischen Einstellung hinsichtlich des Genesungsprozesses sowie die Entwicklung einer unterstützenden und einfühlsamen therapeutischen Beziehung in der Zusammenarbeit mit Erwachsenen mit einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Entwicklung und Förderung einer nachhaltigen Beziehung zwischen behandelndem Arzt und Patient sowie betreuenden Personen bei einer weiterführenden Betreuung stabiler Patienten in der hausärztlichen Versorgung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Unterstützung der Patienten bei der Umsetzung des Behandlungsplans durch den Hausarzt im Rahmen einer weiterführenden Betreuung stabiler Patienten in der hausärztlichen Versorgung sowie Befolgung des in der fachärztlichen Betreuung entwickelten Krisenplans und wenn notwendig Kontaktaufnahme mit dem Facharzt. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Gewährleistung von Reizreduzierung und einer beruhigenden Umgebung für Patienten mit einer manischen oder hypomanischen Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten in der Aufrechterhaltung des Kontakts zu den Behandlern zu bestärken, wenn sie sich in einer manischen oder hypomanischen Episode befinden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten mit einer Lernbehinderung die gleichen Interventionen anzubieten wie anderen Patienten mit einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten mit Rapid Cycling die gleichen Interventionen anzubieten wie Patienten mit anderen Formen einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung

2 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014) geben Empfehlungen zur Therapieplanung und partizipativen Entscheidungsfindung.

Die Ziele der Behandlung sollen gemeinsam von Patient, Behandlern sowie gegebenenfalls Angehörigen definiert und Entscheidungen partizipativ getroffen werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Die Zielerreichung ist im Verlauf der Erkrankung zu beobachten, gegebenenfalls sind Ziele anzupassen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung soll gemeinsam mit dem Patienten und bei Zustimmung des Patienten mit den Angehörigen über mögliche Behandlungsstrategien, einschließlich der Auswahl der medikamentösen Behandlung, und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und mögliche Risiken gesprochen und entschieden werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Zustimmung des Patienten soll die betreuende Person in den Entscheidungsprozess eingebunden werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer bipolaren Störung wird empfohlen, so bald wie möglich gemeinsam mit dem Patienten einen Behandlungsplan zu vereinbaren (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Behandlungsplan sollte dem Patienten und seinem Hausarzt zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren sollte der Patient ermutigt werden, seine Bezugspersonen über die Inhalte des Behandlungsplans zu informieren (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Ferner sollte dem Patienten geraten werden, während eines stabilen psychischen Zustandes und möglichst gemeinsam mit einer Bezugsperson bereits im Vorfeld Behandlungsvereinbarungen zu treffen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, die Akutbehandlung einer Episode unter Berücksichtigung einer gegebenenfalls notwendigen Phasenprophylaxe zu gestalten (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sind neben der akuten Symptomatik die Gesamtanamnese sowie Risikofaktoren beziehungsweise prädiktive Faktoren für den weiteren Verlauf zu beachten (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bereits bei der Planung einer medikamentösen Behandlung sollte sichergestellt werden, dass die Medikation regelmäßig überprüft und Wirkstoffe, die nach einer akuten Episode nicht mehr notwendig sind, abgesetzt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, gemeinsam mit dem Patienten und, wenn möglich, einer Bezugsperson einen Krisenplan zu entwickeln, der folgende Aspekte beinhaltet (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- krisenauslösende Faktoren (z. B. personenbezogen, sozial oder umfeldbedingt) sowie frühe Warnzeichen und Symptome eines Rückfalls,
- Protokoll über anzuwendende individuelle Copingstrategien und Anpassung der Medikation bei vorliegendem Risiko für das Einsetzen einer manischen Episode oder Vorliegen früher Warnzeichen und Symptome für eine Krisensituation,
- Vereinbarung zwischen behandelnden Ärzten und Therapeuten sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting über das Vorgehen bei Erhöhung des Risikos für eine akute Krise,
- Informationen über die zu kontaktierenden Ärzte und Therapeuten im haus- und fachärztlichen Setting bei Sorge über das Einsetzen einer Krise oder Vorliegen einer akuten Krisensituation.

Der Krisenplan sollte dem Patienten und seinem Hausarzt zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren sollte der Patient ermutigt werden, seine Bezugspersonen über die Inhalte des Krisenplans zu informieren (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 44 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen für die gemeinsam mit dem Patienten sowie gegebenenfalls Angehörigen zu definierenden Behandlungsziele. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Beobachtung der Zielerreichung im Verlauf der Erkrankung und gegebenenfalls Anpassung der Ziele. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für die gemeinsame Besprechung und Entscheidung über mögliche Behandlungsstrategien, einschließlich der Auswahl der medikamentösen Behandlung mit dem Patienten und, bei Zustimmung des Patienten, mit den Angehörigen und der betreuenden Person. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für einen gemeinsam mit dem Patienten zu vereinbarenden Behandlungsplan. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Weitergabe des Behandlungsplans an den Patienten und seinen Hausarzt sowie zur Ermutigung des Patienten, seine Bezugspersonen über diesen Plan zu informieren. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, dem Patienten zu raten, während eines stabilen psychischen Zustandes und möglichst gemeinsam mit einer Bezugsperson bereits im

Vorfeld Behandlungsvereinbarungen zu treffen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Berücksichtigung einer gegebenenfalls notwendigen Phasenprophylaxe und Beachtung der Gesamtanamnese sowie von Risikofaktoren beziehungsweise prädiktiven Faktoren für den weiteren Verlauf bei Gestaltung der Akutbehandlung einer Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die regelmäßige Überprüfung einer medikamentösen Behandlung und für das Absetzen von Wirkstoffen, die nach einer akuten Episode nicht mehr notwendig sind. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für einen gemeinsam mit dem Patienten und, wenn möglich einer Bezugsperson, zu entwickelnden Krisenplan, der u. a. das Erkennen früher Warnzeichen und Symptome eines Rückfalls sowie Informationen über die zu kontaktierenden Personen bei Vorliegen einer akuten Krisensituation enthält. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Weitergabe des Krisenplans an den Patienten und seinen Hausarzt sowie zur Ermutigung des Patienten, seine Bezugspersonen über diesen Plan zu informieren. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.

Laut einer Leitlinie hat eine angemessene Informationsvermittlung Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft und Adhärenz gegenüber einer Therapie, aber auch auf Selbstbewusstsein und Lebensqualität (DGBS 2014 [Statement]).

Zu Beginn und im Verlauf einer Pharmakotherapie zur Akutbehandlung oder als Langzeittherapie sowie generell zum langfristigen Management der Erkrankung soll eine adäquate, intensive und wiederholte Aufklärung des Patienten und gegebenenfalls der Betreuer und Angehörigen über angeratene medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten erfolgen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Wichtige Aspekte sind hierbei (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]):

- Eigenschaften und Verläufe einer bipolaren Störung,
- die Rolle psychotherapeutischer und medikamentöser Interventionen bei der Linderung von Symptomen und Vermeidung von Rückfällen,

- Risiko von Rückfällen infolge einer Reduzierung oder Unterbrechung der Medikation bei einer akuten Episode,
- Ziele und Inhalte einer Akuttherapie und einer Phasenprophylaxe,
- Erörterung von Bedenken gegenüber den Wirkstoffen,
- biologische Wirkmechanismen,
- Wirklatenzen,
- Wechsel- und Nebenwirkungen,
- Nutzen, Risiken und Langzeitnebenwirkungen einer medikamentösen Phasenprophylaxe oder Langzeittherapie sowie psychotherapeutischer Interventionen,
- Notwendigkeit regelmäßiger Kontrollen der Medikation und des psychischen Befindens,
- Nutzen und Risiken des Absetzens einer Medikation (auch bei Planung einer Schwangerschaft),
- angestrebte Behandlungsdauer und Häufigkeit von Kontrolluntersuchungen.

Des Weiteren sollten Patienten mit manischen oder hypomanischen und akuten depressiven Episoden sowie gegebenenfalls Angehörige und betreuende Personen, insbesondere nach Absetzen einer medikamentösen Behandlung, über frühe Anzeichen eines Rückfalls sowie gegebenenfalls anzuwendende Maßnahmen (z. B. umgehende Kontaktaufnahme zum Behandler) aufgeklärt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Darüber hinaus sollte mit dem Patienten im Gespräch über das langfristige Management der Erkrankung die individuelle Anamnese, einschließlich Schwere und Häufigkeit akuter Episoden, Ansprechen auf Therapien in der Vergangenheit, Symptomatik zwischen einzelnen akuten Episoden sowie krisenauslösende Faktoren und frühe Warnzeichen eines Rückfalls und Strategien für das Selbstmanagement, erörtert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Information und Aufklärung von Patienten sollte, wenn notwendig, die Unterstützung durch die betreuende Person angeboten werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten über eine mögliche Unterstützung in Form von leicht verständlichen Ratgebern und Selbsthilfemanualen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) sowie über Schulungsprogramme und Selbsthilfegruppen informiert werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Personen, die in die Betreuung von Patienten mit bipolaren Störungen eingebunden sind, sollten laut einer Leitlinie adäquates Informationsmaterial, Schulungsprogramme und unterstützende Maßnahmen angeboten werden (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Des

Weiteren wird empfohlen, den betreuenden Personen eine psychologische Beratung hinsichtlich der eigenen Bedürfnisse sowie Stärken und Perspektiven anzubieten (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte ein Plan über durchzuführende Maßnahmen entsprechend den identifizierten Bedürfnissen entwickelt werden, der einmal pro Jahr zu überprüfen ist (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus sollten Betreuer über ihr Recht auf eine formale Begutachtung der betreuenden Tätigkeiten und entsprechende Möglichkeiten informiert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, so früh wie möglich mit dem Patienten und seinem Betreuer zu besprechen, in welcher Weise Informationen über den Behandlungsverlauf weitergegeben werden sollen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte u. a. auf die Notwendigkeit zur Weitergabe von Risiken hingewiesen und ein interdisziplinärer Ansatz gefördert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Es wird empfohlen, die Weitergabe von Informationen regelmäßig zu überprüfen, insbesondere bei einer schwierigen Zusammenarbeit zwischen Patient und Betreuer (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Der Patient sowie gegebenenfalls sein Betreuer sollte darüber aufgeklärt werden, dass Alkoholkonsum, Rauchen, die Einnahme weiterer verschreibungspflichtiger und nicht verschreibungspflichtiger Medikamente sowie der Konsum illegaler Drogen die therapeutische Wirkung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung beeinträchtigen können (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollten mit dem Patienten Nutzen und Risiken psychotherapeutischer Interventionen zur Behandlung einer depressiven Episode sowie seine Präferenzen erörtert werden (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Der Patient soll über mögliche Risiken und Nutzen der Wirkstoffe zu Beginn einer Langzeittherapie sowie fortlaufend während der Behandlung informiert werden (NCCMH 2014 [3 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Vor Beginn einer Langzeittherapie mit einem Antipsychotikum sollten folgende Aspekte mit dem Patienten besprochen und dokumentiert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- für den Patienten tolerierbare Nebenwirkungen,
- Indikation, voraussichtlicher Nutzen und Risiken sowie Wirklatenz und voraussichtliche Dauer bis zum Auftreten von Nebenwirkungen,
- Gründe für Dosierungen abweichend von den empfohlenen Dosismengen und gegebenenfalls Information des Patienten über eine Medikation außerhalb des Zulassungsbereichs (off-label use),
- Gründe für eine Fortführung, einen Wechsel oder ein Absetzen der Medikation sowie deren mögliche Auswirkungen.

Laut einer Leitlinie sollte mit dem Patienten erörtert werden, ob die bestehende Therapie fortgeführt werden oder gegebenenfalls ein Wechsel zu einer Therapie mit Lithium erfolgen soll (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Patient sollte darüber informiert werden, dass Lithium der effektivste Wirkstoff für eine Langzeittherapie ist (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium sollte der Patient ausführlich über die Einnahme aufgeklärt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem sollte dem Patienten geraten werden, bei Auftreten von Durchfall oder Erbrechen oder einer anderen akuten Erkrankung umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dem Patienten sollte nahegelegt werden, auf einen ausgeglichenen Flüssigkeitshaushalt zu achten (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) und bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufzunehmen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren ist Patienten bei einer Therapie mit Lithium ausdrücklich von der Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika abzuraten sowie eine Verschreibung dieser Wirkstoffe bei Patienten mit bipolaren Störungen zu vermeiden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus sollte der Patient darüber informiert werden, dass eine mangelnde Adhärenz gegenüber einer Lithiumtherapie oder ein schnelles Absetzen des Wirkstoffs das Risiko eines Rückfalls erhöht (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Beginn einer Langzeittherapie mit Valproat sollte der Patient über das Erkennen von Anzeichen einer Blut- oder Lebererkrankung informiert und angehalten werden, gegebenenfalls umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lamotrigin sollte dem Patienten geraten werden, umgehend einen Arzt aufzusuchen beziehungsweise den behandelnden Arzt zu informieren, wenn bei einer gesteigerten Dosis ein Hautausschlag auftritt sowie eine Schwangerschaft geplant ist oder eintritt (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Wird eine medikamentöse Langzeittherapie gestoppt, sollten frühe Warnzeichen eines Rückfalls mit dem Patienten diskutiert und geklärt werden, was bei einem Wiederauftreten von Symptomen zu tun ist (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Neben der Aufklärung und Einwilligung des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters zu einer elektrokonvulsiven Therapie sollten, im Falle des Einverständnisses des Patienten, auch Angehörige hinzugezogen und ein gemeinsamer Konsens angestrebt werden (DGBS 2014 [2x GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 44 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für eine adäquate, intensive und wiederholte Aufklärung des Patienten und gegebenenfalls seiner Betreuer und

Angehörigen zu Beginn und im Verlauf einer Pharmakotherapie zur Akutbehandlung oder als Langzeittherapie sowie generell zum langfristigen Management der Erkrankung. Wichtige Aspekte sind hierbei u. a. die Erläuterung der Ziele und Inhalte einer Akuttherapie und einer Phasenprophylaxe sowie der angestrebten Behandlungsdauer und Häufigkeit von Kontrolluntersuchungen und Erörterung von Bedenken gegenüber den Wirkstoffen. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Aufklärung der Patienten mit manischen oder hypomanischen und akuten depressiven Episoden sowie gegebenenfalls der Angehörigen und betreuenden Personen über frühe Anzeichen eines Rückfalls, insbesondere nach Absetzen einer medikamentösen Behandlung, sowie gegebenenfalls anzuwendende Maßnahmen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Erörterung der individuellen Anamnese, einschließlich Schwere und Häufigkeit akuter Episoden, Ansprechen auf Therapien in der Vergangenheit, Symptomatik zwischen einzelnen akuten Episoden sowie krisenauslösende Faktoren und frühe Warnzeichen eines Rückfalls und Strategien für das Selbstmanagement mit dem Patienten zum langfristigen Management der Erkrankung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Unterstützung durch die betreuende Person bei der Information und Aufklärung von Patienten, wenn dies notwendig sein sollte. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Unterstützung von Patienten und Angehörigen sowie anderen Bezugspersonen durch leicht verständliche Ratgeber, Selbsthilfemanuale, Schulungsprogramme und / oder Selbsthilfegruppen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen dafür, Personen, die in die Betreuung von Patienten mit bipolaren Störungen eingebunden sind, Informationsmaterial, Schulungsprogramme und unterstützende Maßnahmen anzubieten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen dafür, den betreuenden Personen eine psychologische Beratung hinsichtlich der eigenen Bedürfnisse sowie Stärken und Perspektiven anzubieten sowie einen Plan über durchzuführende Maßnahmen entsprechend den identifizierten Bedürfnissen zu entwickeln. Der Plan sollte einmal pro Jahr überprüft werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Information von betreuenden Personen über ihr Recht auf eine formale Begutachtung der betreuenden Tätigkeiten und entsprechende Möglichkeiten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die frühzeitige Besprechung mit dem Patienten und seinem Betreuer über die Art und Weise, wie Informationen über den Behandlungsverlauf weitergegeben werden sollen. Dabei sollte u. a. auf die Notwendigkeit zur Weitergabe von Risiken hingewiesen und ein interdisziplinärer Ansatz gefördert werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur regelmäßigen Überprüfung der Weitergabe von Informationen, insbesondere bei einer schwierigen Zusammenarbeit zwischen Patient und Betreuer. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Aufklärung des Patienten über eine mögliche Beeinträchtigung der therapeutischen Wirkung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung durch Alkoholkonsum, Rauchen, die Einnahme weiterer verschreibungspflichtiger und nicht verschreibungspflichtiger Medikamente sowie den Konsum illegaler Drogen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Beratung des Patienten über Nutzen und Risiken psychotherapeutischer Interventionen zur Behandlung einer depressiven Episode sowie hinsichtlich der Präferenzen des Patienten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen zur Information des Patienten zu Beginn einer Langzeittherapie sowie fortlaufend während der Behandlung über mögliche Risiken und Nutzen der Wirkstoffe. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Besprechung und Dokumentation verschiedener Aspekte vor Beginn einer Langzeittherapie mit einem Antipsychotikum, wie z. B. für den Patienten tolerierbare Nebenwirkungen und Gründe für Dosierungen abweichend von den empfohlenen Dosismengen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Erörterung der Fortführung einer Therapie oder des Wechsels zu einer Therapie mit Lithium mit dem Patienten sowie die Information des Patienten darüber, dass Lithium der effektivste Wirkstoff für eine Langzeittherapie ist. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die ausführliche Aufklärung und Beratung des Patienten über die Einnahme von Lithium bei Beginn einer Langzeittherapie, einschließlich der Ratschläge zum Aufsuchen ärztlicher Hilfe bei Auftreten von Durchfall oder Erbrechen oder einer anderen akuten Erkrankung, über die Wichtigkeit eines ausgeglichenen Flüssigkeitshaushaltes sowie über die Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, den Patienten bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium von der Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika abzuraten und eine generelle Verschreibung nichtsteroidaler Antirheumatika bei Patienten mit bipolaren Störungen zu vermeiden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten über das erhöhte Risiko eines Rückfalls bei mangelnder Adhärenz gegenüber einer Lithiumtherapie oder einem schnellen Absetzen des Wirkstoffs zu informieren. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, die Patienten über das Erkennen von Anzeichen einer Blut- oder Lebererkrankung bei Beginn einer Langzeittherapie mit Valproat zu informieren und die Patienten gegebenenfalls anzuweisen, umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lamotrigin über das Aufsuchen ärztlicher Hilfe bei Auftreten von Hautausschlag sowie über eine Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft zu beraten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten über frühe Warnzeichen eines Rückfalls zu informieren, wenn eine medikamentöse Langzeittherapie gestoppt wird, und mit den Patienten zu klären, was bei einem Wiederauftreten von Symptomen zu tun ist. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die, im Falle des Einverständnisses des Patienten, Hinzuziehung von Angehörigen bei der Planung einer elektrokonvulsiven Therapie und für das Anstreben eines gemeinsamen Konsenses. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Psychosoziale Unterstützung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen

Eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt Empfehlungen zur psychosozialen Unterstützung der Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen.

Eine Leitlinie empfiehlt, finanzielle Probleme sowie Probleme am Arbeitsplatz oder in der Ausbildung, die durch bipolare Störungen entstehen können, zu identifizieren und entsprechende Hilfestellung anzubieten (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Wenn der Patient zustimmt, kann dies die direkte Kontaktierung des Arbeitgebers oder Gläubigers beinhalten, um diese über die Erkrankung und mögliche Unterstützungsmaßnahmen für den Patienten zu informieren (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen finanzieller Probleme aufgrund der Erkrankung sollte mit dem Patienten und den betreuenden Personen über die Erteilung einer entsprechenden dauerhaften Vollmacht gesprochen werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Angehörige und Bezugspersonen, bei denen ein Gefährdungsrisiko durch den Patienten mit einer bipolaren Störung besteht, sollen identifiziert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte die Notwendigkeit von Maßnahmen zum Schutz und zur Sicherheit dieser Personen geprüft sowie adäquate psychologische und soziale Unterstützung angeboten werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 44 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Identifikation von finanziellen Problemen sowie Problemen am Arbeitsplatz oder in der Ausbildung, die durch die bipolare Erkrankung entstehen, und das Angebot einer entsprechenden Hilfestellung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für das Gespräch mit dem Patienten und den betreuenden Personen über die Erteilung einer entsprechenden dauerhaften Vollmacht bei Vorliegen finanzieller Probleme. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Identifikation von Angehörigen und Bezugspersonen, bei denen ein Gefährdungsrisiko durch den Patienten mit einer bipolaren Störung besteht, und dafür, notwendige Maßnahmen zum Schutz und zur Sicherheit dieser Personen zu prüfen sowie adäquate psychologische und soziale Unterstützung anzubieten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Notwendige Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu notwendigen Untersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung.

Vor Beginn einer Psychopharmakotherapie sind in der Regel folgende Parameter zu bestimmen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- Differenzialblutbild,
- Elektrolyte,
- Leberenzyme,
- Nüchternglukosespiegel,
- Serum-Kreatinin,
- Blutdruck und Puls,
- Körpergewicht und Körpergröße,
- Schwangerschaftstest bei Frauen im gebärfähigen Alter und
- als apparative Diagnostik ein Elektrokardiogramm (EKG).

Weiterhin wird vor Beginn einer Therapie mit (atypischen) Antipsychotika zusätzlich die Messung des Nüchternglukosespiegels beziehungsweise HbA1c-Wertes (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) sowie der Fettstoffwechselparameter (Cholesterin gesamt, Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin [LDL-Cholesterin], Triglyzeride) (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]); NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) empfohlen.

Für eine Therapie mit Lithium ist zusätzlich die Erfassung folgender Parameter angezeigt: Gewicht oder BMI, Harnstoff, großes Blutbild, Schilddrüsenwerte (TSH, T3, T4), Kreatinin-Clearance / glomeruläre Filtrationsrate, Elektrolyte sowie eine Schilddrüsen-Sonografie (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die Durchführung eines EKGs wird von einer Leitlinie zu Beginn einer Langzeittherapie mit Antipsychotika oder Lithium insbesondere bei Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung oder eines erhöhten Risikos für eine solche Erkrankung empfohlen (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Vor Beginn einer Therapie mit Valproat werden von 2 Leitlinien ein großes Blutbild sowie die Messung von Leberfunktionswerten empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Eine weitere Leitlinie empfiehlt speziell die Erfassung von Bilirubin, Lipase und Gerinnungshemmern (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Wird eine Therapie mit Lamotrigin begonnen, sollten laut einer Leitlinie ein großes Blutbild, Harnstoff, Elektrolyte und Leberfunktionswerte erhoben werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt vor Beginn einer Therapie mit Carbamazepin und bei Behandlungsbeginn im 2-wöchigen Intervall ein großes Blutbild sowie die Messung von Leberfunktionswerten zur Kontrolle der Titrierung (VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 44 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen für zu bestimmende Parameter vor Beginn einer Psychopharmakotherapie, wie Differenzialblutbild, Elektrolyte, Leberenzyme, Nüchternglukosespiegel, Serum-Kreatinin, Blutdruck und Puls, Körpergewicht und Körpergröße sowie einen Schwangerschaftstest bei Frauen im gebärfähigen Alter und ein EKG. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR und eine Leitlinie mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für zu bestimmende Paramater vor Beginn einer Therapie mit Antipsychotika, wie Gewicht oder BMI, Blutdruck und Puls, Nüchternglukosespiegel, HbA1c-Wert sowie

Blutlipide (Cholesterin gesamt, LDL-Cholesterin, Triglyzeride). Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR und 2 Leitlinien mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für zu bestimmende Paramater vor Beginn einer Therapie mit Lithium, wie Gewicht oder BMI, Harnstoff, großes Blutbild, Schilddrüsenwerte (TSH, T3, T4), Kreatinin-Clearance / glomeruläre Filtrationsrate, Elektrolyte sowie eine Schilddrüsen-Sonografie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Durchführung eines EKGs zu Beginn einer Langzeittherapie mit Antipsychotika oder Lithium insbesondere bei Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung oder eines erhöhten Risikos für eine solche Erkrankung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR und eine Leitlinie mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für ein großes Blutbild sowie die Messung von Leberfunktionswerten vor Beginn einer Therapie mit Valproat. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie empfiehlt mit fehlenden GoR und LoE die Erfassung von Bilirubin, Lipase und Gerinnungshemmern vor Beginn einer Therapie mit Valproat. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Erhebung eines großen Blutbildes sowie von Harnstoff, Elektrolyten und Leberfunktionswerten vor Beginn einer Therapie mit Lamotrigin. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für ein großes Blutbild sowie die Messung von Leberfunktionswerten vor Beginn einer Therapie mit Carbamazepin und bei Behandlungsbeginn im 2-wöchigen Intervall zur Kontrolle der Titrierung. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Patienten mit Komorbiditäten

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung .

Bei der Therapieplanung sollten vorliegende psychische oder somatische Komorbiditäten berücksichtigt und das therapeutische Vorgehen entsprechend angepasst werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität sollte auf mögliche Arzneimittelwechselwirkungen geachtet werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Zur medikamentösen Behandlung einer bipolaren Depression bei Patienten mit Diabetes oder bei adipösen Patienten empfiehlt eine Leitlinie den Einsatz von Wirkstoffen, die mit einer geringeren Gewichtszunahme verbunden sind (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 44 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR die Empfehlungen, vorliegende psychische oder somatische Komorbiditäten bei der Therapieplanung und dem therapeutischen Vorgehen zu berücksichtigen und das therapeutische Vorgehen entsprechend anzupassen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Beachtung möglicher Arzneimittelwechselwirkungen bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für den Einsatz von Wirkstoffen, die mit einer geringeren Gewichtszunahme verbunden sind, zur Behandlung einer bipolaren Depression bei Patienten mit Diabetes oder Adipositas. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Ältere Patienten

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung.

Älteren Patienten mit einer bipolaren Störung sollen die gleichen Interventionen angeboten werden wie jüngeren Erwachsenen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Im Rahmen der medikamentösen Behandlung sind grundsätzlich die veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Komorbiditäten, häufige Multimorbidität sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und eine erhöhte Empfindlichkeit für Nebenwirkungen zu berücksichtigen (DGBS 2014 [Statement]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dosierungen sind dementsprechend anzupassen (DGBS 2014 [Statement]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Der Einsatz von Wirkstoffen sollte unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Polypharmazie ist bei älteren Patienten mit einer bipolaren Störung zu vermeiden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Zu Beginn einer Therapie mit einem atypischen Antipsychotikum sollten Gewicht und Bauchumfang gemessen sowie der Nüchternglukosewert und HbA1c-Wert erhoben werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 44 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für das Angebot gleicher Interventionen für ältere Patienten mit einer bipolaren Störung wie für jüngere Erwachsene. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung von Faktoren wie z. B. Vorliegen von Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bei der medikamentösen Behandlung sowie zur Anpassung der Wirkstoffdosis bei einer bipolaren Störung im Alter. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für den Einsatz von Wirkstoffen zur Behandlung einer bipolaren Störung im Alter unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Negativempfehlung für Polypharmazie bei älteren Patienten mit einer bipolaren Störung. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für die Messung von Gewicht und Bauchumfang sowie Nüchternglukosewert und HbA1c-Wert zu Beginn einer Therapie mit einem atypischen Antipsychotika. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Bipolare Störungen in der Peripartalzeit

2 Leitlinien (DGBS 2014, SIGN 2012) geben Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung.

Grundsätzlich sollten Frauen im gebärfähigen Alter, die psychotrope Substanzen einnehmen, über die möglichen Auswirkungen dieser Substanzen in der Schwangerschaft und über zuverlässige Methoden der Empfängnisverhütung informiert werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei geringem Rückfallrisiko und Planung einer Schwangerschaft kann ein Absetzen der medikamentösen Behandlung in Erwägung gezogen werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die Indikationsstellung zu einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit sollte gemeinsam mit der Patientin unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung für Mutter und Kind erfolgen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Durchführung einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit sollten folgende grundlegende Prinzipien und Aspekte beachtet werden (SIGN 2012 [3 x GoR ↓, LoE fehlt]):

- Stellung einer klaren Indikation für eine medikamentöse Behandlung,
- Beachtung möglicher Auswirkungen einer unbehandelten psychischen Störung auf die Patientin, den Verlauf der Schwangerschaft und das neugeborene Kind,
- Bevorzugen einer Monotherapie,
- Einsatz der geringsten effektiven Dosis,
- Wahl des Wirkstoffs mit dem niedrigsten Risiko und Vermeidung, wenn möglich, eines Wirkstoffwechsels,
- frühzeitige Einschätzung der Notwendigkeit, die gewählte Medikation anzupassen oder nicht pharmakologische Interventionen zu erweitern,
- Auswirkungen der Schwangerschaft und Geburt auf die Pharmakokinetik und -dynamik von Wirkstoffen,
- regelmäßiges Monitoring des Wirkstoffspiegels,
- Implikationen für die Stillzeit bei der Auswahl eines Wirkstoffs während der Schwangerschaft,
- Vermeidung eines abrupten Absetzens der Medikation und regelmäßiges Monitoring von Frauen, die zum Absetzen ihrer Medikation neigen,
- klinische Aufmerksamkeit für spezifische Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung auf das Kind,
- Beachtung des eingeschränkten Wissens der Schwangeren / jungen Mutter über neurokognitive Langzeitauswirkungen auf das Kind,
- Information der Schwangeren / jungen Mutter über das erhöhte Risiko schädlicher Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung bei Frühgeborenen oder kranken Kindern,
- Information der Schwangeren / jungen Mutter über die Risiken des Übernachtens von Mutter und Kind in einem gemeinsamen Bett, v. a. bei der Einnahme sedierender Substanzen.

Hausärzte sollten eine Therapie mit Antidepressiva so bald wie möglich bei Vorliegen einer Schwangerschaft kontrollieren und diskutieren, ob die bestehende Medikation beibehalten werden kann oder ob alternative medikamentöse oder nichtmedikamentöse Maßnahmen initiiert werden sollten (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Einnahme von Lithium in der Schwangerschaft sollten fachpsychiatrische Einrichtungen die betreuende Gynäkologin / den betreuenden Gynäkologen und die Entbindungseinrichtung über frühe Zeichen einer Toxizität und von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten informieren (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Schwangeren oder stillenden Patientinnen, die trotz eingehender Aufklärung über die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie oder anderer biologischer Behandlungsmaßnahmen diese ablehnen, kann eine spezifische Psychotherapie angeboten werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt regelmäßige Weiterbildungen von Ärzten zur Sicherheit der Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Einnahme von Benzodiazepinen in der Stillzeit sollte Müttern von einem abrupten Absetzen der Medikation abgeraten werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]). Zudem soll die Patientin ermutigt werden, beim Auftreten von Symptomen bei dem Kind, wie z. B. vermehrte Müdigkeit, ihren Arzt zu kontaktieren (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]).

Bei stillenden Frauen sollte die Entscheidung über eine Behandlung mit Antiepileptika als Stimmungsstabilisierer gemeinsam mit der Frau und nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 44 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für das Absetzen einer medikamentösen Behandlung bei geringem Rückfallrisiko und Planung einer Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine spezifische Psychotherapie bei schwangeren oder stillenden Patientinnen, die trotz Aufklärung über die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie oder anderer biologischer Behandlungsmaßnahmen diese ablehnen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur regelmäßigen Weiterbildung von Ärzten hinsichtlich der Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, Patientinnen von einem abrupten Absetzen der Medikation bei der Einnahme von Benzodiazepinen in der Stillzeit abzuraten sowie die Patientin zu ermutigen, bei Auftreten von Symptomen beim Kind, wie z. B. vermehrte Müdigkeit, ihren Arzt zu kontaktieren. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, Frauen im gebärfähigen Alter, die psychotrope Substanzen einnehmen, über die möglichen Auswirkungen dieser Substanzen in der Schwangerschaft und über zuverlässige Methoden der Empfängnisverhütung zu informieren.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Indikationsstellung zu einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, grundlegende Prinzipien und Aspekte bei Durchführung einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit zu beachten.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur zeitnahen Kontrolle einer Therapie mit Antidepressiva durch Hausärzte bei Vorliegen einer Schwangerschaft und Diskussion, ob die bestehende Medikation beibehalten werden kann oder eine alternative medikamentöse oder nichtmedikamentöse Maßnahme initiiert werden sollte.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, fachpsychiatrische Einrichtungen, die betreuende Gynäkologin / den betreuenden Gynäkologen und die Entbindungseinrichtung über frühe Zeichen einer Toxizität und über Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bei schwangeren Frauen, die Lithium einnehmen, zu informieren.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, gemeinsam mit der stillenden Patientin über eine Behandlung mit Antiepileptika als Stimmungsstabilisierer unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung zu entscheiden. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.3.7.2 Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt Empfehlungen zu Grundsätzen der Therapie und Therapieplanung.

Eine multidisziplinäre psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtung sollte laut einer Leitlinie folgende Voraussetzungen für eine adäquate Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen erfüllen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- verbindliches oder durchsetzungsfähiges Vorgehen in der Behandlung,
- Einbeziehung Angehöriger und familienbezogene Interventionen,
- Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen,
- schul- und ausbildungsbezogene Maßnahmen,
- Zugang zur medikamentösen Behandlung,
- Behandler, die kompetent und erfahren in der Zusammenarbeit mit Jugendlichen mit einer bipolaren Störung sind.

In der Zusammenarbeit mit Kindern und Jugendlichen sollte nach Diagnosestellung und fortlaufend während der Behandlung eine optimistische Einstellung hinsichtlich des Genesungsprozesses gefördert sowie eine unterstützende und einfühlsame therapeutische Beziehung entwickelt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Planung einer Therapie für Jugendliche sollten die kognitiven Fähigkeiten, die emotionale Reife, der Entwicklungsstand, die Fähigkeit zur Einwilligung in eine Therapie sowie die Schwere der Erkrankung und das Risiko für eine Fremd- oder Eigengefährdung beachtet und eingeschätzt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 45 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zu Voraussetzungen für eine adäquate Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen mit bipolaren Störungen, wie z. B. Einbeziehung Angehöriger und familienbezogene Interventionen, Zugang zur medikamentösen Behandlung sowie schul- und ausbildungsbezogene Maßnahmen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, eine optimistische Einstellung hinsichtlich des Genesungsprozesses zu fördern sowie eine unterstützende und einfühlsame therapeutische Beziehung in der Zusammenarbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer bipolaren Störung zu entwickeln. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Berücksichtigung und Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten, der emotionalen Reife, des Entwicklungsstandes, der Fähigkeit zur Einwilligung in eine Therapie sowie der Schwere der Erkrankung und des Risikos für eine Fremd- oder Eigengefährdung bei der Therapieplanung für Jugendliche mit einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.7.3 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Erwachsenen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Psychoedukation und spezifische Psychotherapie

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Durchführung psychoedukativer sowie spezifischer psychotherapeutischer Maßnahmen.

Eine Leitlinie führt Aspekte an, die eine Psychotherapie mindestens umfassen sollte, wie z. B. eine Psychoedukation, Reflexion von Erwartungen und Maßstäben, Stressmanagement, Einbezug von Angehörigen sowie Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (DGBS 2014 [Statement]).

Die einfache Psychoedukation sollte als das Minimum bei jeder ärztlichen, psychologischen oder psychosozialen Behandlung angesehen werden (DGBS 2014 [Statement]).

Eine Leitlinie gibt an, dass aufgrund der klinischen Erfahrung und Rückmeldung Betroffener Psychoedukationsgruppen problem- oder störungsspezifisch durchgeführt werden sollen (DGBS 2014 [Statement]).

In der Behandlung einer leichten depressiven Episode stehen Psychoedukation, psychotherapeutische Interventionen sowie Maßnahmen im Rahmen der Selbsthilfe als Therapieoptionen im Vordergrund (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, bei Vorliegen einer akuten depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung eine Psychoedukation in Betracht zu ziehen (VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Diese Intervention sollte möglichst als strukturierte Gruppenintervention angeboten werden (VADoD [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem sollten, mit Einverständnis des Patienten, Angehörige oder zentrale Bezugspersonen in den psychoedukativen Prozess einbezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE ↑]).

Des Weiteren sollten bei Vorliegen einer akuten depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung hoch intensive psychotherapeutische Interventionen, wie z. B. kognitive Verhaltenstherapie, familienfokussierte Therapie oder interpersonelle, soziale Rhythmustherapie und eine verhaltenstherapeutische Paartherapie, angeboten werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]; NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt] [4 x GoR ↓, LoE fehlt]). Die Entscheidung über die Art der psychotherapeutischen Intervention sollte gemeinsam mit dem Patienten unter Nutzen-Risiko-Abwägungen und Berücksichtigung der Präferenz des Patienten erfolgen (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Vor Anwendung einer kognitiven Verhaltenstherapie sollte sorgfältig nach hypomanischen Episoden gescreent werden, da bei diesen Patienten eine kognitive Verhaltenstherapie weniger effektiv ist (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Bei der Durchführung einer Psychotherapie sollten generell mögliche Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder Verschlechterung der depressiven Symptome beobachtet und gegebenenfalls ein Facharzt zurate gezogen werden NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass für die Wirksamkeit einer Psychoedukation oder einer spezifischen Psychotherapie bei der Behandlung einer akuten Manie empirische Belege fehlen (DGBS 2014 [Statement]). Ebenso ist die Studienlage zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren zur Behandlung einer gemischten Episode unzureichend (DGBS 2014 [Statement]). Es wird jedoch empfohlen, bei leichten Manien und Hypomanien eine Psychotherapie anzubieten (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]).

Darüber hinaus gibt eine Leitlinie spezifische Empfehlungen zu den Inhalten einer Psychoedukation, kognitiven Verhaltenstherapie, interpersonellen und sozialen Rhythmustherapie sowie familienfokussierten Therapie (VADoD 2010).

Laut einer Leitlinie sollen die behandelnden Psychotherapeuten in der Primär- und Sekundärversorgung adäquat in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Patienten mit bipolaren Störungen geschult sein (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass eine phasenübergreifende tragfähige therapeutische Beziehung wesentlich zum Behandlungserfolg beiträgt (DGBS 2014 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 46 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit fehlendem GoR und LoE eine Empfehlung dafür, dass bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode Psychoedukation, psychotherapeutische Interventionen sowie Maßnahmen im Rahmen der Selbsthilfe als Therapieoptionen im Vordergrund stehen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine Psychoedukation bei Vorliegen einer akuten depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung, insbesondere in Form einer strukturierten Gruppenintervention. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für psychotherapeutische Interventionen mit hoher Intensität bei Vorliegen einer akuten bipolaren Depression, wie z. B. eine kognitive Verhaltenstherapie, familienfokussierte Therapie oder interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, unter Berücksichtigung von Nutzen und Risiken sowie der Präferenz des Patienten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für die sorgfältige Prüfung des Vorliegens einer hypomanischen Episode bei der Planung einer kognitiven Verhaltenstherapie. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen, mögliche Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder Verschlechterung der depressiven Symptome bei der Durchführung einer Psychotherapie zu beobachten und gegebenenfalls einen Facharzt hinzuzuziehen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Psychotherapie bei Vorliegen einer leichten Manie oder Hypomanie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen, die behandelnden psychologischen Psychotherapeuten in der Primär- und Sekundärversorgung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Patienten mit bipolaren Störungen zu schulen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für den Einbezug von Angehörigen oder zentralen Bezugspersonen in den psychoedukativen Prozess.

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

2 Leitlinien (DGBS 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu nichtmedikamentösen somatischen Therapieverfahren.

Eine elektrokonvulsive Therapie sollte in der Regel nur mit dem Ziel einer kurzfristigen und raschen Verbesserung schwerer Symptome v. a. nach Nichtansprechen auf eine adäquate vorangegangene Therapie oder in möglicherweise lebensbedrohlichen Situationen eingesetzt werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Eine elektrokonvulsive Therapie kann zur Behandlung einer schweren oder therapieresistenten manischen Episode (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]) sowie einer schweren oder therapieresistenten depressiven Episode (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]) durchgeführt werden.

Laut einer Leitlinie ist eine elektrokonvulsive Therapie als Behandlung der ersten Wahl bei Vorliegen folgender Kriterien indiziert (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- psychotische Symptome,
- Katatonie,
- hohes Suizidrisiko,
- Nahrungsverweigerung,
- positives Ansprechen auf eine elektrokonvulsive Therapie in der Vergangenheit.

In folgenden Situationen kann diese Therapieform als Behandlung der ersten Wahl in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]):

- schneller Therapieerfolg erforderlich,
- Risiken alternativer Therapien überwiegen die Risiken einer elektrokonvulsiven Therapie,

- Nichtansprechen auf eine adäquate vorangegangene Therapie,
- Präferenz des Patienten.

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass für den Einsatz einer Vagusnervstimulation sowie einer repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) keine ausreichende Evidenz in der Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und depressiver Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung existiert (DGBS 2014 [Statement]). Unter Berücksichtigung von Studien bei unipolaren Depressionen kann jedoch eine hochfrequente rTMS bei depressiven Episoden in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie kann eine Lichttherapie bei bipolaren Depressionen v. a. bei saisonalen Verläufen als zusätzliche Therapie erwogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]). Zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie liegen für diese Therapie keine Studienergebnisse vor (DGBS 2014 [Statement]).

Eine Wachtherapie kann als Monotherapie und sollte zusätzlich zu einer anderen leitliniengerechten Therapie bei einer akuten depressiven Episode mit dem Ziel einer kurzfristigen raschen antidepressiven Wirkung in Erwägung gezogen werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE ↓]). Eine Leitlinie rät ausdrücklich bei einer (Hypo-)Manie und einer gemischten Episode von einer Wachtherapie ab (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt], [GoR fehlt, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 46 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur regelhaften Durchführung einer elektrokonvulsiven Therapie mit dem Ziel einer kurzfristigen und raschen Verbesserung schwerer Symptome oder als Einsatz in möglicherweise lebensbedrohlichen Situationen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie zur Behandlung einer schweren oder therapieresistenten manischen Episode sowie einer schweren oder therapieresistenten depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für Kriterien, die den Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie als primäre Therapie bedingen können, wie z. B. psychotische Symptome, Katatonie und hohes Suizidrisiko. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu Situationen, in denen der Einsatz einer elektrokonvulsiven Therapie in Erwägung gezogen werden kann, wie z. B.

Nichtansprechen auf eine adäquate vorangegangene Therapie oder Präferenzen des Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine hochfrequente repetitive transkranielle Magnetstimulation bei depressiven Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Lichttherapie als zusätzliche Therapie bei bipolaren Depressionen v. a. bei saisonalen Verläufen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Wachtherapie als Monotherapie und als zusätzliche Behandlung zu einer anderen leitliniengerechten Therapie bei einer akuten depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt zum einen mit fehlenden GoR und LoE und zum anderen mit niedrigem LoE Negativempfehlungen für eine Wachtherapie bei Vorliegen einer (Hypo-)Manie und einer gemischten Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen und Selbsthilfe

2 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014) geben Empfehlungen zu nichtmedikamentösen adjuvanten Verfahren und zu Maßnahmen im Rahmen der Selbsthilfe.

Eine Leitlinie führt an, dass leicht verständliche und qualitativ hochwertige Ratgeber und Selbsthilfemanuale eine gute Ergänzung bei der Behandlung darstellen, sie aber keine Psychoedukation ersetzen können (DGBS 2014 [Statement]).

Es wird empfohlen, das Selbstmanagement im therapeutischen Prozess fortlaufend zu fördern (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]) sowie Patienten und Angehörige zum Besuch von Selbsthilfegruppen zu ermutigen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Selbsthilfegruppen sollen als Element zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]) und durch das professionelle Hilfesystem unterstützt werden, beispielsweise durch folgende Maßnahmen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- konkrete Ermutigung von Betroffenen zum Besuch von Selbsthilfegruppen,
- Bereitstellung von Räumen in sozialen Einrichtungen, kirchlichen Räumen, psychiatrischen Kliniken / Praxen,
- Aufnahme der Angebote der örtlichen Selbsthilfe in Aushänge, Flyer in sozialen Einrichtungen, kirchlichen Räumen, psychiatrischen Praxen, Kliniken,
- bewusst gestaltete Übergänge von professionellen zu Selbsthilfegruppen,

- Angebot von andauernder Beratung und Unterstützung in Krisen.

Des Weiteren weist eine Leitlinie auf die Option einer Peer-Beratung hin (DGBS 2014 [Statement]).

Der Erhalt familiärer Beziehungen hat laut einer Leitlinie große prognostische Bedeutung (DGBS 2014 [Statement]). Entsprechend sollten Angehörige von Beginn an und über alle Phasen der Behandlung des Patienten einbezogen und entsprechende familienbezogene unterstützende Maßnahmen angeboten werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Insbesondere für Personen, die in die Betreuung von Patienten mit bipolaren Störungen eingebunden sind, sollten adäquate Schulungsprogramme und unterstützende Maßnahmen angeboten werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Lehnt der Patient oder der Angehörige eine Einbeziehung ab, sollte für die Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges auf eine Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Angehörigen hingearbeitet werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Patienten mit bipolaren Störungen sollte geraten werden, Lifecharts / Stimmungstagebücher zur Schulung der Selbstwahrnehmung zu führen (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Darüber hinaus sollten unterstützende Therapieverfahren, wie z. B. Entspannungs-, Bewegungstraining oder Musik- / Tanztherapie, angeboten werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Insbesondere bei Einnahme von Antipsychotika und einer Langzeitmedikation wird ein kombiniertes Ernährungs- und Bewegungsprogramm empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 46 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Förderung des Selbstmanagements im therapeutischen Prozess sowie der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen durch Patienten und Angehörige. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Nutzung von Selbsthilfegruppen als Element zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs und für die professionelle Unterstützung von Selbsthilfegruppen, beispielsweise durch Ermutigung von Betroffenen zum Besuch dieser Gruppen, Bereitstellung von Räumlichkeiten und bewusst gestaltete Übergänge von professionellen zu Selbsthilfegruppen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Einbeziehung Angehöriger in die Behandlung des Patienten von Beginn an und über alle Phasen der Behandlung und zur Bereitstellung familienbezogener unterstützender Maßnahmen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zu Schulungsprogrammen und unterstützenden Maßnahmen für Personen, die in die Betreuung von Patienten mit bipolaren Störungen eingebunden sind. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Angehörigen zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges insbesondere bei Ablehnung der Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung durch den Patienten oder den Angehörigen selbst. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Führung von Lifecharts / Stimmungstagebüchern. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für unterstützende Therapieverfahren, wie z. B. Entspannungs-, Bewegungstraining oder Musik- / Tanztherapie. Insbesondere bei der Einnahme von Antipsychotika und einer Langzeitmedikation wird ein kombiniertes Ernährungs- und Bewegungsprogramm empfohlen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.7.4 Nichtmedikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt eine Empfehlung zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Danach sollte Jugendlichen mit einer bipolaren Depression eine Psychotherapie über einen Zeitraum von 3 Monaten angeboten werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 47 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Psychotherapie über einen Zeitraum von 3 Monaten bei Jugendlichen mit einer bipolaren Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.7.5 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Erwachsenen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur medikamentösen Akuttherapie der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode.

Eine Leitlinie empfiehlt, zur medikamentösen Behandlung einer manischen oder gemischten Episode einen Wirkstoff mit nachgewiesenem günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis zu verwenden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei gibt die Leitlinie in Evidenzaussagen Nutzen-Risiko-Verhältnisse für verschiedene Wirkstoffe an (VADoD 2010 [Statement]):

- Danach wird zur Behandlung der akuten Manie für folgende Wirkstoffe ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis angeführt: Lithium, Carbamazepin, Valproat, Aripiprazol, Ziprasidon, Quetiapin, Risperidon und Olanzapin. Bei den Wirkstoffen Clozapin und Oxcarbazepin scheint der Nutzen für diese Patienten nicht höher als die Risiken zu sein. Für folgende Wirkstoffe wird ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis angegeben: Lamotrigin, Topiramat, Gabapentin, Antidepressivum als Monotherapie.
- Zur Behandlung einer gemischten Episode gibt es Hinweise auf ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis für Valproat, Carbamazepin, Aripiprazol, Ziprasidon, Risperidon und Olanzapin (VADoD 2010 [Statement]). Bei den Wirkstoffen Clozapin, Oxcarbazepin, Quetiapin und Lithium scheint der Nutzen bei diesen Patienten nicht höher als die Risiken zu sein; für folgende Wirkstoffe wird ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis angegeben: Lamotrigin, Topiramat, Gabapentin.

Bei der Wahl des Wirkstoffs sollten Faktoren wie Präferenz des Patienten und Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit berücksichtigt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Entwickelt ein Patient unter einer Therapie mit einem Antidepressivum oder anderen Substanzen oder einer kombinierten Therapie aus Antidepressivum und einem Stimmungsstabilisierer eine Manie, Hypomanie oder gemischte Episode, sollte der auslösende Wirkstoff abgesetzt (NCCMH 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]) und das Absetzen des auslösenden Wirkstoffs sichergestellt werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Je nach Art des Antidepressivums und des Auftretens von Symptomen bei Therapieabbruch sollte eine schrittweise Reduzierung der Dosis erfolgen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE ↓]). Unabhängig davon, ob das Antidepressivum abgesetzt wird, wird die Gabe eines Antipsychotikums empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die Dosis sollte bei Substanzen, bei denen ein therapeutischer Wirkspiegel bekannt ist, so gewählt werden, dass die maximale klinische Effektivität bei Minimierung möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen und bei Erhalten des therapeutischen Wirkspiegels gewährleistet ist (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Wirkstoffe, deren Effektivität nicht zwangsläufig vom Erreichen eines bestimmten Wirkspiegels abhängig ist, sollten bezüglich der Dosis so lange gesteigert werden, bis eine klinische Verbesserung zu erkennen ist oder mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein nicht mehr tolerables Maß übersteigen oder die vom Hersteller angegebene Maximaldosis erreicht ist (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Vorliegen einer Manie, Hypomanie oder gemischten Episode wird bei Auftreten intolerabler Nebenwirkungen ein Wechsel der Medikation empfohlen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie wird als Monotherapie der Einsatz folgender atypischer Neuroleptika empfohlen: Aripiprazol, Ziprasidon (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]), Quetiapin, Risperidon oder Olanzapin (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE ↑]); NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]); VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus kann der Einsatz von Asenapin oder Paliperidon zur Behandlung der Manie in Erwägung gezogen werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur Behandlung von gemischten Episoden wird als Monotherapie der Einsatz folgender atypischer Neuroleptika empfohlen: Aripiprazol[5] (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]) sowie Olanzapin, Risperidon[6] oder Ziprasidon (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Einsatz von Clozapin oder Quetiapin kann in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Haloperidol[7] sollte zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie, insbesondere als Kurzzeittherapie und in Notfallsituationen, oder zur Behandlung einer gemischten Episode als Monotherapie in Betracht kommen (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Darüber hinaus kann Clozapin zur Behandlung einer Manie oder gemischten Episode in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Ebenso kann Aripiprazol neben der Behandlung der Manie auch zur Behandlung von gemischten Episoden eingesetzt werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass für das atypische Neuroleptikum Amisulprid kein Wirksamkeitsnachweis aus placebokontrollierten Studien zur Behandlung der Manie vorliegt und sich in einer randomisierten kontrollierten Studie eine vergleichbare Wirksamkeit zu Haloperidol zeigte (DGBS 2014 [Statement]).

Zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie wird als Monotherapie der Einsatz folgender Stimmungsstabilisierer empfohlen: Carbamazepin[8], Lithium, Valproat[9] (DGBS 2014 [3 x

[5] Laut der Fachinformation zu Aripiprazol erfolgt eine Anwendung zur Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Epiosden der Bipolar-I-Störung und für die Prävention einer neuen manischen Episode bei Erwachsenen, die überwiegend manische Episoden hatten und deren manische Episoden auf die Behandlung mit Aripiprazol ansprachen. Die Monotherapie mit Aripiprazol zur Behandlung von Mischzuständen wird in der Fachinformation nicht explizit genannt.

[6] Laut der Fachinformation ist Risperidon indiziert zur Behandlung mäßiger bis schwerer manischer Episoden, die mit bipolaren Störungen assoziiert sind. Eine Zulassung für Risperidon als Monotherapie zur Behandlung von gemischten Episoden liegt nicht vor.

[7] Laut der Fachinformation ist Haloperidol bei akuten manischen Syndromen zugelassen. Es liegt keine Zulassung für Haloperidol zur Behandlung von gemischten Episoden bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen vor.

[8] Laut der Fachinformation ist Carbamazepin zur Prophylaxe manisch-depressiver Phasen zugelassen, wenn die Therapie mit Lithium versagt hat beziehungsweise wenn Patienten unter Lithium schnelle Phasenwechsel erlebten und wenn mit Lithium nicht behandelt werden darf. Es liegt keine Zulassung für Carbamazepin als Monotherapie zur Behandlung der akuten Manie vor.

GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Laut einer Leitlinie kann zum Einsatz der Stimmungsstabilisierer Lamotrigin und Oxcarbazepin zur Behandlung der Manie aufgrund der unzureichenden Studienlage keine Empfehlung formuliert werden (DGBS 2014 [Statement]).

Laut einer weiteren Leitlinie sollte grundsätzlich die Therapie gemischter Episoden entsprechend den Empfehlungen zur Therapie der Manie folgen, wobei ein engmaschiges Monitoring hinsichtlich der Entwicklung einer bipolaren Depression empfohlen wird (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Zur Behandlung der gemischten Episode wird als Monotherapie der Einsatz folgender Stimmungsstabilisierer empfohlen: Carbamazepin[10] (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]) sowie Valproat[11] (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Einsatz von Lithium kann in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie gibt an, dass Oxcarbazepin zur Behandlung einer manischen oder gemischten Episode in Erwägung gezogen werden kann (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). 2 Leitlinien raten ausdrücklich von einer Therapie mit Lamotrigin zur Behandlung einer manischen oder gemischten Episode ab (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer (Hypo-)Manie und einer bereits bestehenden Therapie mit Lithium wird eine Überprüfung des Lithiumspiegels zur Optimierung der Behandlung empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Besteht eine Phasenprophylaxe mit Valproat oder einem anderen Stimmungsstabilisierer, sollte abhängig vom Ansprechen auf die Therapie eine Erhöhung der Dosierung in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Des Weiteren wird in einer Leitlinie von Topiramat und Gabapentin für die Behandlung einer manischen oder gemischten Episode abgeraten (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 48 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung von Faktoren, wie Präferenz des Patienten und Ansprechen auf eine Therapie in der

[9] Laut der Fachinformation ist Valproat nur dann indiziert, wenn Lithium kontraindiziertkontranidiziert ist oder nicht vertragen wird.

[10] Laut der Fachinformation ist Carbamazepin zur Prophylaxe manisch-depressiver Phasen zugelassen, wenn die Therapie mit Lithium versagt hat beziehungsweise wenn Patienten unter Lithium schnelle Phasenwechsel erlebten und wenn mit Lithium nicht behandelt werden darf. Es liegt keine Zulassung für Carbamazepin als Monotherapie zur Behandlung von Mischzuständen vor.

[11] Laut der Fachinformation ist Valproat zur Behandlung manischer Episoden bei einer bipolaren Störung zugelassen, wenn Lithium kontraindiziert ist oder nicht vertragen wird. Eine Zulassung von Valproat als Monotherapie zur Behandlung von gemischten Episoden liegt nicht vor.

Vergangenheit, bei der Wahl des Wirkstoffs zur Behandlung einer Manie oder gemischten Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zum Absetzen eines Antidepressivums oder anderer Substanzen, die eine Manie auslösen können, bei Patienten, die unter einer solchen Medikation eine Manie, Hypomanie oder gemischte Episode entwickeln. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur schrittweisen Reduzierung der Dosis bei Absetzen eines Antidepressivums. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Gabe eines Antipsychotikums bei Patienten, die unter einer Therapie mit einem Antidepressivum eine Manie oder Hypomanie entwickeln. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Wahl der Dosierung des eingesetzten Wirkstoffs, bei dem ein therapeutischer Wirkspiegel bekannt ist, um eine maximal klinische Effektivität bei Minimierung möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen zu gewährleisten. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Aripiprazol und Ziprasidon als Monotherapie zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Quetiapin, Risperidon und Olanzapin als Monotherapie zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Asenapin und Paliperidon zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zum Einsatz von Aripiprazol als Monotherapie zur Behandlung von gemischten Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zum Einsatz von Olanzapin, Risperidon oder Ziprasidon zur Behandlung von gemischten Episoden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zum Einsatz von Clozapin oder Quetiapin zur Behandlung von gemischten Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Haloperidol zur Behandlung der akuten Manie oder einer gemischten Episode, insbesondere als Kurzzeittherapie oder in Notfallsituationen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Einsatz von Clozapin zur Behandlung einer manischen oder gemischten Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Einsatz von Aripiprazol zur Behandlung sowohl der Manie als auch der gemischten Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zum Einsatz von Carbamazepin, Lithium und Valproat zur Behandlung der akuten (Hypo-)Manie als Monotherapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Therapie gemischter Episoden entsprechend den Empfehlungen zur Therapie der Manie, unter engmaschigem Monitoring hinsichtlich der Entwicklung einer bipolaren Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zum Einsatz von Carbamazepin als Monotherapie zur Behandlung der gemischten Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Valproat als Monotherapie zur Behandlung der gemischten Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Einsatz von Lithium als Monotherapie zur Behandlung der gemischten Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Einsatz von Oxcarbazepin zur Behandlung einer manischen oder gemischten Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Negativempfehlungen zum Einsatz von Lamotrigin zur Behandlung einer manischen oder gemischten Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zu einer Überprüfung des Lithiumspiegels zur Optimierung der Therapie bei Vorliegen einer (Hypo-)Manie und einer

bereits bestehenden Therapie mit Lithium. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Erhöhung der Dosierung bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Valproat oder einem anderen Stimmungsstabilisierer in Abhängigkeit vom Ansprechen auf die Therapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zum Einsatz von Topiramat und Gabapentin für die Behandlung einer manischen oder gemischten Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Wirkstoffen mit nachgewiesenem günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis in der Behandlung einer Manie oder gemischten Episode.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Wechsel der Medikation bei Auftreten intolerabler Nebenwirkungen bei Vorliegen einer Manie, Hypomanie oder gemischten Episode.

Behandlung der akuten bipolaren Depression

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Beim Stellen der Indikation für eine medikamentöse Behandlung einer bipolaren Depression sollte der Schweregrad der depressiven Episode berücksichtigt werden (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Bei einer leichten depressiven Episode sollte nur in Ausnahmefällen eine depressionsspezifische medikamentöse Behandlung durchgeführt werden (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Für eine akut-antidepressive Pharmakotherapie bei einer leichten depressiven Episode können u. a. folgende Faktoren sprechen (DGBS 2014 [Statement]):

- Wunsch / Präferenz des Patienten,
- positive Erfahrung des Patienten mit gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Behandlung in der Vergangenheit,
- Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen,
- Episoden mittelgradiger oder schwerer Depression in der Vorgeschichte des Patienten,

- rasche Symptomprogredienz als Hinweis auf eine sich möglicherweise entwickelnde schwere depressive Episode,
- psychiatrische Komorbidität.

Bei Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode stellt eine depressionsspezifische medikamentöse Behandlung eine wesentliche Option dar (DGBS 2014 [Statement]).

Bei Patienten mit einer schweren Episode einer bipolaren Depression wird eine medikamentöse Behandlung empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Auswahl des Wirkstoffs für die Akutbehandlung einer bipolaren Depression sollte dessen Eignung für die (phasenprophylaktische) Langzeitbehandlung berücksichtigt werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, grundsätzlich zur medikamentösen Behandlung einer bipolaren Depression einen Wirkstoff mit nachgewiesenem günstigem Nutzen-Risiko-Verhältnis zu verwenden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]; [Statement]). Bei der Wahl des Wirkstoffs sollte das Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit berücksichtigt werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Auftreten intolerabler Nebenwirkungen wird ein Wechsel der Medikation empfohlen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

In Evidenzaussagen gibt eine Leitlinie Nutzen-Risiko-Verhältnisse für verschiedene Wirkstoffe an (VADoD 2010 [Statement]). Danach wird zur Behandlung der akuten bipolaren Depression für folgende Wirkstoffe ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis angeführt: Lithium und Quetiapin (VADoD 2010 [Statement]). Bei den Wirkstoffen Olanzapin und Lamotrigin scheint der Nutzen bei diesen Patienten nicht höher als die Risiken zu sein; für folgende Wirkstoffe wird ein unklares beziehungsweise ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis angegeben: Carbamazepin, Clozapin, Haloperidol, Oxcarbazepin, Risperidon, Topiramat, Valproat und Ziprasidon beziehungsweise Aripiprazol als Monotherapie, Gabapentin, Antidepressivum als Monotherapie (VADoD 2010 [Statement]).

Wirkstoffe, deren Effektivität nicht zwangsläufig vom Erreichen eines bestimmten Wirkspiegels abhängig sind, sollten bezüglich der Dosis so lange gesteigert werden, bis eine klinische Verbesserung zu erkennen ist oder mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein nicht mehr tolerables Maß übersteigen oder die Dosis die vom Hersteller angegebene Maximaldosis erreicht hat (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Im Verlauf einer bipolaren Depression kann es zum relativ plötzlichen Umschlagen der Symptomatik in eine manische oder gemischte Episode kommen. Es wird darauf hingewiesen, dass Unsicherheit darüber besteht, welchen Anteil am Risiko des Umschlagens einer depressiven Symptomatik die Gabe eines Antidepressivums, die Wahl des Wirkstoffes und die Dauer der Behandlung sowie prädisponierende Faktoren des Patienten haben (DGBS 2014 [Statement]). Die Gabe von Fluoxetin, Paroxetin oder Bupropion scheint jedoch nicht mit

einem erhöhten Risiko für ein Umschlagen in eine manische oder gemischte Episode einherzugehen (DGBS 2014 [Statement]). Für trizyklische Antidepressiva gibt es hingegen Hinweise auf ein solches erhöhtes Risiko (DGBS 2014 [Statement]). Trotz der genannten Unsicherheit im Hinblick auf das Umschlagen einer bipolaren Depression in eine manische oder gemischte Episode sollten zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression laut einer Leitlinie SSRI gegenüber Venlafaxin und trizyklischen Antidepressiva sowie Bupropion gegenüber Venlafaxin bevorzugt werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]). Lediglich bei Patienten mit einer Bipolar-II-Erkrankung kann auf der Grundlage einer einzelnen Studie der Einsatz von Venlafaxin in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer anderen Leitlinie sollte daher bereits bei Beginn einer medikamentösen Behandlung das Risiko für Stimmungsänderungen und das Umschlagen von einer depressiven in eine manische Episode beurteilt und der Patient engmaschig hinsichtlich des Auftretens entsprechender Symptome kontrolliert werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie kann keine klare Empfehlung für oder gegen eine Monotherapie mit einem Antidepressivum in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression formuliert werden (DGBS 2014 [Statement]). Des Weiteren kann aufgrund der Datenlage keine klare Empfehlung dahin gehend gegeben werden, ob in der Akutbehandlung der bipolaren Depression ein Antidepressivum in Monotherapie gegeben werden kann oder nicht (DGBS 2014 [Statement]). Ebenso kann keine Empfehlung zur Bevorzugung von Antidepressiva oder Stimmungsstabilisierern in der Monotherapie gegeben werden (DGBS 2014 [Statement]).

Bei Patienten mit einer bipolaren Depression und psychotischen Symptomen wird eine Therapie mit einem Antipsychotikum empfohlen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät ausdrücklich von der Gabe trizyklischer Antidepressiva zur Monotherapie oder Augmentation ab (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diese Wirkstoffe in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Abwägung, ob ein trizyklisches Antidepressivum zur Akutbehandlung eingesetzt werden soll, sollen folgende individuelle Aspekte berücksichtigt werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- Patientenpräferenz nach umfassender Aufklärung und Information,
- Risiko für Switch höher bei höherer Anzahl und höherem Schweregrad bisheriger Manien oder gemischter Episoden,
- Manie-Induktion unter Antidepressiva in der Behandlungsanamnese,
- bisherige Wirksamkeit und Verträglichkeit trizyklischer Antidepressiva,
- Vorerfahrungen mit und Verfügbarkeit von Behandlungsalternativen,

- Komorbidität des Patienten, die eine Medikation mit einem trizyklischen Antidepressivum zum Risiko macht.

Quetiapin wird als Monotherapie zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↑]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]) und als Alternative zu einer kombinierten Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) empfohlen. Ebenso kann Olanzapin als Monotherapie in Erwägung gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei weist eine Leitlinie darauf hin, die Nebenwirkungen bei einer Therapie mit Olanzapin entsprechend zu beachten (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Aripiprazol wird in der Regel nicht zur Behandlung einer akuten depressiven Episode empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Auch eine Monotherapie mit Lamotrigin kann in Betracht kommen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere bei fehlendem Ansprechen auf vorangegangene Therapien (NCCMH 2014 [2x GoR ↓, LoE fehlt]). Allerdings weist eine Leitlinie bei der Therapie mit Lamotrigin auf den langsamen Wirkungseintritt, aufgrund des Erfordernisses des langsamen Aufdosierens, hin (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Des Weiteren kann laut einer Leitlinie Carbamazepin eingesetzt werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Monotherapie mit Lithium wird von einer Leitlinie nicht empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]). Laut einer anderen Leitlinie kann eine solche Therapie in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Auch von einer alleinigen Therapie mit Valproat zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression wird abgeraten (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Aufgrund einer unzureichenden Studienlage kann keine Empfehlung für oder gegen den Einsatz von Valproat, Carbamazepin, Topiramat, Risperidon, Ziprasidon oder Clozapin zur Behandlung einer bipolaren Depression gegeben werden (VADoD 2010 [Statement]).

Eine Leitlinie rät von dem Einsatz von Gabapentin ab (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diese Wirkstoffe in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Besteht eine Phasenprophylaxe, sollte eine Optimierung der Dosierung der Medikation und gegebenenfalls des Serumspiegels erfolgen (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Besteht keine Phasenprophylaxe, wird empfohlen, die Indikation für eine solche zu prüfen und

gegebenenfalls in der akuten depressiven Phase zu beginnen (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Laut einer Leitlinie sollte bei einer bereits bestehenden Therapie mit Valproat eine Steigerung der Dosis in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei einer bereits bestehenden Therapie mit Lithium wird eine Überprüfung des Lithiumspiegels und gegebenenfalls Steigerung der Dosis empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei unzureichendem Ansprechen auf eine Optimierung der Dosierung einer bestehenden Therapie mit Lithium oder Valproat wird eine ergänzende Medikation empfohlen (vgl. Abschnitt A3.4.2.7.7).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 48 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung, bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode nur in Ausnahmefällen eine depressionsspezifische medikamentöse Behandlung durchzuführen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine medikamentöse Behandlung bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Steigerung der Dosis von Wirkstoffen, deren Effektivität nicht zwangsläufig vom Erreichen eines bestimmten Wirkspiegels abhängig ist. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Bevorzugung von SSRI gegenüber Venlafaxin und trizyklischen Antidepressiva sowie Bupropion gegenüber Venlafaxin bei einer Akutbehandlung einer bipolaren Depression mit Antidepressiva. Lediglich bei Patienten mit einer Bipolar-II-Erkrankung kann der Einsatz von Venlafaxin in Betracht gezogen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Therapie mit einem Antipsychotikum bei Patienten mit einer bipolaren Depression und psychotischen Symptomen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zum Einsatz trizyklischer Antidepressiva zur Monotherapie oder Augmentation einer bipolaren Depression. Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung individueller Aspekte, wie z. B. Patientenpräferenzen und das Risiko für das Umschlagen in eine manische

oder gemischte Episode, wenn eine Therapie mit einem trizyklischen Antidepressivum in Erwägung gezogen wird. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Quetiapin als Monotherapie in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression sowie als Alternative zu einer kombinierten Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

3 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Olanzapin als Monotherapie in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Negativempfehlungen für den regelhaften Einsatz von Aripiprazol in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression. Als Ausnahme wird ein gutes Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik genannt. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Lamotrigin als Monotherapie in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Carbamazepin als Monotherapie in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Monotherapie mit Lithium zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression. Dabei rät eine Leitlinie von einer alleinigen Therapie mit Lithium ab. Es handelt sich um inhaltlich inkonsistente Aussagen. Aufgrund der niedrigen GoR sind die Empfehlungen für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für eine alleinige Therapie mit Valproat zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für den Einsatz von Gabapentin zur Behandlung einer bipolaren Depression. Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zur Optimierung der Dosierung von Wirkstoffen und des Serumspiegels zur Phasenprophylaxe sowie zur Prüfung

der Indikation, wenn keine Phasenprophylaxe besteht, bei Vorliegen einer bipolaren Depression. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Steigerung der Dosis bei einer bereits bestehenden Therapie mit Valproat. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Überprüfung des Serumspiegels und Steigerung der Dosis bei einer bereits bestehenden Therapie mit Lithium. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Berücksichtigung des Schweregrades einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung bei der Indikationsstellung für eine medikamentöse Behandlung.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, bei der Auswahl des Wirkstoffs für die Akutbehandlung einer bipolaren Depression die Eignung für die (phasenprophylaktische) Langzeitbehandlung zu berücksichtigen.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Wirkstoffen mit nachgewiesenem günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis in der Behandlung einer bipolaren Depression und empfiehlt, das Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit zu berücksichtigen.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum Wechsel der Medikation bei Auftreten intolerabler Nebenwirkungen bei Vorliegen einer bipolaren Depression.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Beurteilung des Risikos für Stimmungsänderungen und das Umschlagen von einer depressiven in eine manische Episode sowie zur engmaschigen Kontrolle des Patienten hinsichtlich des Auftretens entsprechender Symptome bei Beginn einer medikamentösen Behandlung.

A3.4.3.7.6 Medikamentöse Behandlung (in der Akutphase) bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen und Vorliegen einer manischen Episode.

Bei Jugendlichen mit einer mittelgradigen bis schweren manischen Episode kann eine medikamentöse Behandlung entsprechend den Empfehlungen für Erwachsene in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Modifikation einer medikamentösen Behandlung von Kindern mit einer Manie sollten etablierte speziell pharmakologische Verzeichnisse und Literatur zurate gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem sollten erhöhte Risiken für das Auftreten von Nebenwirkungen beachtet werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Es wird davon abgeraten, eine Therapie mit einem Antipsychotikum bei Kindern mit einer manischen Episode von mehr als 12 Wochen durchzuführen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus wird eine Therapie mit Valproat bei Mädchen beziehungsweise jungen Frauen mit einer manischen Episode im gebärfähigen Alter nicht empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 49 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Durchführung einer medikamentösen Behandlung bei Jugendlichen mit einer mittelgradigen bis schweren manischen Episode entsprechend den Empfehlungen für Erwachsene. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Nutzung von speziell pharmakologischen Verzeichnissen und Literatur bei der Modifikation einer medikamentösen Behandlung von Kindern mit einer Manie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Beachtung erhöhter Risiken für das Auftreten von Nebenwirkungen bei einer medikamentösen Behandlung von Kindern mit einer Manie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zu einer Therapie mit einem Antipsychotikum bei Kindern mit einer manischen Episode über einen Zeitraum von mehr als 12 Wochen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zu einer Therapie mit Valproat bei Mädchen beziehungsweise jungen Frauen mit einer manischen Episode im gebärfähigen Alter. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.7.7 Kombinationsbehandlungen bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu Kombinationsbehandlungen und zur zusätzlichen Medikation.

Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu Kombinationsbehandlungen und zur zusätzlichen Medikation.

Eine Leitlinie weist grundsätzlich darauf hin, dass bei Patienten mit einer schweren manischen oder gemischten Episode mit oder ohne Vorliegen psychotischer Symptome eine kombinierte Therapie aus einem Antipsychotikum und einer weiteren antimanisch wirksamen Substanz eingeleitet werden sollte (VADoD 2010 [Statement]). In einer Evidenzaussage wird auf ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis für eine Kombinationsbehandlung aus Lithium oder Valproat und den Antipsychotika Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon zur Behandlung der Manie hingewiesen (VADoD 2010 [Statement]). Dementsprechend wird für Patienten mit einer schweren gemischten Episode eine kombinierte Therapie aus Lithium oder Valproat und den Antipsychotika Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon empfohlen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Des Weiteren kann das Antipsychotikum Ziprasidon in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Auch bei einer bereits bestehenden Therapie mit Lithium zur Phasenprophylaxe wird in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und des Ansprechens auf eine Therapie in der Vergangenheit eine Ergänzung mit Antipsychotika, wie Aripiprazol (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]), Olanzapin, Quetiapin, Risperidon (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓] [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]) oder Haloperidol (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]), zur Behandlung der akuten Manie empfohlen. Des Weiteren kann laut einer Leitlinie Allopurinol allein oder in Kombination mit Haloperidol zusätzlich zu Lithium eingesetzt werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]).

Bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Valproat können beziehungsweise sollten folgende Antipsychotika zur Behandlung der akuten Manie ergänzt werden: Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE ↓] [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Laut einer weiteren Leitlinie kann im fachärztlichen Setting auch in Abhängigkeit von den Präferenzen des Patienten oder des Ansprechens auf eine medikamentöse Behandlung in der Vergangenheit eine Ergänzung mit Haloperidol, Olanzepin, Quetiapin oder Risperidon in Betracht kommen, wenn bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Valproat oder einem anderen Stimmungsstabilisierer eine Erhöhung der Dosis zu keiner Verbesserung der Symptomatik führt (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät von Levetiracetam als Ergänzung zu Valproat zur Behandlung der akuten Manie ab (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]). Auch der Einsatz von Topiramat oder Gabapentin zusätzlich zu Lithium oder Valproat wird bei diesen Patienten nicht empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE ↓]).

Aufgrund einer unzureichenden und widersprüchlichen Studienlage kann keine Empfehlung zu einer Kombination verschiedener Stimmungsstabilisierer in der Akuttherapie der Manie gegeben werden (DGBS 2014 [Statement]).

Des Weiteren kann eine aufgrund des Abhängigkeitsrisikos zeitlich eng begrenzte unterstützende Behandlung mit Benzodiazepinen zur Reduktion einer Agitiertheit im Rahmen einer manischen Episode in Erwägung gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur Behandlung einer schweren gemischten Episode empfiehlt eine Leitlinie eine Therapie mit Lithium oder Valproat in Kombination mit Aripiprazol, Olanzapin, Risperidon oder Haloperidol (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE ↑]). Der Einsatz von Quetiapin oder Ziprasidon kann bei diesen Patienten in Betracht gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE ↓]).

Clozapin kann im Rahmen der Behandlung einer schweren manischen oder gemischten Episode bei Nichtansprechen auf andere Antipsychotika oder gutem Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit erwogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 50 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine kombinierte Therapie aus Lithium oder Valproat und einem Antipsychotikum wie Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon oder Ziprasidon zur Behandlung einer schweren gemischten Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie empfiehlt mit niedrigem GoR die Ergänzung einer bestehenden Lithium-basierten Phasenprophylaxe mit Antipsychotika wie Aripiprazol. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Ergänzung einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Lithium mit einem Antipsychotikum, wie Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon, zur Behandlung der akuten Manie. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Ergänzung einer bestehenden Lithium-basierten Phasenprophylaxe mit Haloperidol. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, die Therapie mit Lithium mit Allopurinol allein oder in Kombination mit Haloperidol zu ergänzen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigem GoR Empfehlungen zur Ergänzung einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Valproat oder einem anderen Stimmungsstabilisierer mit einem

Antipsychotikum, wie Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon, zur Behandlung der Manie, insbesondere wenn eine Erhöhung der Dosierung des zur Phasenprophylaxe eingesetzten Stimmungsstabilisierers zu keiner Verbesserung der Symptomatik führt. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Ergänzung einer bestehenden Valproat-basierten Phasenprophylaxe mit Aripiprazol. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Ergänzung einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Valproat oder einem anderen Stimmungsstabilisierer mit Haloperidol, insbesondere wenn eine Erhöhung der Dosierung des zur Phasenprophylaxe eingesetzten Stimmungsstabilisierers zu keiner Verbesserung der Symptomatik führt. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung zur Ergänzung einer bestehenden Valproat-basierten Phasenprophylaxe mit Levetiracetam zur Behandlung der Manie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Negativempfehlungen zur Ergänzung einer bestehenden Lithium- oder Valproat-basierten Phasenprophylaxe mit Topiramat oder Gabapentin. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine aufgrund des Abhängigkeitsrisikos zeitlich begrenzte unterstützende Behandlung mit Benzodiazepinen zur Reduktion einer Agitiertheit im Rahmen einer manischen Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine kombinierte Therapie aus Lithium oder Valproat mit einem Antipsychotikum wie Aripiprazol, Olanzapin, Risperidon, Haloperidol, Quetiapin oder Ziprasidon zur Behandlung einer schweren gemischten Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Clozapin im Rahmen der Behandlung einer schweren manischen oder gemischten Episode bei Nichtansprechen auf andere Antipsychotika oder gutem Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Behandlung der akuten bipolaren Depression

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu Kombinationsbehandlungen und zur zusätzlichen Medikation.

Aufgrund einer unzureichenden Studienlage kann trotz großer Praxisrelevanz keine Empfehlung für eine medikamentöse Kombinationsbehandlung als Akuttherapie der bipolaren

Depression gegeben werden (DGBS 2014 [Statement]). Auch für die Bevorzugung eines zusätzlichen (zweiten) Stimmungsstabilisierers gegenüber der eines zusätzlichen Antidepressivums kann aufgrund der unzureichenden Studienlage keine Empfehlung formuliert werden (DGBS 2014 [Statement]).

In einer Evidenzaussage weist eine Leitlinie auf ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis für eine kombinierte Therapie aus Lithium und Lamotrigin bei der Behandlung einer bipolaren Depression hin (VADoD 2010 [Statement]). Für eine kombinierte Behandlung aus Fluoxetin und Olanzapin sowie für eine Augmentation mit einem Antidepressivum (SSRI, SNRI, Bupropion, MAOI) scheint der Nutzen bei diesen Patienten nicht höher als die Risiken zu sein (VADoD 2010 [Statement]).

Zur Behandlung einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode wird eine kombinierte Behandlung mit Fluoxetin und Olanzapin als Alternative zu der alleinigen Gabe von Quetiapin in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und vom Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei weist eine Leitlinie darauf hin, dass diese Kombinations-behandlung (Olanzapin / Fluoxetin) aufgrund ihrer Nebenwirkungen (Gewichtszunahme, Diabetesrisiko, Hypertriglyzeridämie) nur als Therapie der 2. Wahl eingesetzt werden sollte (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer bereits bestehenden Therapie mit Lithium und auf die Maximaldosis erhöhtem Lithiumspiegel wird eine Ergänzung mit Fluoxetin kombiniert mit Olanzapin oder alternativ eine Ergänzung mit Quetiapin in Abhängigkeit von den Patientenpräferenzen und dem Ansprechen auf eine vorangegangene Therapie bei Patienten, die eine mittelgradige bis schwere depressive Episode entwickeln, empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei fehlendem Ansprechen sollte die ergänzende Therapie beendet werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren kann eine Ergänzung mit Olanzapin allein in Betracht kommen (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Die zusätzliche Gabe von Lamotrigin kann insbesondere bei fehlendem Ansprechen auf vorangegangene Therapien in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer bereits bestehenden Therapie mit Valproat[12] und fehlendem Ansprechen auf eine Optimierung der Dosierung wird eine Ergänzung mit Fluoxetin[13] kombiniert mit Olanzapin oder alternativ eine Ergänzung mit Quetiapin in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und vom Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit empfohlen (NCCMH 2014

[12] Laut der Fachinformationen ist Valproat zur Behandlung manischer Episoden bei einer bipolaren Störung zugelassen, wenn Lithium kontraindiziert ist oder nicht vertragen wird. Eine weiterführende Behandlung nach einer manischen Episode kann bei solchen Patienten erwogen werden, die auf eine Valproat-Therapie bei akuter Manie angesprochen haben.

[13] Laut der Fachinformation ist Fluoxetin zur Behandlung von Episoden der majoren Depression zugelassen. Es finden sich in der Fachinformation keine expliziten Angaben für die Zulassung zur Behandlung einer bipolaren Störung.

[GoR ↑, LoE fehlt]). Bei fehlendem Ansprechen sollte die ergänzende Therapie beendet werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren kann eine Ergänzung mit Olanzapin allein in Betracht kommen (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Die zusätzliche Gabe von Lamotrigin kann insbesondere bei fehlendem Ansprechen auf vorangegangene Therapien in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Mögliche Wechselwirkungen zwischen Valproat und Fluoxetin, Lamotrigin und Olanzapin sollen beachtet werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Clozapin kann zur Augmentation unter Beachtung von metabolischen Effekten und anderen Nebenwirkungen im Rahmen der Behandlung einer akuten depressiven Episode in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie kann aufgrund einer unzureichenden Studienlage keine Empfehlung für oder gegen eine Augmentation mit Aripiprazol, Olanzapin, Risperidon, Haloperidol, Oxcarbazepin, Topiramat, Ziprasidon, Valproat und Carbamazepin im Rahmen der Behandlung einer akuten depressiven Episode gegeben werden (VADoD 2010 [Statement]).

Eine Leitlinie rät von dem Einsatz von Gabapentin[14] und trizyklischen Antidepressiva sowohl als Monotherapie als auch zur Augmentation ab (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diese Wirkstoffe in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus wird zusätzlich zu einer medikamentösen Behandlung eine evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention zur Behandlung einer akuten depressiven Episode empfohlen, um die Compliance und die patientenrelevanten Endpunkte zu verbessern (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 50 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine kombinierte Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin als Alternative zu der alleinigen Gabe von Quetiapin in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und des Ansprechens auf eine Therapie in der Vergangenheit zur Behandlung einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Dabei weist eine Leitlinie darauf hin, die Kombination Olanzapin / Fluoxetin aufgrund ihrer Nebenwirkungen nur als Therapie der 2. Wahl einzusetzen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

[14] In der Fachinformation zu Gabapentin liegen keine Informationen zur Anwendung bei bipolaren Störungen bei Erwachsenen vor.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlungen zur Ergänzung einer bestehenden Lithium-basierten Phasenprophylaxe, bei einem auf die Maximaldosis erhöhten Lithiumspiegel, mit einer kombinierten Therapie aus Fluoxetin und Olanzapin oder alternativ eine Ergänzung mit Quetiapin zur Behandlung einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Bei fehlendem Ansprechen sollte die ergänzende Therapie beendet werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Ergänzung einer bestehenden Lithium-basierten Phasenprophylaxe mit Olanzapin oder Lamotrigin. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlungen zur Ergänzung einer bestehenden Valproat-basierten Phasenprophylaxe, bei fehlendem Ansprechen auf eine Optimierung der Dosierung, mit einer kombinierten Therapie aus Fluoxetin und Olanzapin oder alternativ eine Ergänzung mit Quetiapin zur Behandlung einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Bei fehlendem Ansprechen sollte die ergänzende Therapie beendet werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Ergänzung einer bestehenden Valproat-basierten Phasenprophylaxe mit Olanzapin oder Lamotrigin. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Beachtung möglicher Wechselwirkungen zwischen Valproat und Fluoxetin, Lamotrigin und Olanzapin. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Augmentation mit Clozapin unter Beachtung von metabolischen Effekten und anderen Nebenwirkungen im Rahmen der Behandlung einer akuten depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zum Einsatz von Gabapentin und trizyklischen Antidepressiva im Rahmen der Behandlung einer akuten depressiven Episode. Eine Ausnahme stellt ein gutes Ansprechen auf diese Wirkstoffe in der Vergangenheit ohne Umschlagen der depressiven Symptomatik in eine manische Episode oder Verschlechterung der Symptomatik dar. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention zusätzlich zur medikamentösen Behandlung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.3.7.8 Kombinationsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Nur eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt eine Empfehlung zu einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie.

Bei Jugendlichen mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung sollte eine Kombination aus einer Psychotherapie und medikamentösen Behandlung in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 51 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Kombination aus einer Psychotherapie und medikamentösen Behandlung bei Jugendlichen mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.3.7.9 Therapie bei speziellen Patientengruppen

A3.4.3.7.9.1 Erwachsene mit psychischen Komorbiditäten bei bipolaren Störungen

2 Leitlinien (DGBS 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Therapie.

Bei der Therapieplanung sollten vorliegende komorbide psychische Störungen (Abhängigkeitserkrankungen, Angststörung, Persönlichkeitsstörungen) berücksichtigt und die Behandlung entsprechend angepasst werden (DGBS 2014 [Statement]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Dabei fokussiert sich die Leitlinie VADoD 2010 auf die Planung der medikamentösen Behandlung.

Für die Durchführung einer Pharmakotherapie bei einer leichten depressiven Episode kann neben Faktoren, wie Präferenz des Patienten oder Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit (vgl. Abschnitt A3.4.3.7.5), das Vorliegen einer psychischen Komorbidität sprechen (DGBS 2014 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 52 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zur Berücksichtigung vorliegender komorbider psychischer Störungen bei der Therapieplanung und Durchführung der Therapie. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

A3.4.3.7.9.2 Erwachsene mit somatischen Komorbiditäten bei bipolaren Störungen

2 Leitlinien (DGBS 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Therapie von Patienten mit einer bipolaren Störung und Vorliegen somatischer Komorbiditäten.

Bei der Therapieplanung sollten vorliegende somatische Komorbiditäten berücksichtigt und das therapeutische Vorgehen entsprechend angepasst werden (DGBS 2014 [Statement]; VADoD [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Wird zur Behandlung einer akuten bipolaren Depression ein trizyklisches Antidepressivum in Erwägung gezogen, soll neben individuellen Aspekten, wie Patientenpräferenz oder Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit (vgl. Abschnitt A3.4.3.7.5), das Vorliegen einer Komorbidität, die eine Medikation mit einem trizyklischen Antidepressivum zum Risiko macht, berücksichtigt werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte bei der medikamentösen Behandlung einer bipolaren Depression bei Patienten mit Diabetes oder bei adipösen Patienten der Einsatz von Wirkstoffen, die mit einer geringeren Gewichtszunahme verbunden sind, in Betracht gezogen werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 53 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung des Vorliegens einer Komorbidität, wenn eine Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum in Erwägung gezogen wird. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für den Einsatz von Wirkstoffen, die mit einer geringeren Gewichtszunahme verbunden sind, zur Behandlung einer bipolaren Depression bei Patienten mit Diabetes oder bei adipösen Patienten. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlung aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zur Berücksichtigung vorliegender somatischer Komorbiditäten bei der Therapieplanung und dem therapeutischen Vorgehen.

A3.4.3.7.9.3 Ältere Patienten mit bipolaren Störungen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Therapie.

Bei einer psychotherapeutischen Behandlung scheint es keine Hinweise auf altersspezifische Besonderheiten zu geben (DGBS 2014 [Statement]).

Grundsätzlich sind die veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Komorbiditäten, häufige Multimorbidität sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und eine erhöhte Empfindlichkeit für Nebenwirkungen zu berücksichtigen (DGBS 2014 [Statement]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dosierungen sind dementsprechend anzupassen (DGBS 2014 [Statement]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren sollten engmaschige Kontrollen hinsichtlich Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Toxizität und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten durchgeführt werden (VADoD 2010 [Statement]). Der Einsatz von Wirkstoffen zur Behandlung sollte unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Polypharmazie sollte vermieden werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Insbesondere bei anticholinerg wirksamen Substanzen sind die negativen Auswirkungen auf die kognitive Funktion und die Mobilität zu beachten (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Auch bei dem Einsatz von Stimmungsstabilisierern sollte berücksichtigt werden, dass kognitive Störungen auftreten können (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer bipolaren Störung im Alter können Lithium (DGBS 2014 [Statement]; VADoD 2010 [GoR fehlt; LoE fehlt]) und Valproat (DGBS 2014 [Statement]) angewandt werden. Valproat scheint im Vergleich zu Lithium besser toleriert zu werden (VADoD 2010 [Statement]).

Eine Leitlinie führt an, dass Carbamazepin aufgrund der schlechteren Verträglichkeit nicht gut zur Behandlung älterer Patienten geeignet ist (DGBS 2014 [Statement]). Laut einer anderen Leitlinie kann Carbamazepin als Alternative zu Lithium bei älteren Patienten mit einer schweren kardiovaskulären Erkrankung oder Nierenerkrankung eingesetzt werden (VADoD 2010 [GoR fehlt; LoE fehlt]).

Es wird darauf hingewiesen, dass Lamotrigin auch im Alter eine Behandlungsoption sein kann, eine abschließende Beurteilung jedoch nicht möglich ist (DGBS 2014 [Statement]). Eine andere Leitlinie weist darauf hin, dass bei einer Therapie mit Lamotrigin oder Oxcarbazepin die geringste Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Nebenwirkungen besteht, bei einer Therapie mit Lithium eine mittlere und bei einer Therapie mit Valproat, Carbamazepin und Topiramat die höchste Wahrscheinlichkeit (VADoD 2010 [GoR fehlt; LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sind bei der Indikation für eine neuroleptische Behandlung bei älteren Patienten atypische Antipsychotika zu bevorzugen (DGBS 2014 [Statement]). Bei der

Indikationsstellung und im Monitoring sind dabei kardiale und metabolische Nebenwirkungen besonders zu beachten (DGBS 2014 [Statement]). Bei Beginn einer Therapie mit einem atypischen Antipsychotikum sollten Gewicht und Bauchumfang gemessen sowie der Nüchternglukosewert und HbA1c-Wert erhoben werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Die Leitlinie empfiehlt bei älteren Patienten mit manischen Episoden als zu bevorzugende Behandlung eine Kombination aus atypischen Antipsychotika und einem Stimmungsstabilisierer unter Beachtung somatischer Komorbiditäten wie z. B. Diabetes (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Typische Neuroleptika können in der Notfallsituation und zur Kurzzeittherapie eingesetzt werden, stellen aber bei vorhandener Indikation zu einer längerfristigen neuroleptischen Behandlung nicht die erste Behandlungsoption dar (DGBS 2014 [Statement]).

Für die Therapie mit Antipsychotika der 2. Generation besteht Besorgnis hinsichtlich des Auftretens von Stoffwechselproblemen, dabei besteht das höchste Risiko bei der Behandlung mit Clozapin und Olanzapin, gefolgt von Quetiapin und Risperidon sowie gefolgt von Aripiprazol und Ziprasidon (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Wird eine Therapie mit Antipsychotika der 2. Generation bei älteren Patienten angestrebt, dann sollten eine Baseline-Messung sowie ein regelmäßiges Monitoring von Gewicht, Taillenumfang, Blutzuckerspiegel sowie HbA1c-Wert erfolgen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Bei der Indikation für eine Behandlung mit Antidepressiva sind laut einer Leitlinie SSRI aufgrund des günstigeren Nebenwirkungs- und Interaktionsprofils bevorzugt einzusetzen und substanzspezifische Risiken für unerwünschte Wirkungen und Interaktionen bei der Indikationsstellung und im Monitoring zu berücksichtigen (DGBS 2014 [Statement]). Bei der Behandlung mit Antidepressiva ist es sehr wahrscheinlich, dass ältere Patienten manische Episoden entwickeln (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Daher empfiehlt eine Leitlinie, trizyklische Antidepressiva nur mit Vorsicht einzusetzen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Für ältere Patienten, die mit einer Kombination aus einem Stimmungsstabilisierer und einem Antidepressivum behandelt werden, ist die Wahrscheinlichkeit gering, einen Suizid zu begehen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Ebenso sollten Benzodiazepine nur mit Vorsicht gegeben werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Eine Indikation für die Gabe von Benzodiazepinen kann das Vorliegen extremer Unruhezustände sein (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Bei einer Behandlung mit Benzodiazepinen sollten somatische Komorbiditäten sowie Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sowie die erhöhte Sensitivität älterer Patienten gegenüber zentralen Effekten von Benzodiazepinen (Ataxie, Verwirrtheit, Enthemmung und Delirium) berücksichtigt werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Wenn nötig, sollten kurz wirksame Benzodiazepine (wie z. B. Lorazepam) zur Anwendung kommen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie gibt an, dass die Therapie einer sekundären Manie bei älteren Patienten ähnlich einer primären Manie ist, außer dass in der Regel keine Phasenprophylaxe notwendig ist (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Da manische Episoden bei älteren Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems einhergehen, kann für diese Patientenpopulation eine Behandlung mit Carbamazepin oder Valproat in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte die medikamentöse Behandlung im Alter im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms mit psychotherapeutischen Interventionen und einer Psychoedukation kombiniert werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 54 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung von Faktoren wie z. B. veränderte Pharmakokinetik, Pharmakodynamik, Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bei der medikamentösen Behandlung einer bipolaren Störung im Alter. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Anpassung von Dosierungen bei der medikamentösen Behandlung einer bipolaren Störung bei älteren Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur sorgfältigen Nutzen-Risiko-Abwägung beim Einsatz von Wirkstoffen zur Behandlung einer bipolaren Störung im Alter. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Negativempfehlung für Polypharmazie bei älteren Patienten mit einer bipolaren Störung. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung negativer Auswirkungen auf die kognitive Funktion und Mobilität bei Einsatz anticholinerg wirksamer Substanzen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Berücksichtigung negativer Auswirkungen auf die kognitive Funktion bei Einsatz von Stimmungsstabilisierern. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zum Einsatz von Lithium zur Behandlung einer bipolaren Störung im Alter. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zum Einsatz von Carbamazepin als Alternative zu Lithium bei älteren Patienten mit einer schweren kardiovaskulären Erkrankung oder Nierenerkrankung. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Therapie mit Lamotrigin oder Oxcarbazepin, da für diese Wirkstoffe die geringste Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Nebenwirkungen im Vergleich zu Lithium und Valproat sowie Carbamazepin und Topiramat besteht. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Messung von Gewicht und Bauchumfang sowie Nüchternglukosewert und HbA1c-Wert bei Beginn einer Therapie mit einem atypischen Antipsychotikum. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für eine Kombination aus atypischen Antipsychotika und einem Stimmungsstabilisierer unter Beachtung somatischer Komorbiditäten als bevorzugte Behandlung bei älteren Patienten mit manischen Episoden. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für die Therapie mit Antipsychotika der 2. Generation. Dabei weist die Leitlinie auf das Auftreten von Stoffwechselproblemen hin und empfiehlt eine Baseline-Messung sowie ein regelmäßiges Monitoring von Gewicht, Taillenumfang, Blutzuckerspiegel sowie HbA1c-Wert, wenn eine Therapie mit Antipsychotika der 2. Generation bei älteren Patienten angestrebt wird. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung, bei Indikation für eine Therapie mit einem Antidepressivum trizyklische Antidepressiva aufgrund des hohen Risikos der Entwicklung von manischen Episoden bei älteren Patienten mit einer bipolaren Störung nur mit Vorsicht einzusetzen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für die Kombination aus Stimmungsstabilisierern und einem Antidepressivum, da ältere Patienten mit einer bipolaren Störung unter dieser Kombinationsbehandlung ein geringeres Risiko haben, einen Suizid zu begehen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung, Benzodiazepine bei Vorliegen einer bipolaren Störung im Alter nur mit Vorsicht einzusetzen. Eine Indikation für

die Gabe von Benzodiazepinen kann das Vorliegen extremer Unruhezustände sein. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für die Berücksichtigung von somatischen Komorbiditäten und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sowie einer erhöhten Sensitivität älterer Patienten gegenüber zentralen Effekten von Benzodiazepinen. Daher empfiehlt die Leitlinie, wenn nötig, kurz wirksame Benzodiazepine einzusetzen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung, die Behandlung einer sekundären Manie ähnlich zu der einer primären Manie durchzuführen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für die Behandlung mit Carbamazepin oder Valproat bei älteren Patienten mit manischen Episoden, da diese bei der Patientenpopulation mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems einhergehen. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für die Kombination einer medikamentösen Behandlung mit psychotherapeutischen Interventionen und einer Psychoedukation im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

A3.4.3.7.9.4 Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit

3 Leitlinien (DGBS 2014, SIGN 2012, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Therapie.

Nichtmedikamentöse Behandlung

2 Leitlinien (DGBS 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie empfiehlt, schwangeren oder stillenden Patientinnen mit einer depressiven oder manischen Episode eine spezifische Psychotherapie, die wesentliche Elemente wie z. B. Psychoedukation, individuelle Rezidivanalyse und Identifikation von Frühwarnsymptomen beinhaltet, zusätzlich zur medikamentösen Behandlung anzubieten (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren kann schwangeren oder stillenden Patientinnen, die trotz Aufklärung über die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie oder anderer biologischer Behandlungsmaßnahmen

diese ablehnen, eine spezifische Psychotherapie angeboten werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen bipolarer Störungen in der Schwangerschaft und postpartal stellt eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) aufgrund klinischer Erfahrung bei Versagen oder Kontraindikation anderer Therapiemaßnahmen eine Behandlungsoption dar (DGBS 2014 [Statement]). Auch bei Patientinnen mit schweren manischen Episoden in der Schwangerschaft kann eine EKT in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation keine Studien und keine hinreichende klinische Erfahrung in Schwangerschaft und Stillzeit vorliegen (DGBS 2014 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 55 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine spezifische Psychotherapie zusätzlich zur medikamentösen Behandlung bei schwangeren oder stillenden Patientinnen mit einer depressiven oder manischen Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine spezifische Psychotherapie bei schwangeren oder stillenden Patientinnen, die trotz Aufklärung über die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie oder anderer biologischer Behandlungsmaßnahmen diese ablehnen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine elektrokonvulsive Therapie bei Vorliegen einer schweren manischen Episode während der Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Medikamentöse Behandlung

2 Leitlinien (DGBS 2014, SIGN 2012) geben Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung.

Bei der Durchführung einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit sollten folgende grundlegende Prinzipien und Aspekte beachtet werden (SIGN 2012 [3 x GoR ↓, LoE fehlt]):

- Stellung einer klaren Indikation für eine medikamentöse Therapie,
- mögliche Auswirkungen einer unbehandelten psychischen Störung auf die Patientin, die Schwangerschaft und das Kind,
- Bevorzugung einer Monotherapie,
- Einsatz der geringsten effektiven Dosis,

- Wahl des Wirkstoffs mit dem niedrigsten Risiko und Vermeidung, wenn möglich, eines Wirkstoffwechsels,
- frühzeitiges Einschätzen der Notwendigkeit, die gewählte Medikation anzupassen oder nicht pharmakologische Interventionen zu erweitern,
- Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf die Pharmakokinetik und -dynamik von Wirkstoffen,
- regelmäßiges Monitoring des Wirkstoffspiegels,
- Implikationen für die Stillzeit bei der Auswahl eines Wirkstoffs während der Schwangerschaft,
- Vermeiden eines abrupten Absetzens der Medikation und regelmäßige Kontrolle von Frauen, die zum Absetzen ihrer Medikation neigen,
- Kontrolle von spezifischen Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung auf das Kind,
- eingeschränktes Wissen über neurokognitive Langzeitauswirkungen auf das Kind,
- erhöhtes Risiko schädlicher Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung bei Frühgeborenen oder kranken Kindern,
- Vorsicht in Bezug auf Übernachten von Mutter und Kind in einem gemeinsamen Bett, v. a. bei der Einnahme sedierender Substanzen.

Hausärzte sollten generell die Behandlung mit Antidepressiva in der Schwangerschaft überwachen und diskutieren, ob die bestehende Therapie beibehalten werden kann und ob alternative medikamentöse oder nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen initiiert werden sollten (SIGN 2012 [GoR ↓; LoE fehlt]). Patientinnen mit einer medikamentösen Behandlung sollten grundsätzlich in ihrem Wunsch zu stillen unterstützt werden, da dies keine generelle Kontraindikation darstellt (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden können beziehungsweise sollten Antidepressiva wie SSRI, Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI), trizyklische Antidepressiva und Bupropion in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [4 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Verordnung von trizyklischen Antidepressiva sollen die unerwünschten Wirkungen auf die Mutter bedacht (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) und die Möglichkeit zur Verabreichung nebenwirkungsärmerer Substanzen wie z. B. SSRI erwogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei SNRI und trizyklischen Antidepressiva ist das erhöhte Switch-Risiko zu bedenken (DGBS 2014 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). In der Literatur wird ein teratogenes Risiko für die Substanzen Paroxetin und Fluoxetin diskutiert (DGBS 2014 [4 x GoR ↓, LoE fehlt]). Es wird daher davon abgeraten, Paroxetin (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]) und Fluoxetin (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) in der

Schwangerschaft neu zu verordnen. Bei bereits bestehender Therapie kann die Umstellung auf ein anderes SSRI, insbesondere Sertralin und Citalopram, erwogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine weitere Leitlinie empfiehlt bei Patientinnen, die bereits Paroxetin einnehmen, eine individuelle Nutzen-Risiko-Erfassung, bevor die Therapie weitergeführt oder zu einem anderen Antidepressivum gewechselt wird (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei der Neuverordnung eines Antidepressivums in der Stillzeit sollten sowohl die tatsächlich verabreichte Dosis als auch die Halbwertszeit des jeweiligen Wirkstoffs berücksichtigt werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Neuverordnung von Fluoxetin, Citalopram, Escitalopram wird bei stillenden Frauen nicht empfohlen; ebenso wie eine Behandlung mit Doxepin (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt regelmäßige Weiterbildungen von Ärzten zur Sicherheit der Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Des Weiteren sollte zur Behandlung einer bipolaren Depression und als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden Lamotrigin erwogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Es besteht eine spezifische Teratogenität für die Substanz, die aber als gering eingestuft wird (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei einer Therapie mit Lamotrigin wird eine regelmäßige Kontrolle des Lamotrigin-Spiegels während der Schwangerschaft und frühen postpartalen Zeit empfohlen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]).

Generell sollten Schwangere, die Lithium einnehmen, einen personalisierten Versorgungsplan unter Einbindung der zuständigen Gynäkologin / des zuständigen Gynäkologen, der Entbindungseinrichtung und der Patientin selbst erhalten. Dieser Versorgungsplan sollte folgende Punkte enthalten (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]):

- Häufigkeit des Monitorings und von Dosierungsanpassungen,
- Wahrscheinlichkeit für Wechselwirkungen von Wirkstoffen, die in der Schwangerschaft verschrieben werden,
- Vorbereitung und Art der Niederkunft,
- Risiken für das Neugeborene.

Bei schwangeren Frauen mit einer Lithiumtherapie sollte ein Ersttrimesterscreening zur Erkennung von Fehlbildungen angeboten werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Fachpsychiatrische Einrichtungen sollten die zuständige Gynäkologin / den zuständigen Gynäkologen und die Entbindungseinrichtung über frühe Zeichen einer Toxizität, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und schwangerschaftsbedingte Ereignisse, die durch eine Toxizität ausgelöst werden können, informieren (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Einnahme eines Lithiumpräparates sollte den Frauen allerdings geraten werden, auf das Stillen zu verzichten (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Nehmen Mütter Neugeborener Lithium bereits ein und haben sich entschieden zu stillen, sollte ein engmaschiges Monitoring

des Neugeborenen hinsichtlich des Lithiumspiegels und seiner Schilddrüsen- sowie Nierenfunktion erfolgen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Schwangeren und Frauen im gebärfähigen Alter wird sowohl von einer regelhaften Verschreibung als auch grundsätzlich von einer Therapie mit Valproat abgeraten (SIGN 2012 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Existiert bei Frauen im gebärfähigen Alter keine Alternative zu Valproat, sollten lang wirksame empfängnisverhütende Maßnahmen empfohlen werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]). Tritt unter einer Therapie mit Valproat eine Schwangerschaft ein, kann laut einer weiteren Leitlinie die Substanz mit der kleinstmöglichen Dosierung, die benötigt wird, um die Wirksamkeit aufrechtzuerhalten, weiter verordnet werden, wobei auf eine gleichzeitige Gabe von Folsäure zu achten ist (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine Kombination von Valproat und Carbamazepin soll laut einer Leitlinie bei Schwangeren aufgrund des gesteigerten teratogenen Risikos vermieden werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die Verschreibung von Antiepileptika als Stimmungsstabilisierer ist grundsätzlich keine Kontraindikation für den Wunsch zu stillen; die Entscheidung über eine Behandlung sollte aber gemeinsam mit der Patientin nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]).

Zur Akutbehandlung einer Depression und einer Manie sowie zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden soll Quetiapin in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus können beziehungsweise sollten zur Behandlung einer akuten Manie weitere atypische Antipsychotika wie Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol und Ziprasidon erwogen werden (DGBS 2014 [3 x GoR ↓, LoE fehlt]). Olanzapin wird auch zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Die Gabe von Clozapin wird bei Schwangeren nicht empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei der Einnahme von Clozapin sollten Frauen nicht stillen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Des Weiteren kann bei Schwangeren und Stillenden mit einer Manie Haloperidol eine Therapieoption zur Akutbehandlung sein (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Jedoch sollte aufgrund der unerwünschten Wirkungen von Haloperidol die Verordnung nebenwirkungsärmerer Substanzen in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei einer Therapie mit einem Antipsychotikum in der Schwangerschaft sollten regelmäßige Kontrollen des fetalen Wachstums durchgeführt werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]). Bei einer Therapie mit Olanzapin oder Clozapin werden zusätzlich Kontrollen des Blutzuckerspiegels empfohlen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]). Werden in der Stillzeit Antipsychotika eingenommen, sollten die Kinder regelmäßig hinsichtlich Sedierung und extrapyramidaler Nebenwirkungen kontrolliert werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt generell bei der Einnahme von Antiepileptika in der Schwangerschaft eine gleichzeitige Gabe von Folsäure von der präkonzeptionellen Phase bis zum Ende des 1. Trimesters (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]). Zudem sollte in der frühen Schwangerschaft ein Ultraschallscreening zur Erkennung von Fehlbildungen angeboten werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]).

Erfolgt bei schwangeren Frauen eine Therapie mit Benzodiazepinen, sollte die Notwendigkeit der Fortführung dieser Behandlung überprüft werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]). Die Therapie sollte, wenn möglich, auf die kürzestmögliche Dauer und auf die kleinstmögliche Dosierung beschränkt sowie eine Reduzierung der Dosierung vor der Geburt vorgenommen werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]). Bei stillenden Frauen mit Indikation für eine Behandlung mit Benzodiazepinen werden kurz wirkende Wirkstoffe in Teildosierung empfohlen (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]). Zudem sollte Müttern von einem abrupten Absetzen der Medikation abgeraten werden (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]). Bei Auftreten von Symptomen bei dem Kind, wie z. B. vermehrte Müdigkeit, sollten Mütter ermutigt werden, ihren Arzt zu kontaktieren (SIGN 2012 [GoR ↓, LoE ↓]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 55 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für Antidepressiva wie SSRI, SNRI, trizyklische Antidepressiva und Bupropion zur Behandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Berücksichtigung der unerwünschten Wirkungen von trizyklischen Antidepressiva zur Behandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Möglichkeit der Verabreichung von nebenwirkungsärmeren Substanzen wie z. B. SSRI. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zur Berücksichtigung des erhöhten Switch-Risikos bei der Gabe von SNRI und trizyklischen Antidepressiva zur Behandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen, die Diskussion zum teratogenen Risiko für die Substanzen Paroxetin und Fluoxetin in der Literatur zu beachten. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Negativempfehlungen für eine Neuverordnung von Paroxetin in der Schwangerschaft. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für eine Neuverordnung von Fluoxetin in der Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Umstellung auf ein anderes SSRI, insbesondere Sertralin und Citalopram, bei einer bestehenden Therapie mit Paroxetin oder Fluoxetin in der Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Nutzen-Risiko-Erfassung bei Patientinnen, die bereits Paroxetin einnehmen, bevor die Therapie weitergeführt oder zu einem anderen Antidepressivum gewechselt wird. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für die Neuordnung einzelner SSRIs (z. B. Fluoxetin und Citalopram) sowie für eine Behandlung mit Doxepin bei stillenden Frauen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur regelmäßigen Weiterbildung von Ärzten zur Sicherheit der Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für Lamotrigin zur Behandlung einer bipolaren Depression und als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden. Dabei weist die Leitlinie auf eine spezifische Teratogenität der Substanz hin. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine regelmäßige Kontrolle des Lamotriginspiegels während der Schwangerschaft und frühen postpartalen Zeit bei einer Behandlung mit Lamotrigin. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Erstellung und den Inhalt eines personalisierten Versorgungsplans für Schwangere, die Lithium einnehmen, unter Einbindung der zuständigen Gynäkologen, der Entbindungseinrichtung sowie der Patientin selbst. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zu Maßnahmen, z. B. einem personalisierten Versorgungsplan, Ersttrimesterscreening oder Sensibilisierung auf mögliche Therapierisiken, für die interdisziplinäre Betreuung von schwangeren Frauen mit einer Lithiumtherapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Negativempfehlungen für den Einsatz von Valproat bei Schwangeren und Frauen im gebärfähigen Alter. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu lang wirksamen empfängnisverhütenden Maßnahmen, wenn bei Frauen im gebärfähigen Alter keine Alternative zu Valproat existiert. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Weiterführung einer Therapie mit Valproat mit der kleinstmöglichen Dosierung und bei gleichzeitiger Gabe von Folsäure, wenn unter einer Therapie Valproat eine Schwangerschaft eintritt. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für eine Kombination von Valproat und Carbamazepin bei Schwangeren aufgrund des gesteigerten teratogenen Risikos. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für Quetiapin zur Behandlung einer Depression und einer Manie sowie zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für weitere atypische Antipsychotika wie Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol und Ziprasidon zur Behandlung einer akuten Manie bei Schwangeren und Stillenden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Phasenprophylaxe mit Olanzapin bei Schwangeren und Stillenden. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für den Einsatz von Clozapin bei Schwangeren. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung für Stillen bei der Einnahme von Clozapin. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für Haloperidol zur Behandlung einer akuten Manie bei Schwangeren und Stillenden sowie zur Verordnung nebenwirkungsärmerer Substanzen aufgrund der unerwünschten Nebenwirkungen von Haloperidol. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zu regelmäßigen Kontrollen des fetalen Wachstums bei einer Therapie mit Antipsychotika in der Schwangerschaft sowie zu zusätzlichen Kontrollen des Blutzuckerspiegels bei einer Therapie mit Olanzapin oder Clozapin. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Kontrolle von Kindern hinsichtlich Sedierung und extrapyramidaler Nebenwirkungen bei Einnahme von Antipsychotika in der Stillzeit. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Einnahme von Folsäure sowie zum Ultraschallscreening zur Erkennung von Fehlbildungen bei der Einnahme von Antiepileptika in der Schwangerschaft. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu Maßnahmen bei einer bestehenden Therapie mit Benzodiazepinen in der Schwangerschaft wie Überprüfung der Notwendigkeit der Therapie sowie Beschränkung auf die kürzestmögliche Dauer und auf die kleinstmögliche Dosierung sowie eine Reduzierung der Dosierung vor der Geburt. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen, kurzwirkende Medikamente bei einer Indikation für die Einnahme von Benzodiazepinen in der Stillzeit einzusetzen, ein abruptes Absetzen zu vermeiden und den Arzt bei vermehrt auftretender Müdigkeit des Kindes zu kontaktieren. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR eine Empfehlung zur Beachtung grundlegender Prinzipien und Aspekte bei Durchführung einer Pharmakotherapie in der Peripartalzeit.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die generelle Überwachung der Behandlung mit Antidepressiva in der Schwangerschaft durch den Hausarzt und für die Diskussion, ob die bestehende Therapie beibehalten werden kann und ob alternative medikamentöse oder nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen initiiert werden sollten.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Unterstützung von Patientinnen mit einer medikamentösen Behandlung in ihrem Wunsch zu stillen, da dies keine generelle Kontraindikation darstellt.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Berücksichtigung von verabreichter Dosis und Halbwertszeit bei Neuverordnung eines Antidepressivums in der Stillzeit.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine gemeinsam mit der stillenden Patientin zu treffende Entscheidung über eine Behandlung mit Antiepileptika als Stimmungsstabilisierer unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung.

A3.4.3.7.9.5 Rapid Cycling

2 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014) geben Empfehlungen zur Therapie von Rapid Cycling.

Eine Leitlinie empfiehlt, grundsätzlich Patienten mit Rapid Cycling (definiert als 4 syndromale depressive, manische, hypomanische oder gemischte Episoden innerhalb eines Jahres) die gleichen Interventionen anzubieten wie Patienten mit anderen Formen einer bipolaren Störung (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Auch Patienten mit Rapid Cycling scheinen von einem entsprechend adaptierten Vorgehen in der Psychotherapie profitieren zu können (DGBS 2014 [Statement]).

Es wird darauf hingewiesen, dass zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation keine Studien und keine hinreichende klinische Erfahrung bei speziellen Verlaufsformen bipolarer Störungen vorliegen (DGBS 2014 [Statement]).

Darüber hinaus kann keine Empfehlung zur Durchführung einer Vagusnervstimulation bei Rapid Cycling gegeben werden (DGBS 2014 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 56 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine grundsätzlich gleiche Behandlung von Patienten mit Rapid Cycling und Patienten mit anderen Formen einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.7.10 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr.

Bei Patienten mit suizidalen Gedanken sollte eine Beurteilung des Suizidrisikos erfolgen (VADoD 2010 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]), u. a. vor dem Hintergrund der Anamnese früherer Suizidalität sowie vorhandener sozialer Unterstützung und Selbstkompetenz (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]. Suizidale Patienten sollen eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung erhalten (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, suizidgefährdeten Patienten eine Psychotherapie anzubieten, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert mit dem kurzfristigen Ziel der intensiven Kontaktgestaltung und aktiven unmittelbaren Unterstützung und Entlastung bis zum Abklingen der Krise (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). In dem Zusammenhang wird darauf

hingewiesen, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung per se suizidpräventiv wirken kann (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine EKT stellt laut einer Leitlinie aufgrund klinischer Erfahrung bei akuter Suizidalität eine therapeutische Option dar (DGBS 2014 [Statement]). Dementsprechend empfehlen 2 Leitlinien bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen depressiven Episode (z. B. mit Nahrungsverweigerung, akuter Suizidalität oder Katatonie), die nicht anders beherrschbar ist, eine elektrokonvulsive Therapie durchzuführen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Ebenso empfiehlt eine Leitlinie eine EKT bei Vorliegen psychotischer Symptome und positivem Ansprechen auf eine EKT in der Vergangenheit (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei suizidalen Patienten sollte die Auswahl der Medikation auch hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses (zu hohe Pharmakadosis mit Letalitätsgefahr oder Agitationssteigerung in der Frühphase) und der Toxizität bei Überdosierung erfolgen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Im ambulanten Bereich sollen gegebenenfalls nur kleine Packungsgrößen verordnet werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine ergänzende Akutbehandlung mit einem Benzodiazepin (möglichst nicht länger als 14 Tage) kann bei vorliegendem Suizidrisiko in Erwägung gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie rät davon ab, zur akuten Behandlung des Zielsyndroms Suizidalität Antidepressiva einzusetzen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie gibt es keine Hinweise darauf, dass Antipsychotika eine suizidalitätsreduzierende Wirkung haben (DGBS 2014 [Statement]).

In der Rezidivprophylaxe soll bei suizidgefährdeten bipolaren Patienten eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Valproat und Lamotrigin werden für die Rezidivprophylaxe nicht empfohlen (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Aufgrund einer unzureichenden Studienlage wird keine Empfehlung für oder gegen Carbamazepin in der Rezidivprophylaxe bei suizidalen Patienten gegeben (DGBS 2014 [Statement]).

Eine Überweisung an einen Facharzt oder eine fachspezifische Einrichtung beziehungsweise psychiatrische Klinik sollte bei Patienten mit einer manischen oder depressiven Episode in folgenden Fällen erfolgen (DGBS 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; [Statement]; VADoD 2010 [4 x GoR fehlt, LoE fehlt], [GoR ↓, LoE fehlt]):

- Delirium,
- ausgeprägte psychotische Symptome (z. B. Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Verwirrtheit, Katatonie),

- schwere depressive Symptome / Depression,
- drohende oder akute Fremd- oder Eigengefährdung,
- Gewaltpotenzial,
- Substanzentzug oder Substanzrausch.

Ebenso sollte eine stationäre Einweisung bei Patienten erfolgen, bei denen eine schwere Manie oder gemischte Episode dazu führen, dass die Patienten nicht mehr für sich selbst sorgen können (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Darüber hinaus soll eine stationäre Betreuung suizidaler Patienten auch in Betracht gezogen werden bei (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]:

- medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch,
- intensivem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf,
- Fortbestehen der akuten Suizidalität trotz initialer Behandlung, fehlender tragfähiger therapeutischer Beziehung,
- anderweitig nicht möglicher zuverlässiger Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität,
- Suizidversuch in der Vorgeschichte.

Unter Berücksichtigung der rechtlichen Bestimmungen sollte gegebenenfalls auch ohne Zustimmung des Patienten eine stationäre Einweisung erwogen werden (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 57 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen zur Beurteilung des Suizidrisikos vor dem Hintergrund der Anamnese früherer Suizidalität sowie vorhandener sozialer Unterstützung und Selbstkompetenz. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine intensivierte Betreuung von suizidgefährdeten Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für eine Psychotherapie bei suizidgefährdeten Patienten, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert. Dabei kann eine tragfähige therapeutische Beziehung per se suizidpräventiv wirken. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine elektrokonvulsive Therapie bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen depressiven Episode oder akuter

Suizidalität, die nicht anders beherrschbar ist. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine elektrokonvulsive Therapie bei Vorliegen psychotischer Symptome und positivem Ansprechen auf eine elektrokonvulsive Therapie in der Vergangenheit. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen zur Berücksichtigung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses und der Toxizität bei Überdosierung bei der Medikation suizidaler Patienten sowie gegebenenfalls Verordnung kleiner Packungsgrößen im ambulanten Bereich. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zum kurzfristigen Einsatz von Benzodiazepinen in der Akutbehandlung von suizidgefährdeten Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Negativempfehlung zum Einsatz von Antidepressiva zur akuten Behandlung des Zielsyndroms Suizidalität. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Lithium in der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Negativempfehlungen für den Einsatz von Valproat und Lamotrigin in der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten Patienten. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zu Fällen, in denen eine Überweisung an einen Facharzt oder eine fachspezifische Einrichtung beziehungsweise psychiatrische Klinik bei Patienten mit einer manischen oder depressiven Episode erfolgen sollte. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine stationäre Einweisung bei Patienten, bei denen eine schwere Manie oder gemischte Episode dazu führen, dass der Patient nicht mehr für sich selbst sorgen kann. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine stationäre Einweisung bei medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch, intensivem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, Fortbestehen der akuten Suizidalität trotz initialer Behandlung, fehlender tragfähiger Beziehung sowie bei einem Suizidversuch in der Vorgeschichte. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur stationären Einweisung ohne Zustimmung des Patienten unter Berücksichtigung der rechtlichen Bestimmungen.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur stationären Einweisung ohne Zustimmung des Patienten unter Berücksichtigung der rechtlichen Bestimmungen.

A3.4.3.7.11 Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Nur eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt eine Empfehlung zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr.

Bei vorliegendem Risiko für eine Eigengefährdung oder Vorliegen einer anderen Krisensituation sollte eine sofortige Überprüfung der Behandlung erfolgen und ein Krisenplan entwickelt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 58 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Überprüfung der Behandlung sowie Entwicklung eines Krisenplans bei vorliegendem Risiko für eine Eigengefährdung oder Vorliegen einer anderen Krisensituation. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.8 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle sowie zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie, zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Therapiedauer und Verlaufskontrolle

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle.

Eine Leitlinie gibt an, dass sich die Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Behandlungen bipolarer Störungen am Zustand und an den Bedürfnissen der Patienten sowie den Zielen der Behandlung orientieren sollen (DGBS 2014 [Statement]).

Eine Leitlinie empfiehlt eine sorgfältige Dokumentation des psychischen Befindens/psychosozialen Funktionsvermögens des Patienten im Verlauf einer bipolaren Erkrankung mithilfe bewährter Fremdbeurteilungsinstrumente seitens des Behandlers sowie eines vom Patienten auszufüllenden Stimmungstagebuchs (DGBS 2014 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Zur Beurteilung einer Änderung spezifischer Symptome für eine akute (hypo-)manische, gemischte oder akute depressive Episode wird die Durchführung eines strukturierten klinischen Interviews oder die Verwendung eines standardisierten Instrumentes empfohlen (VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt generell bei Patienten, die im hausärztlichen Setting betreut werden, eine mindestens jährliche Kontrolle der Behandlung, einschließlich der Medikation, und häufigere Kontrollen, sofern Bedenken vonseiten des Behandlers bestehen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren sollten generell im Rahmen der Verlaufskontrolle während einer Psychopharmakotherapie regelmäßig insbesondere folgende Aspekte erfasst werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt] [GoR fehlt, LoE fehlt]; VADoD 2010 [4 x GoR ↑, LoE fehlt][8 x GoR ↓, LoE fehlt] [GoR fehlt, LoE fehlt]):

- Risiken und Nebenwirkungen der Medikation,
- Suizidalität oder Fremdgefährdung,
- Auftreten oder Veränderung psychotischer Merkmale,
- Änderungen der depressiven Symptomatik,
- Auftreten von neurovegetativen Symptomen,
- Substanzkonsum,
- klinischer Zustand des Patienten,
- Adhärenz gegenüber der medikamentösen Behandlung,
- psychosoziales Funktionsvermögen, Änderungen im familiären und sozialen Umfeld,
- Auftreten depressiver Symptome bei der Behandlung einer akuten manischen Episode,
- Auftreten manischer Symptome bei der Behandlung einer akuten depressiven Episode,
- Auftreten von Komorbiditäten, die der depressiven Symptomatik einer bipolaren Störung ähneln oder diese verschlimmern können.

Eine Leitlinie empfiehlt, die Wirksamkeit einer phasenprophylaktischen Behandlung entsprechend dem individuellen Krankheitsverlauf zu überprüfen und die Prüfung nach klinischer Erfahrung nach Ablauf der doppelten Dauer des durchschnittlichen Krankheitszyklus des Patienten durchzuführen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). In der Regel sollten bei Rezidiven innerhalb der ersten 6 Monate einer Phasenprophylaxe keine

Veränderungen im Behandlungsregime vorgenommen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur Überprüfung des Ansprechens auf eine Therapie und der Adhärenz gegenüber einer Therapie sowie zur Erfassung von Nebenwirkungen im Verlauf der Erkrankung wird empfohlen, ein standardisiertes Instrument, gegebenenfalls zusätzlich zu einem strukturierten klinischen Interview, einzusetzen (VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Zur Minimierung identifizierter Nebenwirkungen sollten adäquate Maßnahmen durchgeführt werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Darüber hinaus sollten nach Beginn einer medikamentösen Behandlung regelmäßig relevante laborchemische Untersuchungen (wie z. B. Messung des Wirkstoffspiegels, des Blutzuckers) und Gewichtskontrollen durchgeführt werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Substanzen, für die ein therapeutischer Serumspiegelbereich etabliert ist, sollten regelmäßige Messungen des Wirkstoffspiegels durchgeführt werden, insbesondere bei Lithium (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [3 x GoR ↓, LoE fehlt] [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte im ersten Jahr alle 3 Monate, anschließend alle 6 Monate der Lithiumspiegel gemessen werden (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Häufigere Messungen (alle 3 Monate nach dem ersten Jahr oder öfter) sind bei bestimmten Patienten angezeigt, beispielsweise bei älteren Patienten, Patienten mit Risiko für eine Beeinträchtigung der Nieren- oder Schilddrüsenfunktion, bei Patienten mit einer Verschlechterung der Nierenfunktion oder mit mangelnder Adhärenz (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren sollten bei einer Therapie mit Lithium regelmäßig (alle 6 Monate) Harnstoff und Elektrolyte sowie die Nieren- und Schilddrüsenfunktion überprüft werden (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Häufigere Kontrollen sind bei Hinweisen auf eine gestörte Nieren- oder Schilddrüsenfunktion, erhöhter Kalziumkonzentration oder gesteigerte Stimmungssymptome aufgrund einer gestörten Schilddrüsenfunktion erforderlich (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus sollten Patienten hinsichtlich des Auftretens neurotoxischer Nebenwirkungen, wie Parästhesien, Ataxie, Tremor und kognitiver Beeinträchtigungen, bei jedem Kontrolltermin untersucht werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

2 Leitlinien raten zu regelmäßigen Messungen des Wirkstoffspiegels bei einer Therapie mit Carbamazepin (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2x GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↑, LoE ↓] [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Auch für Valproat werden von 2 Leitlinien regelmäßige Messungen der Serumkonzentration empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2x GoR fehlt, LoE fehlt] [2 x GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↑, LoE ↓]). Eine andere Leitlinie hingegen rät von einer

routinemäßigen Erhebung der Serumkonzentration von Valproat (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) und Lamotrigin (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) ab, außer bei Hinweisen auf eine mangelnde Wirksamkeit, unzureichende Adhärenz oder Toxizität.

Bei unzureichenden therapeutischen Wirkspiegeln sollte eine entsprechende Anpassung der Dosis bis zur maximalen Dosierung erfolgen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). 2 Leitlinien geben spezifische Empfehlungen zu therapeutischen Serumkonzentrationen von Lithium (NCCMH 2014, VADoD 2010) und eine Leitlinie zu Serumkonzentrationen von Valproat und Carbamazepin (VADoD 2010).

Regelmäßige Gewichtskontrollen beziehungsweise eine Kontrolle des BMI sollten wegen einer möglichen Gewichtszunahme insbesondere bei einer Behandlung mit folgenden Wirkstoffen durchgeführt werden:

- Lithium, Valproat (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]),
- atypischen Antipsychotika (Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon und Zotepin) (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt] VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE ↑] [GoR ↓, LoE fehlt] sowie
- Mirtazapin und trizyklischen Antidepressiva (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte mindestens einmal pro Jahr der physische Gesundheitszustand von Patienten mit einer bipolaren Störung sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting untersucht werden (NCCMH 2014 [3 x GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei sollte insbesondere auf das Vorliegen kardiovaskulärer und respiratorischer Erkrankungen sowie von Diabetes und Adipositas geachtet und Patienten mit Bluthochdruck, erhöhten Blutlipiden, Übergewicht und Diabetes sowie Risiken für Übergewicht und Diabetes sollten identifiziert werden (NCCMH 2014 [3 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei einer Therapie mit Valproat sollte 6 Monate nach Therapiebeginn und danach einmal pro Jahr ein großes Blutbild erhoben, die Funktionsfähigkeit der Leber (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]) sowie die Elektrolyte (VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]) kontrolliert werden. Laut einer Leitlinie sind die gleichen laborchemischen Kontrollen auch bei einer Therapie mit Carbamazepin durchzuführen (VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Bei einer Behandlung mit (atypischen) Antipsychotika sollen regelmäßige Kontrollen der Blutzucker- und Blutlipidwerte erfolgen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE ↑] [GoR ↓, LoE fehlt]). Des Weiteren sollen Puls und Blutdruck regelmäßig kontrolliert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE ↑] [GoR ↓, LoE fehlt]). Darüber hinaus sollten während einer Therapie mit Antipsychotika regelmäßig das Ansprechen auf die Therapie, Nebenwirkungen und Auswirkungen auf das körperliche Befinden sowie das

Entwickeln von Bewegungseinschränkungen und die Adhärenz überprüft werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Ergebnissen außerhalb des Normbereichs sollen weitere Untersuchungen und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen angeboten werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei einer Behandlung mit Antipsychotika soll im Behandlungsverlauf auf das mögliche Auftreten extrapyramidal-motorischer Symptome geachtet werden (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Generell empfiehlt eine Leitlinie, die regelmäßigen Kontrollen hinsichtlich der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Antipsychotika für wenigstens 12 Wochen im fachärztlichen Setting durchzuführen und danach die Kontrollen durch den Hausarzt fortführen zu lassen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der medikamentösen Behandlung einer akuten bipolaren Depression werden in den ersten 4 bis 6 Wochen mindestens alle 1 bis 2 Wochen, danach bei Ansprechen auf die Therapie in längeren Abständen, Kontrolluntersuchungen empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Je nach klinischer Situation können häufigere Frequenzen notwendig sein (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Patienten mit einer akuten manischen, hypomanischen oder gemischten Episode, die ambulant betreut werden, sollten laut einer Leitlinie zunächst alle 2 bis 5 Tage Kontrolluntersuchungen erfolgen, bis sich die Symptomatik verbessert hat (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Für diese Patientenpopulation werden über einen Zeitraum von mindestens 6 Wochen alle 1 bis 2 Wochen Kontrollen empfohlen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Innerhalb der ersten 4 Wochen nach Beginn einer medikamentösen Behandlung einer akuten manischen oder depressiven Episode sollten gemeinsam mit dem Patienten und gegebenenfalls einer Bezugsperson Gespräche u. a. zur Fortführung der Therapie oder zum Beginn einer Langzeittherapie, zu Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und dem Therapieerfolg geführt werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren sollten das Ausmaß des noch bestehenden depressiven Syndroms im Vergleich zur Ausgangsschwere und die Responserate beurteilt sowie entschieden werden, ob gegebenenfalls die Therapie als Langzeittherapie fortgeführt werden soll oder ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Bei der Entscheidung für eine Fortführung der Therapie sollte diese für weitere 3 bis 6 Monate durchgeführt und anschließend erneut überprüft werden (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie sollte grundsätzlich die Therapie einer gemischten Episode entsprechend den Empfehlungen zur Therapie der Manie folgen, wobei eine engmaschige Kontrolle hinsichtlich der Entwicklung einer bipolaren Depression empfohlen wird (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Durchführung einer Psychotherapie zur Behandlung einer bipolaren Depression sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting sollten generell mögliche Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder Verschlechterung der depressiven Symptome beobachtet und der Patient

gegebenenfalls an einen Facharzt / eine fachpsychiatrische Einrichtung überwiesen werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Entwickelt der Patient eine Manie oder schwere depressive Episode, dann soll sofort eine Überweisung erfolgen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Ebenso sollte laut einer weiteren Leitlinie bei einer medikamentösen Therapie zur Behandlung einer depressiven Episode der Patient engmaschig hinsichtlich des Umschlagens von einer depressiven in eine manische Episode kontrolliert werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Nach vollständiger Remission beziehungsweise nach endgültigem Absetzen einer medikamentösen Behandlung sollten weiterhin in regelmäßigen Abständen mögliche Symptome für eine bipolare Störung und der psychische Gesundheitszustand kontrolliert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [3 x GoR ↓, LoE fehlt]). Dies kann im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erfolgen (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine Leitlinie gibt an, dass bei Patienten mit manischen oder gemischten und depressiven Episoden mit einer Symptomfreiheit über einen Zeitraum von 2 Monaten von einer vollständigen Remission ausgegangen werden kann (VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt], [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Bei depressiven Patienten, die eine Remission erreicht haben, sollten planmäßige Besuche fachpsychiatrischer Einrichtungen alle ein bis 3 Monate erfolgen und dabei Kontrollen von gegenwärtigen Symptomen durchgeführt werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Remission einer depressiven Episode kann laut einer Leitlinie das Absetzen der antidepressiven Medikation nach 4 bis 6 Monaten in Betracht gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Das Absetzen einer medikamentösen Behandlung zur Behandlung einer depressiven Episode sollte schrittweise unter Kontrolle von Stimmungsschwankungen sowie von Symptomen, die bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung auftreten können, erfolgen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Während des Absetzens einer Langzeittherapie sollte der Patient regelmäßig hinsichtlich des Auftretens früher Anzeichen eines Rückfalls kontrolliert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Während der Reduzierung der Dosis und bei Absetzen einer Lithiumtherapie sollten engmaschige Kontrollen für eine Dauer von 3 Monaten nach Beendigung der Behandlung durchgeführt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 59 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für eine sorgfältige Dokumentation des psychischen Befindens / psychosozialen Funktionsniveaus im Verlauf einer bipolaren Erkrankung. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für mindestens jährliche Kontrollen der Behandlung, einschließlich der Medikation, und häufigere Kontrollen, sofern Bedenken vonseiten des Behandlers bestehen bei Patienten, die im hausärztlichen Setting betreut werden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für grundsätzlich zu erhebende Aspekte im Rahmen der Verlaufskontrolle während einer Psychopharmakotherapie, wie z. B. Risiken und Nebenwirkungen der Medikation, Vorliegen von Suizidalität oder Fremdgefährdung, Auftreten psychotischer Merkmale, Adhärenz gegenüber der medikamentösen Behandlung und das psychosoziale Funktionsvermögen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Überprüfung der Wirksamkeit einer phasenprophylaktischen Behandlung entsprechend dem individuellen Krankheitsverlauf und zur regelhaften Beibehaltung des Behandlungsregimes bei Rezidiven für die ersten 6 Monate einer Phasenprophylaxe. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt zum Teil mit niedrigem GoR und zum Teil mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für die regelmäßige Durchführung relevanter laborchemischer Untersuchungen und Gewichtskontrollen nach Beginn einer medikamentösen Behandlung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine regelmäßige Messung des Wirkstoffspiegels bei einer Therapie mit Lithium. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR und eine Leitlinie mit fehlenden GoR Empfehlungen zur Messung des Lithiumspiegels im ersten Jahr alle 3 Monate und anschließend alle 6 Monate. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zu häufigeren Messungen des Lithiumspiegels bei bestimmten Patienten, wie beispielsweise bei älteren Patienten, Patienten mit Risiko für eine Beeinträchtigung der Nieren- oder Schilddrüsenfunktion, bei Patienten mit einer Verschlechterung der Nierenfunktion oder mit mangelnder Adhärenz. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR und eine Leitlinie mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für die regelmäßige Überprüfung der Elektrolyte sowie der Nieren- und Schilddrüsenfunktion bei einer Therapie mit Lithium. Häufigere Kontrollen sowie gegebenenfalls die Ermittlung des Maßes der Nierenschädigung sind bei Hinweisen auf eine gestörte Nieren- oder Schilddrüsenfunktion erforderlich. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, Patienten mit einer Lithiumtherapie hinsichtlich des Auftretens neurotoxischer Nebenwirkungen wie Parästhesien, Ataxie, Tremor und kognitiver Beeinträchtigungen bei jedem Kontrollbesuch zu untersuchen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für eine regelmäßige Messung des Wirkstoffspiegels bei einer Therapie mit Carbamazepin. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Messung der Serumkonzentration von Valproat. Dabei rät eine Leitlinie von einer routinemäßigen Erhebung ab, außer bei Hinweisen auf eine mangelnde Wirksamkeit, unzureichender Adhärenz oder Toxizität. Es handelt sich um inhaltlich inkonsistente Aussagen. Aufgrund der inhaltlichen Inkonsistenz wird eine weitere Überprüfung der DMP-Relevanz vorgeschlagen.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für eine routinemäßige Messung der Serumkonzentration von Lamotrigin, außer bei Hinweisen auf eine mangelnde Wirksamkeit, unzureichender Adhärenz oder Toxizität. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für regelmäßige Gewichtskontrollen beziehungsweise eine Kontrolle des BMI bei einer Behandlung mit Lithium oder Valproat. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für regelmäßige Gewichtskontrollen beziehungsweise eine Kontrolle des BMI bei einer Behandlung mit atypischen Antipsychotika. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für regelmäßige Gewichtskontrollen bei einer Behandlung mit Mirtazapin oder trizyklischen Antidepressiva. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für eine mindestens einmal pro Jahr durchzuführende Untersuchung des physischen Gesundheitszustandes von Patienten mit einer bipolaren Störung, wobei insbesondere auf das Vorliegen kardiovaskulärer und respiratorischer Erkrankungen geachtet und Patienten mit Bluthochdruck, erhöhten Blutlipiden, Übergewicht und Diabetes sowie Risiken für Übergewicht und Diabetes identifiziert werden sollten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR, eine Leitlinie mit fehlendem GoR und LoE Empfehlungen für die jährliche Erhebung eines großen Blutbildes und Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Leber sowie der Elektrolyte bei einer Therapie mit Valproat. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für die jährliche Erhebung eines großen Blutbildes und Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Leber sowie der Elektrolyte bei einer Therapie mit Carbamazepin. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für regelmäßige Kontrollen der Blutzucker- und Blutlipidwerte bei einer Therapie mit (atypischen) Antipsychotika. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Kontrolle von Puls und Blutdruck bei Anpassungen der Dosierung von Antipsychotika. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die regelmäßige Überprüfung des Therapieansprechens, von Nebenwirkungen und Auswirkungen auf das körperliche Befinden sowie die Entstehung von Bewegungseinschränkungen und die Adhärenz bei einer Therapie mit Antipsychotika. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für weitere Untersuchungen und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen bei relevanten Blutwerten außerhalb des Normbereichs im Rahmen der Behandlung mit Antipsychotika. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, das mögliche Auftreten extrapyramidal-motorischer Symptome bei einer Behandlung mit Antipsychotika zu beachten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, regelmäßige Kontrollen hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit von Antipsychotika für wenigstens 12 Wochen im fachärztlichen Setting und danach durch den Hausarzt durchzuführen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Durchführung von Kontrolluntersuchungen in den ersten 4 bis 6 Wochen mindestens alle 1 bis 2 Wochen und danach bei Ansprechen auf die Therapie in längeren Abständen bei einer medikamentösen Behandlung einer akuten bipolaren Depression. Je nach klinischer Situation können häufigere Frequenzen notwendig sein. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt zum Teil mit niedrigem GoR und zum Teil mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zur Durchführung von Kontrolluntersuchungen zunächst alle 2 bis 5 Tage, bis sich die Symptomatik verbessert hat, und anschließend alle 1 bis 2 Wochen für mindestens 6 Wochen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen dafür, gemeinsam mit dem Patienten und gegebenenfalls einer Bezugsperson etwa 4 Wochen nach Beginn einer Therapie zur Behandlung einer akuten manischen oder depressiven Episode zu beurteilen, ob eine Response vorliegt und ob gegebenenfalls die Therapie fortgeführt werden soll oder ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, bei der Entscheidung für eine Fortführung der Therapie zur Behandlung einer akuten manischen oder depressiven Episode die Therapie für weitere 3 bis 6 Monate durchzuführen und anschließend erneut zu überprüfen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, die Therapie einer gemischten Episode entsprechend den Empfehlungen zur Therapie der Manie durchzuführen unter engmaschiger Kontrolle der Entwicklung einer bipolaren Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen, mögliche Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder Verschlechterung der depressiven Symptome bei der Durchführung einer Psychotherapie zu beobachten und gegebenenfalls einen Facharzt hinzuzuziehen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine engmaschige Kontrolle des Umschlagens von einer depressiven in eine manische Episode bei einer medikamentösen Therapie zur Behandlung einer depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur weiteren regelmäßigen Kontrolle möglicher Symptome für eine bipolare Störung und des psychischen Gesundheitszustandes nach vollständiger Remission beziehungsweise nach endgültigem Absetzen einer medikamentösen Behandlung. Dies kann laut einer Leitlinie im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erfolgen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt zum einen mit niedrigen GoR und zum anderen mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zum Vorliegen einer vollständigen Remission bei Patienten mit manischen oder gemischten und depressiven Episoden. Dabei kann bei einer Symptomfreiheit über einen Zeitraum von 2 Monaten von einer vollständigen Remission ausgegangen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für planmäßige Besuche fachpsychiatrischer Einrichtungen alle ein bis 3 Monate und für die Durchführung von Kontrollen von gegenwärtigen Symptomen bei depressiven Patienten, die eine Remission erreicht haben. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für das Absetzen einer antidepressiven Medikation nach 4 bis 6 Monaten bei Remission einer depressiven Episode. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Kontrolle von Stimmungsschwankungen sowie von Symptomen, die bei Absetzen einer medikamentösen Behandlung zur Behandlung einer depressiven Episode auftreten können. Das Absetzen sollte schrittweise erfolgen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Überwachung des Patienten hinsichtlich des Auftretens früher Anzeichen eines Rückfalls während des Absetzens einer Langzeittherapie. Bei Absetzen einer Lithiumtherapie sollten engmaschige Kontrollen für eine Dauer von 3 Monaten nach Beendigung der Behandlung erfolgen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund unseres beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für die Verwendung eines standardisierten Instrumentes oder Durchführung eines strukturierten klinischen Interviews zur Beurteilung der Änderung spezifischer Symptome für eine manische, gemischte oder akute depressive Episode.
- Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen für die Verwendung eines standardisierten Instrumentes, gegebenenfalls zusätzlich zu einem strukturierten klinischen Interview, zur Überprüfung des Ansprechens auf eine Therapie und der Adhärenz gegenüber einer Therapie sowie zur Erfassung und Minimierung von Nebenwirkungen im Verlauf der Erkrankung.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Anpassung der Dosierung bei unzureichendem Wirkspiegel.

Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie.

Bei unzureichendem oder fehlendem Ansprechen auf die Behandlung in der Akutphase sollten die Adhärenz des Patienten gegenüber der Therapie sowie andere mögliche Gründe überprüft werden (VADoD 2010 [Statement]). Bei Substanzen, für die ein therapeutischer Serumspiegelbereich etabliert ist, ist bei Nichtansprechen auf die Therapie die Kontrolle des Serumspiegels die Maßnahme der ersten Wahl (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Spricht ein Patient mit einer akuten (hypo-)manischen oder depressiven Episode bei adäquater Dosierung nach 2 bis 4 Wochen nicht auf die medikamentöse Behandlung an, sollte die Medikation angepasst werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei sollte die Anpassung der Medikation entweder eine Augmentation mit einem zusätzlichen Wirkstoff, einen Therapieabbruch und einen Wechsel zu einem anderen Wirkstoff oder bei vielen Therapieversuchen mit Wechsel und Augmentation der Medikation eine elektrokonvulsive Therapie umfassen (VADoD 2010 [GoR [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei unzureichender Wirksamkeit einer pharmakologischen Monotherapie zur Phasenprophylaxe sollte laut einer Leitlinie eine pharmakologische Kombinationsbehandlung beziehungsweise die zusätzliche Gabe eines Wirkstoffes erwogen werden (DGBS 2014 [Statement]). Es wird drauf hingewiesen, dass Untersuchungen zu der Frage fehlen, ob bei einer unzureichenden Wirksamkeit einer Monotherapie der Wechsel auf eine andere Monotherapie oder die zusätzliche Gabe eines Wirkstoffes sinnvoller ist (DGBS 2014 [Statement]). Bei vollkommener Wirkungslosigkeit der Phasenprophylaxe scheint sich jedoch eher ein Wechsel der Therapie und bei Teilerfolgen eher eine Ergänzung der laufenden Therapie anzubieten (DGBS 2014 [Statement]).

Spricht ein Patient mit einer manischen oder gemischten Episode nicht auf eine Monotherapie an, ist laut einer Leitlinie eine Intensivierung der medikamentösen Behandlung oder eine stationäre Einweisung indiziert (VADoD 2010 [Statement]). Bei Vorliegen einer Manie und Nichtansprechen auf eine Monotherapie sollte zudem die Konsultierung eines Facharztes (specialty care) in Betracht kommen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Des Weiteren wird eine Überprüfung von Komorbiditäten empfohlen, die sich ungünstig auf den Therapieerfolg und den Schweregrad der Erkrankung auswirken können (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei Vorliegen einer (Hypo-)Manie oder einer gemischten Episode und Nichtansprechen auf eine Monotherapie sollte ein Wechsel auf eine andere Monotherapie in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei unzureichender Wirksamkeit der maximal verabreichten Dosierung oder Unverträglichkeit eines Antipsychotikums zur Behandlung einer akuten Manie oder Hypomanie soll laut einer Leitlinie unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Präferenz des Patienten, Komorbiditäten und Nebenwirkungen, ein alternatives Antipsychotikum verordnet werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei unzureichendem Ansprechen auf das alternative Antipsychotikum sollte die zusätzliche Gabe von Lithium in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Ist eine zusätzliche Gabe von Lithium nicht geeignet oder unwirksam, kann stattdessen Valproat als zusätzliche Medikation erwogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine weitere Leitlinie empfiehlt bei Vorliegen einer (Hypo-)Manie und Nichtansprechen auf eine Monotherapie eine Kombinationsbehandlung mit Lithium oder Valproat und einem atypischen Neuroleptikum wie Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon (VADoD

2010 [GoR ↑, LoE fehlt]) oder alternativ Ziprasidon (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Vorliegen einer gemischten Episode und Nichtansprechen auf eine Monotherapie kann eine Kombinationsbehandlung mit Lithium oder Valproat und einem atypischen Neuroleptikum wie Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon oder Ziprasidon empfohlen werden (VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Eine Kombinationsbehandlung mit Lithium oder Valproat mit Clozapin kann im Rahmen der Behandlung einer schweren manischen oder gemischten Episode bei Nichtansprechen auf andere Antipsychotika oder gutem Ansprechen auf diesen Wirkstoff in der Vergangenheit erwogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE ↓]). Wenn die maximal verträgliche Dosis oder der therapeutische Wirkspiegel erreicht ist und kein ausreichendes Ansprechen auf die Therapie mit Valproat erzielt wird, sollte Fluoxetin kombiniert mit Olanzapin gegeben werden oder eine Kombination mit Quetiapin in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und einem Ansprechen in der Vergangenheit erfolgen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Valproat oder einem anderen Stimmungsstabilisierer wird eine Optimierung der Dosierung bis zu einer in den pharmakologischen Verzeichnissen angegebenen Maximaldosis falls erforderlich empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Führt dies zu keiner Verbesserung einer akuten Manie, kann in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten und Ansprechen auf eine Therapie in der Vergangenheit eine Ergänzung mit Haloperidol, Olanzepin, Quetiapin oder Risperidon in Betracht kommen (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Spricht ein Patient nicht auf eine Therapie mit Quetiapin oder eine kombinierte Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin zur Behandlung einer bipolaren Depression an, kann die Gabe von Lamotrigin als Monotherapie in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Des Weiteren kann laut einer Leitlinie eine Kombination mit Lithium und Lamotrigin bei fehlendem Ansprechen auf eine Monotherapie in Betracht kommen (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Führt bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Lithium oder Valproat eine zusätzliche Therapie mit Quetiapin oder eine kombinierte Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin zu keinem Therapieerfolg bei der Behandlung einer bipolaren Depression, sollte die ergänzende Medikation abgesetzt (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]) und eine zusätzliche Gabe von Lamotrigin erwogen (NCCMH 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]) werden.

Bei Nichtansprechen auf eine adäquate Medikation zur Behandlung einer akuten depressiven Episode kann kurzzeitig eine Augmentation mit Antidepressiva (SSRI, SNRI, Bupropion und MAOI) in Erwägung gezogen werden, wobei eine engmaschige Kontrolle hinsichtlich der Entwicklung manischer Symptome empfohlen wird (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Spricht ein Patient nicht auf eine Langzeittherapie mit Lithium an, sollte die Verordnung von Valproat in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine elektrokonvulsive Therapie sollte zur Behandlung schwerer oder therapieresistenter manischer und depressiver Episoden in Betracht gezogen werden oder wenn der Patient diese Therapie präferiert und keine Kontraindikationen vorliegen (DGBS 2014 [2 x [GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt] [Statement]). Weiterhin sollte die elektrokonvulsive Therapie nur angewendet werden, um eine schnelle und kurzfristige Symptomverbesserung nach angemessenem Versuch anderer Therapieoptionen, die sich als unwirksam erwiesen, zu erreichen und / oder wenn der Zustand des Patienten lebensbedrohlich wird (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Laut einer Leitlinie kann eine elektrokonvulsive Therapie zur Augmentation erwogen werden bei erfolgloser Behandlung, unvermeidbaren Nebenwirkungen alternativer Therapien oder einer Verschlechterung des Zustandes des Patienten (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 59 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung, bei Nichtansprechen auf die Therapie den Serumspiegel bei Substanzen, für die ein Serumspiegelbereich etabliert ist, zu kontrollieren. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt zum Teil mit niedrigen GoR und zum Teil mit fehlenden GoR Empfehlungen, die Medikation im Rahmen der Behandlung einer akuten manischen oder depressiven Episode bei adäquater Dosierung nach 2 bis 4 Wochen bei Nichtansprechen auf eine medikamentöse Behandlung anzupassen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Anpassung der Medikation bei Nichtansprechen auf eine Therapie in Form einer Augmentation mit einem zusätzlichen Wirkstoff, eines Therapieabbruchs und eines Wechsels zu einem anderen Wirkstoff oder bei vielen Therapieversuchen mit Wechsel und Augmentation des Wirkstoffs für eine elektrokonvulsive Therapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zur Konsultierung eines Facharztes bei Vorliegen einer Manie und Nichtansprechen auf eine Monotherapie. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, bei Nichtansprechen auf eine Monotherapie zur Behandlung einer (Hypo-)Manie oder einer gemischten Episode auf eine andere Monotherapie zu wechseln. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Verordnung eines alternativen Antipsychotikums bei unzureichender Wirksamkeit oder Unverträglichkeit eines Antipsycho-

tikums zur Behandlung einer akuten Manie oder Hypomanie unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Präferenz des Patienten, Komorbiditäten und Nebenwirkungen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für die zusätzliche Gabe von Lithium bei unzureichendem Ansprechen auf das alternative Antipsychotikum nach Nichtansprechen auf das erste Antipsychotikum. Bei Nichteignung oder fehlender Wirksamkeit der zusätzlichen Lithiumgabe kann der Einsatz von Valproat in Erwägung gezogen werden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung mit Lithium oder Valproat und einem atypischen Neuroleptikum wie Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon bei Vorliegen einer (Hypo-)Manie und Nichtansprechen auf eine Monotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung mit Lithium oder Valproat und Ziprasidon bei Vorliegen einer Manie und Nichtansprechen auf eine Monotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Kombinationsbehandlung mit Lithium oder Valproat und einem atypischen Neuroleptikum, wie Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon oder Ziprasidon bei Vorliegen einer gemischten Episode und Nichtansprechen auf eine Monotherapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung mit Lithium oder Valproat mit Clozapin bei Nichtansprechen auf andere Antipsychotika oder gutem Ansprechen auf Clozapin in der Vergangenheit. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Ergänzung mit Fluoxetin kombiniert mit Olanzapin oder alternativ eine Ergänzung mit Quetiapin bei einer bereits bestehenden Therapie mit Valproat und fehlendem Ansprechen auf eine Optimierung der Dosierung zur Behandlung einer bipolaren Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Ergänzung mit Haloperidol, Olanzepin, Quetiapin oder Risperidon, wenn bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Valproat oder einem anderen Stimmungsstabilisierer eine Optimierung der Dosierung zu keiner Verbesserung einer akuten Manie führt. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für Lamotrigin als Monotherapie bei Nichtansprechen auf eine Therapie mit Quetiapin oder auf eine kombinierte Therapie mit

Fluoxetin und Olanzapin zur Behandlung einer bipolaren Depression. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung mit Lithium und Lamotrigin bei fehlendem Ansprechen auf eine Monotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Lithium oder Valproat, die ergänzende Medikation zur Behandlung einer bipolaren Depression bei Nichtansprechen auf eine zusätzliche Therapie mit Quetiapin oder eine kombinierte Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin abzusetzen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine zusätzliche Gabe von Lamotrigin bei Nichtansprechen auf eine zusätzliche Therapie mit Quetiapin oder eine kombinierte Therapie mit Fluoxetin und Olanzapin zur Behandlung einer bipolaren Depression bei einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Lithium oder Valproat. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur kurzzeitigen Augmentation mit Antidepressiva bei Nichtansprechen auf eine adäquate Medikation zur Behandlung einer akuten depressiven Episode unter engmaschiger Kontrolle hinsichtlich der Entwicklung manischer Symptome. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Verordnung von Valproat bei Nichtansprechen auf eine Langzeittherapie mit Lithium. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine elektrokonvulsive Therapie zur Behandlung schwerer oder therapieresistenter manischer und depressiver Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Indikation einer elektrokonvulsiven Therapie. Diese sollte nur nach angemessenen Versuchen anderer Therapieoptionen zur schnellen und kurzfristigen Symptomverbesserung und / oder wenn der Zustand des Patienten lebensbedrohlich wird, angewendet werden. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Anwendung einer elektrokonvulsiven Therapie zur Augmentation. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten:

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Überprüfung von Komorbiditäten, die sich ungünstig auf den Therapieerfolg und den Schweregrad der Erkrankung auswirken können, bei Nichtansprechen auf eine Monotherapie zur Behandlung einer akuten oder gemischten Episode.

Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Eine Leitlinie empfiehlt grundsätzlich für Patienten mit einer bipolaren Störung, die kürzlich eine akute Episode durchlebt haben und sich in der Erhaltungsphase befinden, ein strukturiertes Vorgehen für die weiterführende Behandlung (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Der Patient soll über mögliche Risiken und Nutzen der Wirkstoffe zu Beginn einer Langzeittherapie sowie fortlaufend während der Behandlung informiert werden (NCCMH 2014 [3 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Zu Beginn einer Erhaltungstherapie nach einer akuten Episode wird eine umfassende psychiatrische Untersuchung empfohlen. Dabei sollten folgende Aspekte erfasst werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]):

- Allgemeinbefund,
- psychosoziale Anamnese,
- psychische und physische Komorbiditäten,
- Medikamentenanamnese,
- Adhärenz gegenüber der medikamentösen Behandlung,
- Suizidrisiko,
- Suchtanamnese.

Nach einer manischen Episode wird empfohlen, die Therapie wenigstens 6 Monate weiterzuführen (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem sollten diese Patienten, insbesondere bei Vorliegen mehrerer manischer oder depressiver Episoden oder einer manischen und einer depressiven Episode in der Anamnese, zu einer lebenslangen phasenprophylaktischen Therapie ermutigt werden (VADoD 2010 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Als Wirkstoffe für die Erhaltungstherapie und zur Rezidiv-/Phasenprophylaxe sollen die Substanzen in Betracht gezogen werden, die in den vergangenen Akutphasen wirksam waren (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Zur Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe sollten Wirkstoffe mit prophylaktischer Wirkung gegen manische und depressive Episoden eingesetzt werden (VADoD 2010 [Statement]). In Evidenzaussagen gibt eine Leitlinie Nutzen-Risiko-Verhältnisse für verschiedene Wirkstoffe in der Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe an. Danach wird für folgende Wirkstoffe ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis angeführt: Lithium, Lamotrigin und Olanzapin jeweils als Monotherapie sowie Quetiapin oder Olanzapin in Kombination mit Lithium oder Valproat (VADoD 2010 [Statement]). Bei den Wirkstoffen Valproat, Carbamazepin und Aripiprazol scheint der Nutzen nicht höher als die Risiken zu sein; für folgende Wirkstoffe wird ein unklares Nutzen-Risiko-Verhältnis angegeben: Clozapin, Gabapentin, Haloperidol, Olanzapin/Fluoxetin, Oxcarbazepin, Risperidon, Topiramat und Ziprasidon (VADoD 2010 [Statement]). Für eine Monotherapie mit einem Antidepressivum wird das Nutzen-Risiko-Verhältnis als ungünstig eingeschätzt (VADoD 2010 [Statement]).

In der Erhaltungsphase und zur Phasenprophylaxe sollte eine pharmakologische Monotherapie in Betracht kommen (DGBS 2014 [Statement]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei der Wahl des geeigneten Wirkstoffs sollten Faktoren wie Pharmakokinetik, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Substanzen berücksichtigt werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Auftreten intolerabler Nebenwirkungen wird ein Wechsel zu einer anderen wirksamen Therapie empfohlen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). In der Erhaltungsphase beziehungsweise im Rahmen der Phasenprophylaxe wird ein vorsichtiges schrittweises Absetzen von Wirkstoffen, die eher keinen Einfluss auf die Stabilität des psychischen Befindens haben, unter engmaschiger Kontrolle des Patienten empfohlen (VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt]). Treten hierbei erneut Symptome auf, kann ein Wechsel auf einen nebenwirkungsärmeren Wirkstoff oder eine geringere Dosierung des gleichen Wirkstoffs erwogen werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Lithium wird zur Phasenprophylaxe und Langzeittherapie bei bipolaren Störungen, auch bei Vorliegen eines hohen Suizidrisikos, empfohlen (DGBS 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE fehlt]).

Der Einsatz von Valproat zur Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe kann in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere wenn eine Therapie mit Lithium nicht geeignet oder nicht verträglich ist (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Therapie mit Lithium oder Valproat sollte laut einer Leitlinie nicht im Rahmen der hausärztlichen Versorgung begonnen werden (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]). Insbesondere bei Patienten mit bipolaren Störungen, die vorher noch keine Therapie mit Lithium erhalten haben, sollte keine Therapie mit Lithium begonnen werden, mit Ausnahme

einer Therapie im Rahmen eines integrativen Versorgungsansatzes (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine First-Line-Erhaltungstherapie mit Olanzapin zur Rezidivprophylaxe einer Manie oder als Second-Line-Therapie zur Rezidivprophylaxe einer depressiven Episode kann erwogen werden (VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]). Insbesondere wenn eine Therapie mit Lithium nicht geeignet oder nicht verträglich ist (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]) und bei Patienten, bei denen die Substanzen in einer manischen Akutphase wirksam und verträglich waren (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Des Weiteren kann zur Phasenprophylaxe Carbamazepin gegeben werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Risperidon-Depot kann als Monotherapie zur Phasenprophylaxe bei Patienten, die in der Akutphase gut auf diesen Wirkstoff angesprochen haben, eingesetzt werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Bei Patienten mit häufigen Rückfällen empfiehlt eine Leitlinie lang wirksame i. m. Injektionen mit Risperidon (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie kann Quetiapin zur Langzeittherapie bei fehlender Anwendbarkeit einer Lithiumtherapie und bei Patienten, die in der Akutphase gut auf diesen Wirkstoff angesprochen haben, erwogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Der Einsatz von Quetiapin als Monotherapie in der Phasenprophylaxe wird von einer Leitlinie aufgrund unzureichender Studienlage hingegen nicht empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]).

Lamotrigin wird in der Langzeitbehandlung zur Prophylaxe depressiver Episoden empfohlen, insbesondere bei Patienten, die den Wirkstoff zur Akutbehandlung erhalten und gut vertragen haben (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Zur Prophylaxe manischer Episoden mit Lamotrigin liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor (DGBS 2014 [Statement]).

Aripiprazol kann in der Langzeitbehandlung zur Prophylaxe manischer Episoden erwogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Keine Empfehlungen können aufgrund einer unzureichenden Datenlage zu Asenapin (DGBS 2014 [Statement]) sowie zu weiteren hier nicht aufgeführten Antipsychotika und antiepileptischen Substanzen (VADoD 2010 [Statement]) in der Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe gegeben werden.

Bei erneutem Auftreten manischer, hypomanischer oder depressiver Symptome, die jedoch nicht die Kriterien für ein Rezidiv erfüllen, sollte eine Ergänzung der medikamentösen Behandlung mit einer weiteren Substanz in Betracht gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem stehen weitere Optionen zur Verfügung (VADoD 2010 [5 x GoR ↓, LoE fehlt]), wie

- Überprüfung der Adhärenz,
- Überprüfung von Faktoren, die Symptome begründen können,
- Optimierung der Dosierung des bestehenden Wirkstoffs,
- Ergänzung einer psychotherapeutischen Intervention,
- Wechsel zu einer anderen wirksamen Behandlung.

Quetiapin kann zusätzlich zu Lithium oder Valproat in der Phasenprophylaxe bei Patienten, die in der Akutbehandlung gut auf eine dieser Kombinationen angesprochen haben, eingesetzt werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Auch eine Kombinationsbehandlung mit Lithium und Valproat kann laut einer Leitlinie in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]). Des Weiteren kann die zusätzliche Gabe von Ziprasidon zu Lithium oder Valproat in der Phasenprophylaxe bei Patienten, die in einer manischen oder gemischten Episode gut auf diese Substanz angesprochen haben, erwogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]).

Eine Leitlinie gibt an, dass aufgrund einer bislang unzureichenden Studienlage derzeit keine Empfehlung für die Kombination von Olanzapin mit Lithium oder Valproat zur Phasenprophylaxe bei Patienten mit bipolaren Störungen formuliert werden kann (DGBS 2014 [Statement]). Laut einer anderen Leitlinie kann jedoch die zusätzliche Gabe von Olanzapin zu Lithium oder Valproat in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Darüber hinaus sollte bei Patienten mit einer kürzlich durchlebten manischen Episode oder bei Vorliegen schwerer manischer Episoden in der Vergangenheit eine Kombination von Lamotrigin mit Lithium, Olanzapin oder Aripiprazol in Betracht kommen (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Aufgrund einer unzureichenden Datenlage können keine Empfehlungen zur zusätzlichen Gabe von Gabapentin und N-Acetyl-Cystein in der Phasenprophylaxe gegeben werden (DGBS 2014 [Statement]).

Eine Leitlinie rät grundsätzlich von dem Einsatz von Gabapentin und Topiramat in der Langzeittherapie einer bipolaren Störung ab (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die gleichzeitige Gabe mehrerer Antipsychotika zur Langzeittherapie wird nicht empfohlen; lediglich für einen kurzen Zeitraum kann eine kombinierte Therapie in Betracht kommen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Patienten mit Rapid Cycling kann der Einsatz von Lamotrigin zur Phasenprophylaxe in Erwägung gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Darüber hinaus kann zusätzlich zu einem Stimmungsstabilisierer Risperidon verordnet werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]).

Laut einer Leitlinie sollte mit dem Patienten erörtert werden, ob die bestehende Therapie fortgeführt werden oder gegebenenfalls ein Wechsel zu einer Therapie mit Lithium erfolgen soll (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Patient sollte darüber informiert werden, dass Lithium der effektivste Wirkstoff für eine Langzeittherapie ist (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei der Überlegung, eine Lithiumtherapie fortzuführen, sollten Risikofaktoren wie eine eingeschränkte Nierenfunktion und kardiovaskuläre Erkrankung berücksichtigt und gegebenenfalls ein Facharzt konsultiert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Wird eine Behandlung mit Lithium begonnen, sollte die Serumkonzentration eine Woche nach Beginn der Therapie und jeweils eine Woche nach Dosisanpassungen bis Erreichen eines stabilen Wirkspiegels gemessen werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium sollte dem Patienten geraten werden, bei Auftreten von Durchfall oder Erbrechen oder einer anderen akuten Erkrankung umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem sollte dem Patienten nahegelegt werden, auf einen ausgeglichenen Flüssigkeitshaushalt achten (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) sowie bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufzunehmen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus sollte bei einer Therapie mit Lithium möglichst eine Verordnung von nichtsteroidalen Antirheumatika vermieden und dem Patienten von der Einnahme dieser Wirkstoffe abgeraten werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei der Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika sollte der Lithiumspiegel regelmäßig, bis ein stabiler Wirkspiegel erreicht ist, und im Folgenden alle 3 Monate kontrolliert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Langzeittherapie mit einem Antipsychotikum sollte laut einer Leitlinie als individueller Heilversuch angeboten werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Vor Beginn einer Therapie mit einem Antipsychotikum sollten folgende Aspekte mit dem Patienten besprochen und dokumentiert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]):

- für den Patienten tolerierbare Nebenwirkungen,
- Indikation, voraussichtlicher Nutzen und die Risiken sowie Wirklatenz und voraussichtliche Dauer bis zum Auftreten von Nebenwirkungen,
- Gründe für Dosierungen abweichend von den empfohlenen Dosismengen und gegebenenfalls Information des Patienten über eine Medikation außerhalb des Zulassungsbereichs (off-label use),
- Gründe für eine Fortführung, einen Wechsel oder ein Absetzen der Medikation.

Es wird empfohlen, die Dosierung eines Antipsychotikums zu Beginn einer Therapie entsprechend der Phase und Schwere der Erkrankung zu wählen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Die in etablierten pharmakologischen Verzeichnissen angegebene Maximaldosis von

Antipsychotika sollte nicht regelhaft überschritten werden (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei Beginn einer Langzeittherapie mit Valproat sollten die Patienten über das Erkennen von Anzeichen einer Blut- oder Lebererkrankung informiert und angehalten werden, gegebenenfalls umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei einer Verordnung von Valproat sollte auf Interaktionen mit anderen Antikonvulsiva (insbesondere Carbamazepin und Lamotrigin) und Olanzapin sowie mit Nikotin geachtet werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Den Patienten sollte bei einer Therapie mit Lamotrigin geraten werden, bei Auftreten von Hautausschlag umgehend einen Arzt aufzusuchen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Zudem sollte der behandelnde Arzt über eine Schwangerschaft oder Planung einer Schwangerschaft informiert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Das Absetzen einer Langzeittherapie, wie z. B. einer Therapie mit Antipsychotika, Lithium, Valproat oder Lamotrigin, sollte schrittweise über einen Zeitraum von mindestens 2 bis 4 Wochen erfolgen (NCCMH 2014 [4 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE ↓]).

Insbesondere bei Einnahme von Antipsychotika und einer Langzeitmedikation wird ein kombiniertes Ernährungs- und Bewegungsprogramm empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, grundsätzlich zur Rezidivprophylaxe oder bei Vorliegen einer Restsymptomatik eine speziell auf bipolare Störungen abgestimmte psychotherapeutische / psychoedukative Intervention anzubieten (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Zur rezidivprophylaktischen Behandlung einer bipolaren Störung wird von weiteren Leitlinien eine ausführliche Gruppenpsychoedukation empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓] [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine einfache Psychoedukation kann, insbesondere zur Rezidivprophylaxe manischer Episoden, in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE ↓]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Für eine einfache Psychoedukation zur rezidivprophylaktischen Behandlung depressiver Störungen kann laut einer Leitlinie keine Empfehlung formuliert werden (DGBS 2014 [Statement]).

Zur rezidivprophylaktischen Behandlung von stabilen und weitgehend euthymen Patienten mit einer bipolaren Störung, zur Rezidivprophylaxe depressiver Episoden oder nach der Erholung von einer akuten manischen oder hypomanischen Episode sollte eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE ↓]; VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung kann bei Patienten erwogen werden, die eine Remission einer akuten manischen Episode erreicht und weniger als 12 akute depressive Episoden haben

(VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren kann, insbesondere zur Rezidivprophylaxe depressiver Episoden oder bei Erreichen einer Remission nach einer akuten manischen Episode und einer medikamentösen Erhaltungstherapie, eine familienfokussierte Therapie oder eine interpersonelle und soziale Rhythmustherapie in Betracht gezogen werden (DGBS 2014 [3 x GoR ↓, LoE ↓]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE ↑] [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Steht eine rezidivprophylaktische Behandlung manischer Episoden im Vordergrund, kann laut einer Leitlinie keine Empfehlung für eine kognitive Verhaltenstherapie oder familienfokussierte Therapie gegeben werden (DGBS 2014 [Statement]).

Eine Leitlinie weist darauf hin, dass die familienfokussierte Therapie zum Teil deutliche rezidivprophylaktische Effekte zeigt, die Umsetzung aber aufgrund der Therapiemodalitäten (2 Therapeuten, zu Hause bei der Familie) schwierig ist (DGBS 2014 [Statement]).

Darüber hinaus werden spezifische Empfehlungen zu den Inhalten psychotherapeutischer / psychoedukativer Interventionen zur rezidivprophylaktischen Behandlung bipolarer Störungen gegeben (NCCMH 2014).

Nach einer erfolgreichen Durchführung einer elektrokonvulsiven Therapie zur Akutbehandlung kann eine Fortführung dieser Behandlung zur Phasenprophylaxe angeboten werden, insbesondere bei Nichtansprechen auf eine andere phasenprophylaktische Therapie und bei Wunsch des Patienten (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Laut einer Leitlinie können kreative und handlungsorientierte Therapieverfahren, wie z. B. Ergo-, Kunst- und Musik-/Tanz-Therapie, sowie Entspannungsverfahren im Rahmen eines ambulanten oder (teil-)stationären Behandlungskonzepts zur Stabilisierung beitragen (DGBS 2014 [Statement]).

Darüber hinaus weist eine Leitlinie darauf hin, dass zur Durchführung folgender somatischer Therapieverfahren in der Phasenprophylaxe keine ausreichenden Studienergebnisse und keine hinreichende klinische Erfahrung vorliegen: repetitive transkranielle Magnetstimulation, Lichttherapie und Wachtherapie (DGBS 2014 [Statement]). Für die Vagusnervstimulation kann trotz vorliegender Langzeitstudien noch keine Empfehlung zur phasenprophylaktischen Behandlung der bipolaren Störung formuliert werden (DGBS 2014 [Statement]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 59 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zu einem strukturierten Ansatz für die weiterführende Therapie in der Erhaltungsphase. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit hohen GoR Empfehlungen, den Patienten zu Beginn einer Langzeittherapie sowie fortlaufend während der Behandlung über mögliche Risiken und Nutzen der Wirkstoffe zu informieren. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für eine umfassende psychiatrische Untersuchung zu Beginn einer Erhaltungstherapie nach einer akuten Episode. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Weiterführung einer Therapie nach einer manischen Episode für wenigstens 6 Monate. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Ermutigung des Patienten zu einer lebenslangen phasenprophylaktischen Therapie, insbesondere bei Vorliegen mehrerer manischer oder depressiver Episoden oder einer manischen und einer depressiven Episode in der Anamnese. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zum Einsatz von Wirkstoffen für die Erhaltungstherapie und zur Rezidiv-/Phasenprophylaxe, die in den vergangenen Akutphasen wirksam waren. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Durchführung einer pharmakologischen Monotherapie in der Erhaltungsphase und zur Phasenprophylaxe. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen, Medikamente in der Erhaltungsphase beziehungsweise im Rahmen der Phasenprophylaxe, die eher keinen Einfluss auf die Stabilität des psychischen Befindens haben, unter engmaschiger Kontrolle des Patienten abzusetzen. Treten hierbei erneut Symptome auf, kann ein Wechsel auf einen nebenwirkungsärmeren Wirkstoff oder den gleichen Wirkstoff mit einer geringeren Dosierung erwogen werden. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für Lithium zur Phasenprophylaxe und Langzeittherapie bipolarer Störungen, auch bei Vorliegen eines hohen Suizidrisikos. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

3 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Valproat zur Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe bipolarer Störungen, insbesondere wenn eine Therapie mit Lithium nicht geeignet oder nicht verträglich ist Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen, eine Therapie mit Lithium oder Valproat nicht im hausärztlichen Setting zu beginnen, außer im Rahmen eines integrativen Versorgungsansatzes, insbesondere bei Patienten, die vorher noch keine Therapie mit Lithium erhalten haben. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Olanzapin als First-Line-Erhaltungstherapie zur Rezidivprophylaxe einer Manie oder als Second-Line-Therapie zur Rezidivprophylaxe einer depressiven Episode. Olanzapin kann insbesondere dann erwogen werden, wenn eine Therapie mit Lithium nicht geeignet oder nicht verträglich ist, und bei Patienten, bei denen die Substanzen in einer manischen Akutphase wirksam und verträglich waren. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Carbamazepin zur Phasenprophylaxe bipolarer Störungen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Risperidon-Depot als Monotherapie zur Phasenprophylaxe bei Patienten, die in der Akutphase gut auf diesen Wirkstoff angesprochen haben, sowie bei Patienten mit häufigen Rückfällen. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen zu einer Langzeittherapie mit Quetiapin. Dabei rät eine Leitlinie von Quetiapin als Monotherapie in der Phasenprophylaxe ab. Es handelt sich um inhaltlich inkonsistente Aussagen. Aufgrund der niedrigen GoR sind die Empfehlungen für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Langzeittherapie mit Lamotrigin zur Prophylaxe depressiver Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Langzeittherapie mit Aripiprazol zur Prophylaxe manischer Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Ergänzung der medikamentösen Behandlung mit einer weiteren Substanz bei erneutem Auftreten manischer, hypomanischer oder depressiver Symptome, die jedoch nicht die Kriterien für ein Rezidiv erfüllen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Kombination aus Quetiapin und Lithium oder Valproat in der Phasenprophylaxe bei Patienten, die in der Akutbehandlung gut auf eine dieser Kombinationen angesprochen haben. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für eine Kombinationsbehandlung mit Lithium und Valproat sowie für eine zusätzliche Gabe von Ziprasidon zu Lithium oder Valproat. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen für die zusätzliche Gabe von Olanzapin zu Lithium oder Valproat. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR Empfehlungen für eine Kombination von Lamotrigin mit Lithium, Olanzapin oder Aripiprazol bei Patienten mit einer kürzlich durchlebten manischen Episode oder bei Vorliegen schwerer manischer Episoden in der Vergangenheit. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zum Einsatz von Gabapentin und Topiramat in der Langzeittherapie einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zur gleichzeitigen Gabe mehrerer Antipsychotika zur Langzeittherapie. Lediglich für einen kurzen Zeitraum kann eine kombinierte Therapie in Betracht kommen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zum Einsatz von Lamotrigin sowie zu einer zusätzlichen Gabe von Risperidon in der Phasenprophylaxe bei Patienten mit Rapid Cycling. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlungen, mit dem Patienten zu erörtern, ob eine bestehende Therapie fortgeführt werden oder gegebenenfalls ein Wechsel zu einer Therapie mit Lithium erfolgen soll, sowie den Patienten darüber zu informieren, dass Lithium der effektivste Wirkstoff für eine Langzeittherapie ist. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung von Risikofaktoren wie eine eingeschränkte Nierenfunktion und kardiovaskuläre Erkrankung und gegebenenfalls Konsultierung eines Facharztes bei der Überlegung, eine Lithiumtherapie fortzuführen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Messung von Serumkonzentrationen eine Woche nach Beginn der Therapie und jeweils eine Woche nach Dosisanpassungen bis Erreichen eines stabilen Wirkspiegels bei einem Beginn einer Therapie mit Lithium. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Beratung und Information des Patienten, bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium bei Auftreten von Durchfall oder Erbrechen oder einer anderen akuten Erkrankung ärztliche Hilfe aufzusuchen, für einen

ausgeglichenen Flüssigkeitshaushalt zu sorgen sowie bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft den behandelnden Arzt zu kontaktieren. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung zur Verordnung und Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika bei einer Therapie mit Lithium. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur regelmäßigen Kontrolle des Lithiumspiegels, bis ein stabiler Wirkspiegel erreicht ist, und im Folgenden alle 3 Monate bei der Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Durchführung einer Langzeittherapie mit einem Antipsychotikum als individuellem Heilversuch, falls keine Zulassung besteht, sowie zur Besprechung und Dokumentation verschiedener Aspekte vor Beginn einer Therapie, wie z. B. für den Patienten tolerierbare Nebenwirkungen und Gründe für Dosierungen abweichend von den empfohlenen Dosismengen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, die Dosierung eines Antipsychotikums zu Beginn einer Therapie entsprechend der Phase und Schwere der Erkrankung anzupassen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Negativempfehlungen zur regelhaften Überschreitung der in etablierten pharmakologischen Verzeichnissen angegebenen Maximaldosis von Antipsychotika. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, bei Beginn einer Langzeittherapie mit Valproat den Patienten über das Erkennen von Anzeichen einer Blut- oder Lebererkrankung zu informieren und anzuhalten, gegebenenfalls umgehend ärztliche Hilfe aufzusuchen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Berücksichtigung von Interaktionen von Valproat mit anderen Antikonvulsiva (insbesondere Carbamazepin und Lamotrigin), Olanzapin sowie mit Nikotin. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Beratung des Patienten bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lamotrigin, bei Auftreten von Hautausschlag ärztliche Hilfe aufzusuchen sowie bei Eintreten oder Planung einer Schwangerschaft den behandelnden Arzt zu kontaktieren. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für ein schrittweises Absetzen einer Langzeittherapie, wie z. B. einer Therapie mit Antipsychotika, Lithium, Valproat oder Lamotrigin, über einen Zeitraum von mindestens 2 bis 4 Wochen. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für ein kombiniertes Ernährungs- und Bewegungsprogramm, insbesondere bei Einnahme von Antipsychotika und einer Langzeitmedikation. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine speziell auf bipolare Störungen abgestimmte psychotherapeutische / psychoedukative Intervention zur Rezidivprophylaxe oder bei Vorliegen einer Restsymptomatik. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

3 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine ausführliche Gruppenpsychoedukation zur rezidivprophylaktischen Behandlung einer bipolaren Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigem GoR Empfehlungen für eine einfache Psychoedukation, insbesondere zur Rezidivprophylaxe manischer Episoden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine kognitive Verhaltenstherapie zur rezidivprophylaktischen Behandlung von stabilen und weitgehend euthymen Patienten mit einer bipolaren Störung, zur Rezidivprophylaxe depressiver Episoden oder nach der Erholung von einer akuten manischen oder hypomanischen Episode. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung bei Patienten mit einer bipolaren Depression, die eine Remission einer akuten manischen Episode erreicht und weniger als 12 akute depressive Episoden haben. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigem GoR Empfehlungen für eine familienfokussierte Therapie oder eine interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, insbesondere zur Rezidivprophylaxe depressiver Episoden oder bei Erreichen einer Remission nach einer akuten manischen Episode und einer medikamentösen Erhaltungstherapie. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Fortführung einer elektrokonvulsiven Therapie zur Phasenprophylaxe nach erfolgreicher Durchführung dieser Therapie zur Akutbehandlung, insbesondere bei Nichtansprechen auf eine andere phasenprophylaktische Therapie und bei Wunsch des Patienten. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten:

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen zur Wahl des geeigneten Wirkstoffs unter Berücksichtigung von Faktoren, wie Pharmakokinetik, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Substanzen, sowie zum Wechsel zu einer anderen wirksamen Therapie bei Auftreten intolerabler Nebenwirkungen.
- Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für weitere Maßnahmen bei erneutem Auftreten manischer, hypomanischer oder depressiver Symptome, die jedoch nicht die Kriterien für ein Rezidiv erfüllen, wie z. B. Überprüfung der Adhärenz oder Optimierung der Dosierung des bestehenden Wirkstoffs.

A3.4.3.9 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Erwachsenen mit Komorbiditäten bei bipolaren Störungen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Verlaufskontrolle, Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe.

Komorbide psychische und somatische Erkrankungen (wie z. B. Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes) sollten zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung diagnostiziert und in der Verlaufskontrolle berücksichtigt werden (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; (VADoD 2010 [Statement]).

Die Komorbiditäten sollten bei der Medikation zur Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe beachtet werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Bei Patienten mit Diabetes oder Adipositas sollte der Einsatz von Substanzen, die mit einer geringeren Gewichtszunahme verbunden sind, in Erwägung gezogen werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Bei der Verordnung neuer Wirkstoffe im Rahmen der Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe sollten aufgrund möglicher Wechselwirkungen die Einnahme weiterer Substanzen, einschließlich Over-the-Counter-Arzneimittel (OTC-Arzneimittel) und Nahrungsergänzungsmittel, berücksichtigt werden (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Patienten mit einer komorbiden schweren psychischen Erkrankung sollten an die fachpsychiatrische Versorgung (specialty care) überwiesen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 60 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Diagnostik und Berücksichtigung psychischer und somatischer Komorbiditäten (wie z. B. Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes) zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zum Einsatz von Substanzen, die mit einer geringeren Gewichtszunahme verbunden sind, bei Patienten mit Diabetes oder Adipositas. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für die Berücksichtigung der Einnahme weiterer Substanzen bei der Verordnung neuer Wirkstoffe im Rahmen der Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Überweisung von Patienten mit einer komorbiden schweren psychischen Erkrankung an die fachpsychiatrische Versorgung (specialty care). Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten:

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für die Berücksichtigung komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen bei der Auswahl der Medikation zur Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe.

A3.4.3.10 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei älteren Patienten mit bipolaren Störungen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Kontrolle unerwünschter Wirkungen im Rahmen einer medikamentösen Behandlung.

Eine Leitlinie führt an, dass bei einer Behandlung mit einem Antidepressivum bei älteren Patienten neueren Substanzen wie den SSRI aufgrund des häufig günstigeren Nebenwirkungs- und Interaktionsprofils der Vorzug zu geben und das Auftreten unerwünschter Wirkungen und Interaktionen im Rahmen der Verlaufskontrolle zu beobachten ist (DGBS 2014 [Statement]).

Bei einer Therapie mit Valproat sollen bei älteren Patienten sorgfältig Sedierung, Tremor und Gangunsicherheiten kontrolliert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren wird empfohlen, bei einer Langzeittherapie mit Lithium im ersten Jahr alle 3 Monate Plasmaspiegelkontrollen durchzuführen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Wird eine Therapie mit Antipsychotika der 2. Generation bei älteren Patienten angestrebt, dann sollten eine Baseline-Messung sowie ein regelmäßiges Monitoring von Gewicht, Taillenumfang, Blutzuckerspiegel sowie HbA1c-Wert erfolgen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]). Die Kontrolle des Gewichts und des Bauchumfangs kann alle 2 Monate und die Kontrolle des Nüchternglukosewertes alle 6 Monate oder früher, bei einer deutlichen Gewichtszunahme, erfolgen (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 61 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Kontrolle älterer Patienten hinsichtlich des Auftretens von Sedierung, Tremor und Gangunsicherheiten bei einer Therapie mit Valproat. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für Plasmaspiegelkontrollen alle 3 Monate bei einer Langzeittherapie mit Lithium im ersten Jahr. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung zur Messung von Gewicht und Bauchumfang alle 2 Monate sowie zur Erhebung des Nüchternglukosewertes alle 6 Monate oder früher bei einer deutlichen Gewichtszunahme bei einer Therapie mit einem atypischen Antipsychotikum. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

A3.4.3.11 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Frauen mit bipolaren Störungen in der Peripartalzeit

2 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014) geben Empfehlungen zur Phasenprophylaxe und Langzeittherapie.

Eine Leitlinie empfiehlt, Quetiapin zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden in Betracht zu ziehen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren sollten folgende Wirkstoffe erwogen werden: Olanzapin, Lamotrigin und Lithium (DGBS 2014 [3 x GoR ↓, LoE fehlt]). Carbamazepin kann nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung im Einzelfall bei Fehlen von Alternativen als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden; für diese Substanz besteht eine spezifische Teratogenität in Form von z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Der Einsatz von Valproat zur Phasenprophylaxe wird bei Schwangeren aufgrund spezifischer Teratogenität in Form komplexer Fehlbildungen und bei Stillenden nicht empfohlen (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus rät eine weitere Leitlinie generell bei Frauen im

gebärfähigen Alter von einer Verordnung dieses Wirkstoffs im Rahmen einer Langzeittherapie oder Akutbehandlung ab (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 62 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Quetiapin zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigen GoR Empfehlungen für den Einsatz von Olanzapin, Lamotrigin und Lithium zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für den Einsatz von Carbamazepin nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung bei Fehlen von Alternativen als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für den Einsatz von Valproat zur Phasenprophylaxe bei Schwangeren aufgrund spezifischer Teratogenität und bei Stillenden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Negativempfehlung für den Einsatz von Valproat bei Frauen im gebärfähigen Alter. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

A3.4.3.12 Therapiedauer und Verlaufskontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Nur eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt Empfehlungen zur Therapiedauer und Maßnahmen bei Nichtansprechen auf eine Therapie.

Eine psychotherapeutische Intervention (individuelle kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) zur Behandlung einer depressiven Episode bei Jugendlichen soll über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten durchgeführt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei unzureichendem oder fehlendem Ansprechen auf eine kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonelle Psychotherapie nach 4 bis 6 Wochen wird empfohlen, eine multidisziplinäre Fallevaluation durchzuführen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Des Weiteren kann eine alternative individuelle psychotherapeutische Intervention oder eine familienbezogene Psychotherapie in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Werden nach einer multidisziplinären Fallevaluation Faktoren festgestellt, die ein Nichtansprechen auf die Therapie bei Jugendlichen begründen können, wie z. B. Vorliegen

von Komorbiditäten oder psychosoziale Risikofaktoren, wie familiäre Zerwürfnisse oder psychische Erkrankung der Eltern, sollten alternativ oder zusätzlich psychotherapeutische Interventionen für Familienangehörige oder eine andere psychotherapeutische Intervention sowohl für den Patienten als auch für Familienangehörige unter Berücksichtigung psychischer Komorbiditäten in Erwägung gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

In Abhängigkeit der Ergebnisse einer multidisziplinären Fallevaluation kann eine strukturierte individuelle psychotherapeutische Intervention oder eine familienbezogene psychotherapeutische Intervention als Langzeittherapie bei Jugendlichen mit einer bipolaren Störung in Betracht kommen (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 63 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Durchführung einer psychotherapeutischen Intervention zur Behandlung einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung bei Jugendlichen über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine multidisziplinäre Fallevaluation bei Nichtansprechen auf eine kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonelle Psychotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine alternative individuelle psychotherapeutische Intervention oder eine familienbezogene Psychotherapie bei Nichtansprechen auf eine kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonelle Psychotherapie. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für alternative oder zusätzliche psychotherapeutische Interventionen für den Patienten und Familienangehörige nach Feststellung von Faktoren, die ein Nichtansprechen auf die Therapie im Rahmen der Behandlung einer bipolaren Depression bei Jugendlichen begründen können, wie z. B. Vorliegen von Komorbiditäten oder psychosoziale Risikofaktoren, wie familiäre Zerwürfnisse oder psychische Erkrankung der Eltern. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für eine individuelle psychotherapeutische Intervention oder eine familienbezogene Psychotherapie als Langzeittherapie bei Jugendlichen mit einer bipolaren Störung in Abhängigkeit der Ergebnisse einer multidisziplinären Fallevaluation. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.3.13 Rehabilitation bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

2 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014) geben Empfehlungen zur Rehabilitation.

Eine Leitlinie nennt folgende notwendige Rahmenbedingung für eine qualitativ gute Versorgung von Menschen mit bipolaren Störungen (DGBS 2014 [Statement]):

- den zeitnahen Zugang zu entsprechender qualifizierter störungsspezifischer psychiatrischer Behandlung, Psychoedukation und psychotherapeutischer Behandlung,
- Verfügbarkeit verbindlicher und bei Bedarf nachgehender Hilfen,
- Verfügbarkeit von Kriseninterventionsbehandlungsplätzen (stationär, gegebenenfalls teilstationär),
- Zugang und Verfügbarkeit zu rehabilitativen Angeboten mit störungsspezifischen Schwerpunkten nach Bedarf,
- Verfügbarkeit und Zugang zu störungsspezifischen Selbsthilfegruppen.

Gemeindenahe und bedarfsorientierte ambulante Angebote sollten mit dem Ziel der Rehabilitation und Integration wie z. B. Informations- und Beratungsangebote, Ergotherapie, sozialpsychiatrische Dienste, Tages- und Begegnungsstätten, ambulant betreutes Wohnen oder auch Angebote der Selbsthilfe unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von Patienten mit bipolaren Störungen ausgebaut werden (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

2 Leitlinien empfehlen, Patienten mit einer bipolaren Störung Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Integration, wie z. B. unterstützte Beschäftigung (Supported Employment), auszubauen und anzubieten (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Dabei empfiehlt eine Leitlinie, diese Maßnahmen sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting anzubieten (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Darüber hinaus können für Patienten, die nicht in der Lage sind, einer geregelten Arbeit nachzugehen, oder keine Arbeitsstelle finden, andere berufsbezogene oder weiterbildende Maßnahmen in Betracht gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 64 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für den Ausbau gemeindenaher und bedarfsorientierter Angebote mit dem Ziel der Rehabilitation und Integration wie z. B. Informations- und Beratungsangebote, Ergotherapie, sozialpsychiatrische Dienste, Tages- und Begegnungsstätten, ambulant betreutes Wohnen oder auch Angebote der Selbsthilfe. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Integration, wie z. B. unterstützende Beschäftigung. Dabei empfiehlt eine Leitlinie, diese Maßnahmen sowohl im haus- als auch fachärztlichen Setting anzubieten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu berufsbezogenen oder weiterbildenden Maßnahmen für Patienten, die nicht in der Lage sind, einer geregelten Arbeit nachzugehen, oder keine Arbeitsstelle finden.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgende Empfehlung aufgrund unseres beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zu berufsbezogenen oder weiterbildenden Maßnahmen für Patienten, die nicht in der Lage sind, einer geregelten Arbeit nachzugehen, oder keine Arbeitsstelle finden.

A3.4.3.14 Kooperation der Versorgungssektoren bei Erwachsenen mit bipolaren Störungen

3 Leitlinien (DGBS 2014, NCCMH 2014, VADoD 2010) geben Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Bei positivem Screening auf eine bipolare Störung sollte eine Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen beziehungsweise der Hausarzt und andere Behandler sollten einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hinzuziehen (DGBS 2014 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere bei dringendem Verdacht auf eine Manie oder schwere bipolare Depression oder Gefahr für eine Fremd- oder Eigengefährdung (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Für die Versorgung wird empfohlen, einen Case-Management-Ansatz auszubauen und anzubieten (DBGS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere für Patienten, die dazu neigen, Therapie- und Betreuungsangebote nicht wahrzunehmen (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Dabei wird eine aufsuchende, teambasierte und gemeindenahe Versorgung (entsprechend der Vorgehensweise des Assertive Community Treatment[15]) empfohlen (DBGS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]). Eine Leitlinie rät dazu, Patienten ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease Management) anzubieten (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]), insbesondere Patienten mit einer schweren Symptomatik oder kürzlich stationären Aufenthalten (VADoD 2010 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren wird die Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, die die strikte Trennung in ambulant, teilstationär und stationär überwinden (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]), empfohlen. Weiterhin wird ein Care-Management (VADoD 2010 [2 x GoR ↓, LoE]) empfohlen.

[15] ACT: aufsuchende längerfristige Behandlung für Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen.

Laut einer Leitlinie sollte der Behandler beziehungsweise das Behandlungsteam eine koordinierende Rolle in der Versorgung bipolarer Patienten einnehmen und bei Bedarf Rückmeldung über den Verlauf einholen (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Ein gemeinsam mit dem Patienten entwickelter Krisenplan sollte u. a. Vereinbarungen zwischen behandelnden Ärzten und Therapeuten über das Vorgehen bei Erhöhung des Risikos für eine akute Krise sowie Informationen über die zu kontaktierenden Leistungserbringer in der Primär- und Sekundärversorgung bei Sorge über das Einsetzen einer Krise oder Vorliegen einer akuten Krisensituation beinhalten (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Krisenplan sollte dem Patienten und seinem Hausarzt zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt in der Versorgung von Patienten mit bipolaren Störungen in akuten Phasen den Einsatz von Kriseninterventions- und ambulanten Behandlungsteams (Home Treatment Teams) (DGBS 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei akuter Fremd- oder Eigengefährdung soll eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik erfolgen (DGBS 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Bei vorliegendem Risiko für eine Fremd- oder Eigengefährdung oder bei Vorliegen einer schweren Symptomatik sowie in Krisensituationen oder bei Anzeichen einer Psychose, wie z. B. bei Wahnvorstellungen und Halluzinationen oder Katatonie, sollte eine Überweisung an einen Facharzt oder eine fachpsychiatrische Einrichtung erfolgen (VADoD 2010 [5 x GoR fehlt, LoE fehlt]).

Darüber hinaus soll eine stationäre Betreuung suizidaler Patienten auch in Betracht gezogen werden bei (DGBS 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2010 [2 x GoR fehlt, LoE fehlt] [GoR ↓, LoE fehlt]):

- medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch,
- intensivem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf,
- Fortbestehen der akuten Suizidalität trotz initialer Behandlung, fehlender tragfähiger therapeutischer Beziehung,
- anderweitig nicht möglicher zuverlässiger Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität,
- Suizidversuch in der Vorgeschichte.

Unter Berücksichtigung der rechtlichen Bestimmungen sollte gegebenenfalls auch ohne Zustimmung des Patienten eine stationäre Einweisung erwogen werden (DGBS 2014 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Dabei sollte sichergestellt sein, dass regelmäßige Untersuchungen des körperlichen Gesundheitszustandes nach einer Rücküberweisung aus dem fachärztlichen Setting durchgeführt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Die Untersuchungsergebnisse sollten an den koordinierenden Behandler und den Psychiater weitergeleitet sowie behandelnden Therapeuten und Ärzten zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Werden stabile Patienten zur langfristigen Betreuung zurück an den Hausarzt überwiesen, sollte eine Übergabe der Verantwortlichkeiten koordiniert (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]) und mit den Patienten ein Behandlungsplan abgestimmt werden, in dem die Verantwortlichkeiten aller involvierten Professionen und die Strategien für ein Krisenmanagement festgehalten sind (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Der Therapieplan soll dem Patienten sowie dem Hausarzt und weiteren relevanten Personen, die in die Betreuung des Patienten eingebunden sind, zur Verfügung gestellt werden (NCCMH 2010 adults [GoR ↑, LoE fehlt]). Die Patienten sollten ermutigt und unterstützt werden, den Plan mit ihrem Hausarzt zu besprechen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Des Weiteren sollte der im fachärztlichen Setting entwickelte Krisenplan befolgt und wenn notwendig der Facharzt kontaktiert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Die Behandlung, einschließlich der Medikation, sollte in der hausärztlichen Versorgung mindestens einmal pro Jahr, gegebenenfalls häufiger, überprüft werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Werden Patienten ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Versorgung betreut, wird in folgenden Situationen eine Rücküberweisung an den Facharzt empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]:

- unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
- deutliche Abnahme der psychosozialen Funktionsfähigkeit,
- mangelnde Adhärenz,
- Entwickeln nicht tolerierbarer und klinisch relevanter Arzneimittelnebenwirkungen,
- Verdacht auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch,
- Patient beabsichtigt, alle Medikamente abzusetzen,
- Auftreten oder Planung einer Schwangerschaft.

Laut einer Leitlinie sollten bei einer Langzeittherapie mit Antipsychotika mindestens für die ersten 12 Monate, oder bis sich der Zustand der Patienten stabilisiert hat, regelmäßige Verlaufskontrollen durch den betreuenden Facharzt und das Behandlungsteam erfolgen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Anschließend kann die Verantwortlichkeit für weitere Kontrolluntersuchungen auf den Hausarzt unter Gewährleistung einer engen Zusammenarbeit

zwischen Facharzt, Behandlungsteam und Hausarzt übertragen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt, bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Verschreibung des Wirkstoffs und die Überwachung von Nebenwirkungen von Haus- und Facharzt festzulegen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Eine erstmalige Therapie mit Lithium im Rahmen der hausärztlichen Versorgung sollte entsprechend nur bei einer klaren Regelung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Haus- und Facharztes durchgeführt werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Bei der Überlegung, eine Lithiumtherapie fortzuführen, sollten Risikofaktoren wie eine eingeschränkte Nierenfunktion und kardiovaskuläre Erkrankung berücksichtigt und gegebenenfalls sollte ein Fachspezialist konsultiert werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Treten im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung einer bipolaren Depression im Rahmen der hausärztlichen Versorgung Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder Verschlechterung der depressiven Symptome auf, sollte ein Facharzt für Psychiatrie zurate gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Bei der Entwicklung einer manischen oder schweren depressiven Episode sollte eine umgehende Überweisung an einen Facharzt erfolgen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Patienten mit einer komorbiden psychischen Erkrankung sollten an die fachpsychiatrische Versorgung überwiesen werden (VADoD 2010 [GoR ↓, LoE fehlt]). Es wird empfohlen, dass der Hausarzt die Behandlung durch den Facharzt mit- und nachverfolgen kann und weiter das Management und die Koordination der gesamten Behandlung übernimmt (VADoD 2010 [GoR fehlt, LoE fehlt]).

Eine Leitlinie empfiehlt die Entwicklung und Nutzung von Fallregistern zur Dokumentation und Kontrolle des psychischen und physischen Gesundheitszustandes von Patienten mit einer bipolaren Störung, die im Rahmen der hausärztlichen Versorgung betreut werden (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 65 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen zur Überweisung an einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise zum Hinzuziehen eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie durch den Hausarzt und andere Behandler bei positivem Screening auf eine bipolare Störung im Rahmen einer hausärztlichen Untersuchung, insbesondere bei dringendem Verdacht auf eine Manie oder schwere bipolare Depression oder Gefahr für eine Fremd- oder Eigengefährdung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für einen Case-Management-Ansatz bei der Versorgung von Patienten mit einer bipolaren Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme, insbesondere bei Patienten mit einer bipolaren Störung und einer schweren Symptomatik oder kürzlich stationären Aufenthalten. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

2 Leitlinien geben mit niedrigen GoR Empfehlungen für sektorenübergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle sowie ein Care-Management bei der Versorgung von Patienten mit einer bipolaren Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung, dass ein gemeinsam mit dem Patienten entwickelter Krisenplan Vereinbarungen zwischen behandelnden Ärzten und Therapeuten über das Vorgehen bei Erhöhung des Risikos für eine akute Krise sowie Informationen über die zu kontaktierenden Ärzte und Therapeuten bei Sorge über das Einsetzen einer Krise oder Vorliegen einer akuten Krisensituation enthält. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Weitergabe des Krisenplans an den Patienten und seinen Hausarzt. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Versorgung von Patienten mit bipolaren Störungen durch Kriseninterventions- und ambulante Behandlungsteams (Home Treatment Teams) in akuten Phasen. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

2 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohen GoR Empfehlungen für eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik bei akuter Fremd- oder Eigengefährdung. Die Empfehlungen sind für ein DMP relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE Empfehlungen zur Überweisung an einen Facharzt oder eine fachpsychiatrische Einrichtung bei vorliegendem Risiko für eine Eigen- oder Fremdgefährdung oder bei Vorliegen einer schweren Symptomatik sowie in Krisensituationen oder bei Anzeichen einer Psychose. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichen GoR Empfehlungen für eine stationäre Einweisung bei medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch, intensivem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, Fortbestehen der akuten Suizidalität trotz initialer Behandlung und fehlender tragfähiger Beziehung sowie bei Suizidversuch in der Vorgeschichte. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Durchführung regelmäßiger Untersuchungen des körperlichen Gesundheitszustandes nach einer Rücküberweisung aus dem fachärztlichen Setting und dafür, die Untersuchungsergebnisse an den koordinierenden Behandler und den Psychiater weiterzuleiten sowie behandelnden Therapeuten und Ärzten zur Verfügung zu stellen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen, bei der Rücküberweisung eines stabilen Patienten mit einer bipolaren Störung an den Hausarzt eine Übergabe der Verantwortlichkeiten zu koordinieren und mit dem Patienten einen Behandlungsplan abzustimmen, der Aspekte, wie Verantwortlichkeiten aller involvierten Professionen und Strategien für ein Krisenmanagement, enthält. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen zur Weitergabe des Behandlungsplans an den Patienten und seinen Hausarzt sowie zur Ermutigung des Patienten, den Plan zuvor mit seinem Hausarzt zu besprechen. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR Empfehlung zur Befolgung des im fachärztlichen Settings entwickelten Krisenplans und zur Kontaktaufnahme mit dem Facharzt sowie zu einer mindestens einmal im Jahr durchzuführenden Überprüfung der Behandlung bei einer weiterführenden Betreuung stabiler Patienten in der hausärztlichen Versorgung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine Rücküberweisung von dem Hausarzt an den Facharzt in Situationen, wie unzureichendes Ansprechen auf die Therapie, Entwicklung nicht tolerierbarer und klinisch relevanter Arzneimittelnebenwirkungen oder Verdacht auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für regelmäßige Verlaufskontrollen durch den betreuenden Facharzt und das Behandlungsteam bei einer Langzeittherapie mit Antipsychotika mindestens für die ersten 12 Monate oder bis sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung zur Übertragung der Verantwortlichkeit für Kontrolluntersuchungen bei einem stabilen Patienten mit einer bipolaren Störung unter einer Langzeitmedikation mit Antipsychotika auf den Hausarzt unter Gewährleistung einer engen Zusammenarbeit zwischen Facharzt, Behandlungsteam und Hausarzt. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für eine klare Regelung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Haus- und Facharzt bei Beginn einer Langzeittherapie mit Lithium. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung zur Berücksichtigung von Risikofaktoren wie eine eingeschränkte Nierenfunktion und kardiovaskuläre Erkrankung und gegebenenfalls Konsultierung eines Facharztes bei der Überlegung, eine Lithiumtherapie fortzuführen. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Konsultation eines Facharztes bei Auftreten von Anzeichen einer (Hypo-)Manie oder Verschlechterung der depressiven Symptome sowie für eine dringende Überweisung an einen Facharzt bei der Entwicklung einer manischen oder schweren depressiven Episode im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung einer bipolaren Depression im Rahmen der hausärztlichen Versorgung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Überweisung von Patienten mit einer komorbiden psychischen Erkrankung an einen Facharzt. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung dafür, dass der Hausarzt die Behandlung von Patienten mit einer komorbiden psychischen Erkrankung durch den Facharzt mit- und nachverfolgen kann und weiter das Management und die Koordination der gesamten Behandlung übernimmt. Aufgrund der fehlenden GoR und LoE kann keine Aussage hinsichtlich der DMP-Relevanz gemacht werden.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für die Entwicklung und Nutzung von Fallregistern zur Dokumentation und Kontrolle des psychischen und physischen Gesundheitszustandes von Patienten mit einer bipolaren Störung, die im Rahmen der hausärztlichen Versorgung betreut werden. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

IQWiG-Kennzeichnung

Auch wenn für die folgenden Empfehlungen aufgrund des beschriebenen methodischen Vorgehens keine DMP-Relevanz festgestellt werden konnte, handelt es sich um Elemente „guter klinischer Praxis“, die bei der Erstellung eines DMP Depression in geeigneter Form berücksichtigt werden sollten.

- Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung, dass der Behandler beziehungsweise das Behandlungsteam eine koordinierende Rolle in der Versorgung bipolarer Patienten einnehmen und bei Bedarf Rückmeldung über den Verlauf einholen sollte.
- Eine Leitlinie gibt mit fehlenden GoR und LoE eine Empfehlung für eine stationäre Einweisung ohne Zustimmung des Patienten unter Berücksichtigung der rechtlichen Bestimmungen.

A3.4.3.15 Kooperation der Versorgungssektoren bei Kindern und Jugendlichen mit bipolaren Störungen

Nur eine Leitlinie (NCCMH 2014) gibt Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Bei Verdacht auf eine bipolare Störung sollte eine Überweisung an einen Facharzt oder eine fachpsychiatrische multidisziplinäre Einrichtung für Kinder und Jugendliche erfolgen (NCCMH 2014 [2 x GoR ↑, LoE fehlt]).

Sprechen Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Episode nach 4 bis 6 Wochen nur unzureichend auf eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine interpersonelle Therapie an, wird eine multidisziplinäre Fallevaluation empfohlen (NCCMH 2014 [GoR ↑, LoE fehlt]). Darüber hinaus kann die Einleitung einer alternativen psychotherapeutischen Intervention (individuelle oder familienbezogene Intervention) in Betracht gezogen werden (NCCMH 2014 [GoR ↓, LoE fehlt]).

Die extrahierten Empfehlungen sind Tabelle 66 zu entnehmen.

Beurteilung der Relevanz für ein DMP

Eine Leitlinie gibt mit hohen GoR Empfehlungen für die Überweisung an einen Facharzt bei Verdacht auf eine bipolare Störung. Die Empfehlungen sind für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit hohem GoR eine Empfehlung für eine multidisziplinäre Fallevaluation bei unzureichendem Ansprechen auf eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine interpersonelle Therapie nach 4 bis 6 Wochen bei Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP potenziell relevant.

Eine Leitlinie gibt mit niedrigem GoR eine Empfehlung für die Einleitung einer alternativen psychotherapeutischen Intervention bei unzureichendem Ansprechen auf eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine interpersonelle Therapie nach 4 bis 6 Wochen bei Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung. Die Empfehlung ist für ein DMP nicht relevant.

A3.4.4 Kommentar

Die Methodik dieser Untersuchung sowie die ausgewerteten Leitlinien haben einige potenzielle Limitierungen. Diese Einschränkungen könnten sich auf Inhalt und Validität der festgestellten Relevanz für ein DMP Depressionen auswirken. Eine klare Rangfolge ihrer Bedeutung kann nicht angegeben werden.

Einschlusskriterien – Übertragbarkeit

Über die systematische Recherche konnten nach Prüfung der gewählten Einschlusskriterien 3 Leitlinien aus Deutschland eingeschlossen werden. Im Pool der 14 berücksichtigten Leitlinien dominieren die aus Großbritannien (6 von 14 Leitlinien).

Die Anforderungen einer DMP-Richtlinie beschreiben Eckpunkte für die nationale Patientenversorgung. Deswegen birgt die Analyse ausschließlich internationaler Leitlinien – trotz Vorfilterung der Herkunft gemäß WHO-Länderstratum A – zur Feststellung der Relevanz für den deutschen Versorgungskontext das Risiko eingeschränkter Übertragbarkeit von Empfehlungen.

Zusammenhang von Stärke der Leitlinienempfehlungen (GoR) und Evidenzgrad (LoE)

Die Feststellung einer Relevanz für ein DMP hängt entsprechend der hier angewendeten Methodik erheblich davon ab, ob die Leitlinienautoren ihre Empfehlungen mit einem hohen GoR aussprechen, also die Befolgung ihrer Empfehlung nachdrücklich anraten. In diese Bewertung fließt nicht nur die Güte der zugrunde liegenden Evidenz ein. In unterschiedlicher Art und Weise werden neben der Qualität der Evidenzgrundlage auch Nutzen-Schaden-Abwägungen, versorgungssystemspezifische Überlegungen sowie Experten- und Betroffenenvoten zu zusätzlichen medizinischen, sozialen, patientenspezifischen und ökonomischen Gesichtspunkten zu einem GoR zusammengeführt [38,39]. Diese Konsensprozesse sind nicht immer nachvollziehbar beschrieben und formalisiert, sondern können auch informell gestaltet sein. Im Ergebnis der Bewertung können Konstellationen resultieren, wo hohe Empfehlungsstärken mit schwacher Evidenzgüte und umgekehrt einhergehen. Insoweit basiert die hier gewählte Methodik zur Ermittlung einer Relevanz für ein DMP in Teilen auf einer Kenngröße (GoR), deren Zustandekommen oft nicht ausreichend transparent wird. Weil aber die Empfehlungsstärke mehrere Bewertungsdimensionen und Perspektiven reflektiert, scheint sie vor allem gegenüber eindimensionalen Bewertungskriterien wie dem LoE insgesamt am besten als Maß geeignet, aus dem eine Bewertung der Relevanz für ein DMP abgeleitet werden kann.

In den vorliegenden Untersuchungen liegen vereinzelt Empfehlungen vor, die zwar mit einem niedrigen LoE versehen sind, bei denen aber von den Leitlinienautoren ein hoher GoR vergeben wurde oder umgekehrt.

Aktualität von Leitlinien

Leitlinien bilden den Versorgungsstandard ab, können aber aufgrund ihres Erstellungsprozesses nur verzögert aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Ergebnisse abbilden. In diesen Bericht werden nur Leitlinien eingeschlossen, die von den Autoren als gültig gekennzeichnet sind und deren Veröffentlichung nicht länger als 5 Jahre zurückliegt. Dennoch kann es bei der Formulierung von Anforderungen an ein DMP sinnvoll sein, zu bestimmten Fragestellungen ergänzende Recherchen nach aktueller Primärliteratur durchzuführen.

A4 Literatur

1. Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V): Gesetzliche Krankenversicherung; (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [online]. 11.08.2014 [Zugriff: 02.09.2014]. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf.

2. Bundesversicherungsamt. Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA) [online]. 01.2014 [Zugriff: 02.09.2014]. URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/druckversion/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html.

3. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Bundespsychotherapeutenkammer et al. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: unipolare Depression; Langfassung; Version 5 [online]. 06.2015 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-1aufl-vers5-lang.pdf.

4. Wittchen HU, Jacobi F, Klose M, Ryl L. Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert Koch-Institut; 2010. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 51). URL: https://www.gbe-bund.de/pdf/Depressive_Erkrankungen.pdf.

5. Bschor T, Bauer M, Adli M. Chronische und therapieresistente Depression: Diagnostik und Stufentherapie. Dtsch Arztebl Int 2014; 111(45): 766-775.

6. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: unipolare Depression; Langfassung; Version 1 [online]. 11.2015 [Zugriff: 17.11.2015]. URL: http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-2aufl-vers1-lang.pdf/@@download/file/depression-2aufl-vers1-lang.pdf

7. Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. Dtsch Arztebl 2012; 109(24): 419-424.

8. Voderholzer U. Einteilung der Depression [online]. [Zugriff: 23.07.2015]. URL: http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/depressionen/einteilung.

9. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. ICD-10-GM Version 2015; Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) [online]. 19.09.2014 [Zugriff: 12.11.2015]. URL: https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f00-f09.htm.

10. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Kapitel V: psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen [online]. In: ICD-10-GM Version 2016. 21.12.2015 [Zugriff: 24.08.2016]. URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f40-f48.htm#F43.

11. Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2013; 56(5-6): 733-739.

12. Bundespsychotherapeutenkammer. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: psychische Erkrankungen und Burnout [online]. 2012 [Zugriff: 27.07.2015]. URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf.

13. Field MJ, Lohr KN (Ed). Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: National Academy Press; 1990.

14. Graham RM, Mancher M, Miller-Wolman D, Greenfield S, Steinberg E (Ed). Clinical practice guidelines we can trust. Washington: National Academies Press; 2011.

15. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen: Langversion 1.4 [online]. 09.2012 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-bipolar.pdf.

16. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3); AWMF-Registernummer 028 - 043 [online]. 01.07.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-043l_S3_Depressive_Störungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf.

17. Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al. Health care guideline: adult depression in primary care [online]. 09.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: https://www.icsi.org/_asset/fnhdm3/Depr-Interactive0512b.pdf.

18. Kaiser Permanente Care Management Institute. Adult depression clinical practice guideline [online]. 02.2012 [Zugriff: 16.11.2015]. URL: http://www.providers.kaiserpermanente.org/info_assets/cpp_cod/cod_depression_guideline_0712.pdf.

19. National Collaborating Centre for Mental Health. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care; updated edition [online]. 09.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-193212829.

20. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults; updated edition. Leicester: British Psychological Society; 2010. (National Clinical Practice Guidelines; Band 90). URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293.

21. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem: the NICE guideline on treatment and management. Leicester: British Psychological Society; 2010. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-243876061.

22. National Institute for Health and Care Excellence. Addendum to clinical guideline 28: depression in children and young people [online]. 03.2015 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg28/evidence/depression-in-children-and-young-people-guideline-addendum2.

23. Registered Nurses Association of Ontario. Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. Toronto: RNAO; 2010. URL: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Caregiving_Strategies_for_Older_Adults_with_Delirium_Dementia_and_Depression.pdf.

24. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN Publications; Band 127). URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign127.pdf.

25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN Publications; Band 114). URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf.

26. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of bipolar disorder in adults [online]. 05.2010 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/bd/bd_305_full.pdf.

27. World Health Organization. The world health report 2003: shaping the future. Genf: WHO; 2003. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf.

28. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286(12): 1461-1467.

29. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Doucette S, Moher D. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. Ann Intern Med 2007; 147(4): 224-233.

30. AGREE Collaboration. The appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument. London: AGREE Research Trust; 2006.

31. Ketola E, Kaila M, Honkanen M. Guidelines in context of evidence. Qual Saf Health Care 2007; 16(4): 308-312.

32. Watine J, Friedberg B, Nagy E, Onody R, Oosterhuis W, Bunting PS et al. Conflict between guideline methodologic quality and recommendation validity: a potential problem for practitioners. Clin Chem 2006; 52(1): 65-72.

33. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of guidelines for research & evaluation II: AGREE II instrument [online]. 05.2009 [Zugriff: 05.12.2011]. URL: http://www.agreetrust.org/index.aspx?o=1397.

34. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Methoden-Report: Version 1.0 [online]. 30.07.2010 [Zugriff: 09.09.2014]. URL: http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nvl_methode_4.aufl.pdf.

35. Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesauschusses [online]. 16.04.2015 [Zugriff: 16.11.2015]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1002/VerfO_2014-12-18_iK-2015-04-16.pdf.

36. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) [online]. 06.01.2016 [Zugriff: 24.08.2016]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1099/PT-RL_2015-10-15_iK-2016-01-06.pdf.

37. AbZ Pharma. Fluoxetin AbZ 20 mg Hartkapseln: Fachinformation [online]. 01.2014 [Zugriff: 03.05.2016]. URL: http://www.fachinfo.de/.

38. Council of Europe. Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices: recommendation Rec(2001)13 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 10 October 2001 and explanatory memorandum. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2002. URL: http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/coe-rec-2001-13.pdf.

39. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development; 9: grading evidence and recommendations. Health Res Policy Syst 2006; 4: 21.

A5 Leitlinienlisten

A5.1 Liste der eingeschlossenen Leitlinien

DGBS 2014

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen: Langversion 1.4 [online]. 09.2012 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-bipolar.pdf.

DGKJP 2013

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3); AWMF-Registernummer 028 - 043 [online]. 01.07.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-043l_S3_Depressive_Störungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf.

Begleitdokumente

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Report zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“: Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3); AWMF-Registernummer 028 - 043 [online]. 01.07.2013 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-043m_S3_Depressive_Störungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf.

Dolle K, Schulte-Körne G. Evidenztabelle Interventionssetting zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen” [online]. 12.12.2012 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/028_D_G_f_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie_und_-psychotherapie/028-043e1_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf.

Dolle K, Schulte-Körne G. Evidenztabelle Pharmakotherapie zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen” [online]. 12.12.2012 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/028_D_G_f_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie_und_-psychotherapie/028-043e2_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf.

Dolle K, Schulte-Körne G. Evidenztabelle Psycho- und Pharmakotherapie im Vergleich und in Kombination zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen” [online]. 12.12.2012 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/028_D_G_f_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie_und_-psychotherapie/028-043e3_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf.

Dolle K, Schulte-Körne G. Evidenztabelle Psychotherapie zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen" [online]. 12.12.2012 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/028_D_G_f_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie_und_-psychotherapie/028-043e4_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf.

Dolle K, Schulte-Körne G. Evidenztabelle: weitere Behandlungsansätze zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen" [online]. 12.12.2012 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/028_D_G_f_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie_und_-psychotherapie/028-043e5_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf.

ICSI 2013

Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al. Health care guideline: adult depression in primary care [online]. 09.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: https://www.icsi.org/_asset/fnhdm3/Depr-Interactive0512b.pdf.

Begleitdokumente

Institute for Clinical Systems Improvement. Scientific document overview [online]. [Zugriff: 08.10.2015]. URL: https://www.icsi.org/_asset/h2jd5g/SciDocProcess.pdf.

KCE 2014

Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adults major depression [online]. 02.10.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. (KCE Reports; Band 230). URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_230_Depression_Report.pdf.

Begleitdokumente

Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression: abstract [online]. 02.10.2014 [Zugriff: 16.11.2015]. (KCE Reports; Band 230Cs). URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_230Cs_Depression_synthesis.pdf.

Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression: appendix [online]. 02.10.2014 [Zugriff: 08.10.2015]. (KCE Reports; Band 230S). URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_230S_Depression_Supplement.pdf.

KPCI 2012

Kaiser Permanente Care Management Institute. Adult depression clinical practice guideline [online]. 02.2012 [Zugriff: 16.11.2015]. URL: http://www.providers.kaiserpermanente.org/info_assets/cpp_cod/cod_depression_guideline_0712.pdf.

NCCMH 2014

National Collaborating Centre for Mental Health. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care; updated edition [online]. 09.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-193212829.

Begleitdokumente

National Institute for Health and Care Excellence. Search strategies for the identification of health economic evidence: scoping searches [online]. [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/CG185/documents/bipolar-disorder-update-health-economic-search-strategies2.

National Institute for Health and Care Excellence. The guidelines manual: process and methods guides [online]. 30.11.2012 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: http://www.nice.org.uk/article/pmg6/resources/non-guidance-the-guidelines-manual-pdf.

NCCMH 2010 adults

National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults; updated edition. Leicester: British Psychological Society; 2010. (National Clinical Practice Guidelines; Band 90). URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293.

Begleitdokumente

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 15: evidence tables for economic studies [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-15-243833294.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 16a: clinical evidence profiles for service delivery [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-16a-243833295.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 16b: clinical evidence profiles for psychological and psychological interventions [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-16b-243833296.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 16c: clinical evidence profiles for pharmacological and physical interventions [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-16c-243833297.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 16d: clinical evidence profiles for the management of subthreshold depressive symptoms [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-16d-243833298.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 17a: clinical studies characteristics tables; service delivery [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-17a-243833299.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 17b: clinical studies characteristics tables; psychological and psychosocial interventions [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-17b-243833300.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 17d: clinical studies characteristics tables; management of subthreshold depressive symptoms [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-17d-8777998548.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 18: references to studies from the previous guideline [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg16/evidence/appendix-18-189936544.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 19a: clinical evidence forest plots for service delivery [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-appendix-19-243876064.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 19b: psychological and psychosocial clinical evidence forest plots [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-19b-8777998551.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 19c: clinical evidence forest plots for pharmacology and other physical treatments [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-19c-8777998552.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 19d: clinical evidence forest plots for the management of subthreshold depressive symptoms [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-19d-8777998553.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 20: case identification included and excluded studies [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-20-8777998554.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression; the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition); appendix 21: methods used to develop this guideline [online]. 25.08.2010 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-appendix-21-8777998555.

NCCMH 2010 physical

National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem: the NICE guideline on treatment and management. Leicester: British Psychological Society; 2010. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-243876061.

Begleitdokumente

National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem; treatment and management; appendix 17: evidence tables for economic studies [online]. 28.10.2009 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-appendix-17-243876062.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem; treatment and management; appendix 18: clinical study characteristics tables [online]. 28.10.2009 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-appendix-18-243876063.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem; treatment and management; appendix 19: clinical evidence forest plots [online]. 28.10.2009 [Zugriff: 09.02.2016]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-appendix-19-243876064.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem; treatment and management; appendix 21: GRADE evidence profiles [online]. 28.10.2009 [Zugriff: 21.12.2015]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-appendix-21-243876066.

NICE 2015

National Institute for Health and Care Excellence. Addendum to clinical guideline 28: depression in children and young people [online]. 03.2015 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg28/evidence/depression-in-children-and-young-people-guideline-addendum2.

Begleitdokumente

National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. Leicester: British Psychology Society; 2005. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg28/evidence/cg28-depression-in-children-and-young-people-full-guideline-2.

NVL 2015

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: unipolare Depression; Langfassung; Version 1 [online]. 11.2015 [Zugriff: 17.11.2015]. URL: http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-2aufl-vers1-lang.pdf/@@download/file/depression-2aufl-vers1-lang.pdf

Begleitdokumente

DeutscheDeutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: unipolare Depression; Leitlinienreport; Version 3 [online]. 03.2016 [Zugriff: 26.04.2016]. URL: http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers3-llr.pdf.

RNAO 2010

Registered Nurses Association of Ontario. Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. Toronto: RNAO; 2010. URL: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Caregiving_Strategies_for_Older_Adults_with_Delirium_Dementia_and_Depression.pdf.

SIGN 2012

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN Publications; Band 127). URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign127.pdf.

SIGN 2010

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN Publications; Band 114). URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf.

Begleitdokumente

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Guideline topic: non-pharmaceutical management of depression; search narrative [online]. [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114strategy.pdf.

VADoD 2010

Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of bipolar disorder in adults [online]. 05.2010 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/bd/bd_305_full.pdf.

A5.2 Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen

Nicht E1

1. BC Reproductive Mental Health Program, Perinatal Services BC. Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period [online]. 03.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf.

2. Brim C, Lindauerm C, Halpern J, Storer A, Barnason S, Young Bradford J et al. Clinical practice guideline: suicide risk assessment; full version [online]. 12.2012 [Zugriff: 16.11.2015]. URL: https://www.ena.org/practice-research/research/CPG/Documents/SuicideRiskAssessmentCPG.pdf.

3. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide [online]. 06.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_SuicideRisk_Full.pdf.

4. LeFevre ML. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2014; 160(10): 719-726.

5. National Collaborating Centre for Mental Health. Common mental health disorders: the NICE guideline on identification and pathways to care. Leicester: British Psychological Society; 2011. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-181771741.

Nicht E2

1. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Screening of children and adolescents for Major Depressive Disorder (MDD) [online]. 12.03.2010 [Zugriff: 07.10.2015]. (Best Evidence Statements; Band 067). URL: http://www.cincinnatichildrens.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=88018&libID=87706.

2. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin. Sk2-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen: AWMF - Registernr.051/029 [online]. 31.03.2012 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-029l_S25_Begutachtung_psychischer_und_psychosomatischer_Erkrankungen_2012-03.pdf.

3. Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E et al. Recommendations on screening for depression in adults. CMAJ 2013; 185(9): 775-782.

4. Registered Nurses Association of Ontario. Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Toronto: RNAO; 2010. URL: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Screening_for_Delirium_Dementia_and_Depression_in_the_Older_Adult.pdf.

Nicht E3

Entfällt

Nicht E4

Entfällt

Nicht E5

Entfällt

Nicht E6

1. Dodd S, Malhi GS, Tiller J, Schweitzer I, Hickie I, Khoo JP et al. A consensus statement for safety monitoring guidelines of treatments for major depressive disorder. Aust N Z J Psychiatry 2011; 45(9): 712-725.

2. Korczak DJ. Use of selective serotonin reuptake inhibitor medications for the treatment of child and adolescent mental illness. Paediatr Child Health 2013; 18(9): 487-491.

Nicht E7

Entfällt

Nicht E8

1. Austin MP, Highet N. Clinical practice guidelines for depression and related disorders: anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis; in the perinatal period; a guideline for primary care health professionals. Melbourne: Beyondblue; 2011. URL: http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/0891.

2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Bundespsychotherapeutenkammer et al. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: unipolare Depression; Langfassung; Version 5 [online]. 06.2015 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-1aufl-vers5-lang.pdf.

3. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder [online]. 05.2010 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf.

4. McDermott B, Baigent M, Chanen A, Fraser L, Graetz B, Hayman N et al. Clinical practice guidelines: depression in adolescents and young adults. Melbourne: Beyondblue; 2010. URL: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/ext0007_cp_guideline_depression_adolescents_young_beyondblue.pdf.

5. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. Leicester: British Psychology Society; 2005. URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg28/evidence/cg28-depression-in-children-and-young-people-full-guideline-2.

6. Royal College of Physicians. Use of antidepressant medication in adults undergoing recovery and rehabilitation following acquired brain injury. London: RCP; 2005. (Concise Guidance to Good Practices; Band 4). URL: https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/concise-use-of-antidepressant-medication-following-abi-2005.pdf.

Nicht E9

1. American Medical Directors Association. Depression in the long term care setting: clinical practice guideline. Columbia: AMDA; 2011.

2. American Medical Directors Association. Depression: clinical practice guideline. Columbia: AMDA; 2011.

Nicht E10

1. Effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults. Best Practice 2011; 15(12): 1-4.

2. Alanen HM. Depression in old age [online]. In: EBM-Guidelines. 25.02.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

3. American College of Preventive Medicine. Adolescent depression: enhancing outcomes in primary care; a resource from the American College of Preventive Medicine [online]. 2011 [Zugriff: 06.10.2015]. URL: http://c.ymcdn.com/sites/www.acpm.org/resource/resmgr/timetools-files/adolescentdepressionclinical.pdf?hhSearchTerms=%22guideline+and+depression%22.

4. British Columbia Medical Association, British Columbia Ministry of Health, Guidelines & Protocols Advisory Committee. Anxiety and depression in children and youth: diagnosis and treatment [online]. 01.01.2010 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depressyouth.pdf.

5. British Columbia Ministry of Health. Major depressive disorder in adults: diagnosis & management [online]. 15.12.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depression_full_guideline.pdf.

6. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Treatment of children and adolescents for major depressive disorder (MDD) during the acute phase [online]. 01.2010 [Zugriff: 07.10.2015]. (Best Evidence Statements; Band 062). URL: http://www.cincinnatichildrens.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=88019&libID=87707.

7. Deutsche Rentenversicherung. Reha-Therapiestandards: depressive Störungen; Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung [online]. 04.2011 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/Depression/rts_depression_download.pdf?__blob=publicationFile&v=12.

8. Fitzgerald PB, Daskalakis ZJ. A practical guide to the use of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. Brain Stimul 2012; 5(3): 287-296.

9. Frosch M, Huber F, Beise U. Guideline Depression [online]. 06.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://www.medix.ch/files/medix_gl_depression_2014_1.pdf.

10. Fulcher CD, Kim HJ, Smith PR, Sherner TL. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for depression. Clin J Oncol Nurs 2014; 18(Suppl): 26-37.

11. HealthTeamWorks. Depression in adults: diagnosis and treatment guidelines [online]. 04.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://healthteamworks.ebizcdn.com/769675d7c11f336ae6573e7e533570ec.

12. HealthTeamWorks. Pregnancy-related depressive symptoms guidance: for anyone who works with women of childbearing age or their children [online]. 30.09.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://healthteamworks.ebizcdn.com/5cbbf2ec6dfb4fde9a8467f0c00e1a42.

13. Heilä H. A patient at risk of suicide [online]. In: EBM-Guidelines. 04.06.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

14. Hickie IB, Naismith SL, Robillard R, Scott EM, Hermens DF. Manipulating the sleep-wake cycle and circadian rhythms to improve clinical management of major depression. BMC Med 2013; 11: 79.

15. Isometsä E. Bipolar disorder [online]. In: EBM Guidelines. 04.09.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

16. Isometsä E. Chronic depression (dysthymia) [online]. In: EBM Guidelines. 01.08.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

17. Isometsä E. Depression [online]. In: EBM Guidelines. 19.05.2015 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

18. Isometsä E. Recognition and diagnostics of depression [online]. In: EBM Guidelines. 22.08.2013 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

19. Laukkanen E. Depression of adolescents [online]. In: EBM Guidelines. 13.05.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

20. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gerin-Lajoie C, Green E, Katz MR et al. The management of depression in patients with cancer [online]. 11.05.2015 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=340750.

21. Malhi GS, Adams D, Berk M. The pharmacological treatment of bipolar disorder in primary care. Med J Aust 2010; 193(4 Suppl): S24-S30.

22. Michigan Quality Improvement Consortium. Primary care diagnosis and management of adults with depression [online]. 01.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://mqic.org/pdf/mqic_primary_care_diagnosis_and_management_of_adults_with_depression_cpg.pdf.

23. Ministry of Health Singapore. Bipolar disorder. Singapur: MOH; 2011. (MOH Clinical Practice Guidelines; Band 5/2011). URL: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/MOHcpg_Bipolar%20Disorder_Booklet.pdf.

24. Ministry of Health Singapore. Depression. Singapur: MOH; 2012. (MOH Clinical Practice Guidelines; Band 1/2012). URL: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2012/depression/Depression%20CPG_R14_FINAL.pdf.

25. New York State Department of Health AIDS Institute. Depression and mania in patients with HIV/AIDS [online]. 10.2010 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://cdn.hivguidelines.org/wp-content/uploads/depression-and-mania-posted-10-19-2010.pdf.

26. Pirkola S. Depression, drugs and somatic diseases [online]. In: EBM Guidelines. 28.02.2013 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

27. Pirkola S. Treatment of depression in association with other psychiatric disorders [online]. In: EBM Guidelines. 4.11.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

28. Puura K. Childhood depression [online]. In: EBM Guidelines. 08.05.2014 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

29. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Use of antidepressants to treat depression in dementia [online]. 01.2015 [Zugriff: 08.10.2015]. (Position Statements; Band 81). URL: https://www.ranzcp.org/Files/Resources/College_Statements/Position_Statements/PS-81-FPOA-Antidepressants-to-treat-depression-in.aspx.

30. Rytsälä H. Pharmacological treatment of depression [online]. In: EBM Guidelines. 31.08.2015 [Zugriff: 07.10.2015]. URL: http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/dtk/ebmg/home.

31. University of Michigan Health System. Depression: guidelines for clinical care; ambulatory [online]. 08.2011 [Zugriff: 08.10.2015]. URL: http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/depress/depression.pdf.

32. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Bipolar Disord 2013; 15(1): 1-44.

A1

Entfällt

A6 Leitlinienrecherche

A6.1 Suchstrategien

Recherche in Leitliniendatenbanken

Suchbegriffe für die Freitextsuche in Leitliniendatenbanken:

Englischer Suchbegriff:

- (major) depression,
- (unipolar) depressive disorder,
- depressive episode,
- bipolar disorder,
- dysthymia,
- cyclothymia

Deutscher Suchbegriff:

- (Major) Depression,
- unipolare Depression,
- depressive Episode,
- bipolare affektive Störung,
- Dysthymie,
- Zyklothymie

A6.2 Liste aller durchsuchten Leitlinienanbieter beziehungsweise -datenbanken

Leitliniendatenbanken

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), DE
- Canadian Medical Association (CMA Infobase), CA
- National Guideline Clearinghouse (NGC), US

Fachübergreifende Leitlinienanbieter

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), US
- Alberta Medical Association / Toward Optimized Practice (AMA / TOP), CA
- American Medical Directors Association (AMDA), US
- Arzneimittelkommission Ärzteschaft (AkdÄ), DE
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), BE
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines (BCC), CA
- Bundesärztekammer (BÄK), DE
- Colorado Clinical Guidelines Collaborative (CCGC), US
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), DE
- Finnish Medical Society (Current Care / Duodecim), FI
- Guidelines and Audit Implementation Network (GAIN), IE
- Haute Autorité de Santé (HAS), FR
- Humana Quality Improvement, US
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), US
- Leitliniengruppe Hessen, DE
- Medical Journal of Australia (MJA), AU
- mediX, CH
- Ministry of Health (MOH), NZ
- Ministry of Health Singapur (MOH), SG
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL), DE
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), GB
- National Health and Medical Research Council (NHMRC), AU
- National Institute of Health (NIH), GB
- New South Wales Department of Health (NSW Health), AU

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), GB
- World Health Organisation (WHO), INT

Fachspezifische Leitlinienanbieter

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), US
- American Academy of Family Physicians (AAFP), US
- American Academy of Pediatrics (AAP), US
- American College of Physicians (ACP), US
- American College of Preventive Medicine (ACPM), US
- American Geriatrics Society (AGS), US
- American Psychiatric Association (APA), US
- American Society of Addiction Medicine (ASAM), US
- Canadian Paediatric Society (CPS), CA
- Canadian Psychiatric Association (CPA), CA
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTPHC), CA,
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), US
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC), US
- College of Physicians and Surgeons of Manitoba (CPSM), CA
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT), DE
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), DE
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), DE
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP), DE
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), DE
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), DE
- Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR), DE
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), DE
- Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG); DE
- Deutsche Gesellschaft Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), DE
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW), DE

- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), DE
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), DE
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht), DE
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumathologie (DeGPT), DE
- Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI), DE
- Ontario College of Pharmacists (OCP), CA
- Psychguides.com, US
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), CA
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), AU
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), AU
- Royal College of General Practitioners (RCGP), GB
- Royal College of Physicians of London (RCP), GB
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych), GB
- Royal College of Nursing (RCN), GB

A7 Empfehlungskategorien nach dem Verfahren der NVL und Evidenzeinstufungen nach der Verfahrensordnung des G-BA

Empfehlungsstärken nach dem Verfahren der NVL [34]

Empfehlungsgrad	Beschreibung
A	starke Empfehlung (Hilfsverb „soll / soll nicht“)
B	Empfehlung
0	offen

Klassifizierung der Unterlagen zu diagnostischen Methoden [35]

Evidenzstufe	Bedeutung
Ia	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b
Ib	randomisierte kontrollierte Studien
Ic	andere Interventionsstudien
IIa	systematische Übersichtsarbeiten von Studien zur diagnostischen Testgenauigkeit der Evidenzstufe II b
IIb	Querschnitts- und Kohortenstudien, aus denen sich alle diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse, positiver und negativer prädiktiver Wert) berechnen lassen
III	andere Studien, aus denen sich die diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse) berechnen lassen
IV	Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. Ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen

Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden [35]

Evidenzstufe	Bedeutung
Ia	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b
Ib	randomisierte kontrollierte Studien
IIa	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b
IIb	prospektive vergleichende Kohortenstudien
III	retrospektive vergleichende Studien
IV	Fallserien und andere nicht vergleichende Studien
V	Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. Ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen

A8 Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien und ihre Kategorisierung

DGBS 2014: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
High quality	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
Moderate quality	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	unklar
Low quality	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	nein
Very low quality	Any estimate of effect is very uncertain	nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
A	starke Empfehlung; hier wird formuliert: „soll“ eingesetzt o. ä. werden	ja
B	einfache Empfehlung; hier wird formuliert: „sollte“ eingesetzt o. ä. werden	nein
0	Empfehlung offen (null); hier wird formuliert: „kann“ eingesetzt o. ä. werden	nein
KKP[a]	Eine Empfehlung nach klinischem Konsens (KKP) wurde in Fällen formuliert, in denen z. B. Studien aufgrund ethischer Überlegungen nicht zu erwarten sind oder solche methodisch nicht umzusetzen sind. Der Empfehlungsgrad KKP ist als gleichwertig gegenüber den evidenzbasierten Empfehlungsgraden A bis 0 zu betrachten, die Art der Formulierung drückt dann die Stärke der Empfehlung aus.	ja/nein
a: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung zum KKP dieser nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.		

Statements

Symbol	Bedeutung
Statement	Statements sind in Fällen formuliert worden, in denen z B. keine adäquate Evidenz gefunden wurde, und dennoch eine Aussage festgehalten werden sollte.

Die Leitlinie gibt weiterhin sogenannte “Statements”, die in der Synthese dargetellt, aber bei der Beurteilung der DMP-Relevanz nicht berücksichtigt wurden.

DGKJP 2013: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Evidenzgraduierung

Frage	**Hilft diese Intervention? (Nutzen einer Behandlung)**	**Was sind häufige Nachteile der Behandlung?**	**Was sind seltene Nachteile der Behandlung?**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib**
Schritt 1 Evidenz-grad 1	Systematischer Review von RCTs oder n-of-1-Studien	Systematischer Review von RCTs oder getesteten Fall-Kontroll-Studien, n-of-1-Studie mit Patient aus Zielpopulation oder Beobach-tungsstudie mit dramatischem Effekt	Syste-matischer Review von RCTs oder n-of-1-Studie	unklar
Schritt 2 Evidenz-grad 2	Beobachtungsstudie mit dramatischem Effekt			unklar[a]
Schritt 3 Evidenz-grad 3	Nichtrando-misiert kontrollierte Kohorten- oder Follow-up-Studie	Nicht-randomisiert kontrollierte Kohorten- oder Follow-up-Studie mit ausreich-end großer Stichprobe und ausreich-end langem Follow-up		nein
Schritt 4 Evidenz-grad 4	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischer Kontrollgruppe[b]			nein
Schritt 5 Evidenz-grad 5	Beweisführung aufgrund von Mechanismen			nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
A	Starke Empfehlung Konsistente Studien mit Evidenzgrad 1 oder 2.	ja
B	Empfehlung Konsistente Studien mit Evidenzgrad 3 oder 4 oder Extrapolationen[a] aus Studien mit Evidenzgrad 1 oder 2.	nein
0	Offene Empfehlung Studien mit Evidenzgrad 5 oder Extrapolationen[a] aus Studien mit Evidenzgrad 3 oder 4.	nein
KKP	Empfehlungen wurden als „klinischer Konsenspunkt“ (KKP) bezeichnet, wenn sie einen Standard der Behandlung beschreiben, für den keine experimentellen wissenschaftlichen Studien durchgeführt werden können oder sollen (z. B. weil eine randomisierte Zuteilung von Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Bedingungen ethisch unverantwortlich wäre).	
	▪ Starker Konsens: Zustimmung von > 95 %	ja
	▪ Konsens: Zustimmung > 75-95 %	nein
	▪ Mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von > 50-75 %	nein
	▪ Kein Konsens: Zustimmung von ≤ 50 %	nein
a: Gemeint ist die Übertragung von Ergebnissen auf Situationen, die sich in klinisch bedeutsamer Weise von den Situationen unterscheiden können, in denen die Studien durchgeführt wurden.		

ICSI 2013: Adults depression in primary care

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
High quality evidence	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
Moderate quality evidence	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	unklar
Low quality evidence	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 or any estimate of effect is very uncertain.	nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
Strong	High quality evidence The work group is confident that the desirable effects of adhering to this recommendation outweigh the undesirable effects. This is a strong recommendation for or against. This applies to most patients.	ja
	Moderate quality evidence The work group is confident that the benefits outweigh the risks but recognizes that the evidence has limitations. Further evidence may impact this recommendation. This is a recommendation that likely applies to most patients.	ja
	Low quality evidence The work group feels that the evidence consistently indicates the benefit of this action outweighs the harms. This recommendation might change when higher quality evidence becomes available.	ja
weak	High quality evidence The work group recognizes that the evidence, though of high quality, shows a balance between estimates of harms and benefits. The best action will depend on local circumstances, patient values or preferences.	nein
	Moderate quality evidence The work group recognizes that there is a balance between harms and benefits, based on moderate quality evidence, or that there is uncertainty about the estimates of the harms and benefits of the proposed intervention that may be affected by new evidence. Alternative approaches will likely be better for some patients under some circumstances.	nein
	Low quality evidence The work group recognizes that there is significant uncertainty about the best estimates of benefits and harms.	nein

KCE 2014: The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
High quality	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
Moderate quality	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	unklar
Low quality	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	nein
Very low quality	Any estimate of effect is very uncertain	nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
strong	The desirable effects of an intervention clearly outweigh the undesirable effects (the intervention is to be put into practice), or the undesirable effects of an intervention clearly outweigh the desirable effects (the intervention is not to be put into practice).	ja
weak	The desirable effects of an intervention probably outweigh the undesirable effects (the intervention probably is to be put into practice), or the undesirable effects of an intervention probably outweigh the desirable effects (the intervention probably is not to be put into practice).	nein

KPCI 2012: Adult depression clinical practice guideline

Evidenzgraduierung

Therapy / Prevention / Screening

Symbol	**Therapy/Prevention / Screening**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib**
Grade good	**Type and number of studies** ▪ At least one well-designed and conducted systematic review (SR)/meta-analysis (MA) (consider heterogeneity) of RCTs ▪ Two or more well-designed and conducted RCTs with narrow confidence intervals ▪ One well-designed and conducted multi-center RCT with narrow confidence intervals **Quality** ▪ Low risk of bias ▪ Adequate sample size and power ▪ No major methodological concerns **Consistency** ▪ For SR/MA, no major conflict in results (consider heterogeneity). If significant heterogeneity exists, drops to poor ▪ For individual RCTs, no major conflict in results ▪ If major conflicts do exist, drop to “insufficient” **Relevancy** ▪ No compelling reason not to generalize the published work to the target KP population	ja
Grade fair	**Type and number of studies** ▪ Single well-designed and conducted RCT with narrow confidence intervals ▪ Two or more RCTs of lower quality ▪ Well-designed and conducted SR/MA of cohort studies (consider heterogeneity) **For screening interventions only, the following are also acceptable as fair evidence:** ▪ Two or more well-designed and conducted cohort studies ▪ Two or more well-designed and conducted case-control studies ▪ Two or more well-designed and conducted time series studies **Quality** ▪ Minor methodological concerns **Consistency** ▪ For SR/MA no major conflict in results (consider heterogeneity) ▪ For individual studies, no major conflict in results ▪ If major conflict do exist, drop to “insufficient” **Relevancy** ▪ No compelling reason not to generalize the published work to the target KP population	unklar

(Fortsetzung)

Evidenzgraduierung (Fortsetzung)

Therapy / Prevention / Screening

Symbol	**Therapy/Prevention / Screening**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib**
Grade insufficient[a]	**Type and number of studies** ▪ Single RCT of lower quality or insufficient size ▪ Cohort study **Quality** ▪ Major methodological concerns (i. e. lack of concealed allocation, inadequate blinding, no ITT analysis) **Consistency** ▪ Studies that are well-designed and conducted (good or fair) but with major conflict in results ▪ SR/MA with major conflict in results (consider heterogeneity) **Relevancy** ▪ Compelling reasons why the results do not apply to the target KP population	unklar

Evidenzgraduierung

Diagnosis

Symbol	**Diagnosis**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib**
Grade good	**Type and number of studies** ▪ At least one well-designed and conducted SR/MA (consider heterogeneity) of cross-sectional studies using independent gold standard ▪ Two or more well-designed and conducted cross-sectional studies using an independent gold standard **Quality** ▪ Low risk of (verification) bias ▪ Independent gold standards ▪ No major methodological concerns **Consistency** ▪ For SR/MA, no major conflict in results (consider heterogeneity). ▪ For individual studies, consistent diagnostic accuracy **Relevancy** ▪ No compelling reason not to generalize the published work to the target KP population	nein

(Fortsetzung)

Evidenzgraduierung (Fortsetzung)

Diagnosis

Symbol	**Diagnosis**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib**
Grade fair	**Type and number of studies** ▪ Single well-designed and conducted cross-sectional studies ▪ Two or more cross-sectional studies of lower quality ▪ Well-designed and conducted SR/MA of lower quality studies **Quality** ▪ Minor methodological concerns ▪ Independent gold standard **Consistency** ▪ For SR/MA no major conflict in results (consider heterogeneity) ▪ For individual studies, no major conflict in results **Relevancy** ▪ No compelling reason not to generalize the published work to the target KP population	nein
Grade insufficient[a]	**Type and number of studies** ▪ Single cross-sectional study of lower quality ▪ Case-control study **Quality** ▪ Major methodological concerns (non-consecutive, poor or non-independent gold standard) **Consistency** ▪ Studies that are well-designed and conducted (good or fair) but with major conflict in results **Relevancy** ▪ Compelling reasons why the results do not apply to the target KP population	nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	**Bedeutung**		**NVL-Kategorie A**[a]
	Recommendation Statement[a]	**Evidence Base**	
Evidence-Based Recommendations			
Evidence-Based, A	The GDT strongly recommends the intervention.	The intervention improves important health outcomes, based on good evidence, and the Guideline Development Group (GDT) concludes that benefits substantially outweigh harms and costs.	ja
Evidence-Based, B	The GDT recommends the intervention.	The GDT concludes that the intervention improves important health outcomes, based on 1) good evidence that benefits outweigh harms and costs; or 2) fair evidence that benefits substantially outweigh harms and costs.	nein
Evidence-Based, C	The GDT makes no recommendation for or against the intervention[b].	Evidence is sufficient to determine the benefits, harms, and costs of an intervention, and there is at least fair evidence that the intervention improves important health outcomes. But the GDT concludes that the balance of the benefits, harms, and costs is too close to justify a general recommendation.	nein
Evidence-Based, D	The GDT recommends against the intervention.	The GDT finds at least fair evidence that the intervention is ineffective, or that harms or costs outweigh benefits.	ja
Evidence-Based, I	The GDT makes no recommendation for or against the intervention[b].	The GDT concludes that evidence that the intervention is effective is lacking, of poor quality, or conflicting and the balance of benefits, harms, and costs cannot be determined.	nein
Consensus-Based Recommendations			
Consensus-Based	The GDT recommends the intervention	The recommendation is based on the consensus of the GDT, typically in the setting of insufficient evidence	nein
Consensus-Based	The GDT has determined that the intervention is an option.	The recommendation is based on the consensus of the GDT, typically in the setting of insufficient evidence	nein
Consensus-Based Recommendations			
Consensus-Based	The GDT recommends against the intervention.	The recommendation is based on the consensus of the GDT, typically in the setting of insufficient evidence	nein

a: All statements specify the population for which the recommendation is intended.

b: At the descretion of the GDT, the recommendation may use the language, „option“, but must list all the equivalent options.

NCCMH 2014: Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	unklar
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	nein
Very low	Any estimate of effect is very uncertain	nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
Recommendations that must (or must not) be followed	Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation, for example to comply with health and safety regulations. In these instances, give a reference to supporting documents. These recommendations apply to all patients.	ja
Recommendations that should (or should not) be followed– a ‘strong’ recommendation	For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more good than harm, and will be cost effective. Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'refer', 'advise' and 'discuss'. **Example** ▪ Offer bariatric surgery as a first-line option (instead of lifestyle interventions or drug treatment) to adults with a BMI of more than 50 kg/m2. Use similar forms of words (for example, 'Do not offer…') for recommendations on interventions that should not be used because the GDG is confident that they will not be of sufficient benefit for most patients. **Example** ▪ Do not offer antibiotic prophylaxis against infective endocarditis to people at risk undergoing dental procedures. If an intervention is strongly recommended but there are two or more options with similar cost effectiveness, and the choice will depend on the patient's values and preferences, a 'should' recommendation can be: ▪ combined with a 'could' recommendation (see section 9.3.3.3), for example by using wording such as 'Offer a choice of drug A or drug B' or ▪ followed by a 'could' recommendation, for example 'Offer drug treatment. Consider drug A or drug B.'	ja

(Fortsetzung)

Empfehlungsgraduierung (Fortsetzung)

Symbol	**Bedeutung**	**NVL-Kategorie A**
Recommendations that could be followed	For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. However, other options may be similarly cost effective, or some patients may opt for a less effective but cheaper intervention. The choice of intervention, and whether to have the intervention at all, is therefore more likely to vary depending on a person's values and preferences, and so the healthcare professional should spend more time considering and discussing the options with the patient. It may be possible to make 'strong' recommendations for subgroups of people with different values and preferences. Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'. Use 'consider' to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation. ***Examples*** ▪ Consider combination chemotherapy to treat patients with advanced breast cancer for whom a greater probability of response is important and who understand and are likely to tolerate the additional toxicity. ▪ Consider carbamazepine and oxcarbazepine but be aware of the risk of exacerbating myoclonic or absence seizures. Do not use 'consider offering', because of potential confusion with the wording of strong recommendations. Also, it might be misinterpreted to mean that a healthcare professional may consider offering an intervention without discussing it with the patient. To minimise confusion, only use 'consider' to indicate the strength of a recommendation. Avoid other possible uses of 'consider'. For example, if a particular clinical sign or symptom should make a healthcare professional think about a diagnosis, use 'be aware of the possible diagnosis…', 'explore a diagnosis of…' or similar, rather than 'consider a diagnosis of'. Use 'take other factors into account' or similar, instead of 'consider other factors'. 'Assess' and 'think about' are other possible alternatives to 'consider'.	nein
GDG: Guideline development group		

NCCMH 2010 adults: Depression: the treatment and management of depression in adults

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	unklar
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	nein
Very low	Any estimate of effect is very uncertain	nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
Recommendations that must (or must not) be followed	Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation, for example to comply with health and safety regulations. In these instances, give a reference to supporting documents. These recommendations apply to all patients.	ja
Recommendations that should (or should not) be followed– a ‘strong’ recommendation	For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more good than harm, and will be cost effective. Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'refer', 'advise' and 'discuss'. **Example** ▪ Offer bariatric surgery as a first-line option (instead of lifestyle interventions or drug treatment) to adults with a BMI of more than 50 kg/m2. Use similar forms of words (for example, 'Do not offer…') for recommendations on interventions that should not be used because the GDG is confident that they will not be of sufficient benefit for most patients. **Example** ▪ Do not offer antibiotic prophylaxis against infective endocarditis to people at risk undergoing dental procedures. If an intervention is strongly recommended but there are two or more options with similar cost effectiveness, and the choice will depend on the patient's values and preferences, a 'should' recommendation can be: ▪ combined with a 'could' recommendation (see section 9.3.3.3), for example by using wording such as 'Offer a choice of drug A or drug B' or ▪ followed by a 'could' recommendation, for example 'Offer drug treatment. Consider drug A or drug B.'	ja

(Fortsetzung)

Empfehlungsgraduierung (Fortsetzung)

Symbol	**Bedeutung**	**NVL-Kategorie A**
Recommendations that could be followed	For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. However, other options may be similarly cost effective, or some patients may opt for a less effective but cheaper intervention. The choice of intervention, and whether to have the intervention at all, is therefore more likely to vary depending on a person's values and preferences, and so the healthcare professional should spend more time considering and discussing the options with the patient. It may be possible to make 'strong' recommendations for subgroups of people with different values and preferences. Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'. Use 'consider' to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation. ***Examples*** ▪ Consider combination chemotherapy to treat patients with advanced breast cancer for whom a greater probability of response is important and who understand and are likely to tolerate the additional toxicity. ▪ Consider carbamazepine and oxcarbazepine but be aware of the risk of exacerbating myoclonic or absence seizures. Do not use 'consider offering', because of potential confusion with the wording of strong recommendations. Also, it might be misinterpreted to mean that a healthcare professional may consider offering an intervention without discussing it with the patient. To minimise confusion, only use 'consider' to indicate the strength of a recommendation. Avoid other possible uses of 'consider'. For example, if a particular clinical sign or symptom should make a healthcare professional think about a diagnosis, use 'be aware of the possible diagnosis…', 'explore a diagnosis of…' or similar, rather than 'consider a diagnosis of'. Use 'take other factors into account' or similar, instead of 'consider other factors'. 'Assess' and 'think about' are other possible alternatives to 'consider'.	nein
GDG: Guideline development group		

NCCMH 2010 physical: Depression in aduls with a chronic physical health problem

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	unklar
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	nein
Very low	Any estimate of effect is very uncertain	nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
Recommendations that must (or must not) be followed	Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation, for example to comply with health and safety regulations. In these instances, give a reference to supporting documents. These recommendations apply to all patients.	ja
Recommendations that should (or should not) be followed– a ‘strong’ recommendation	For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more good than harm, and will be cost effective. Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'refer', 'advise' and 'discuss'. **Example** ▪ Offer bariatric surgery as a first-line option (instead of lifestyle interventions or drug treatment) to adults with a BMI of more than 50 kg/m2. Use similar forms of words (for example, 'Do not offer…') for recommendations on interventions that should not be used because the GDG is confident that they will not be of sufficient benefit for most patients. **Example** ▪ Do not offer antibiotic prophylaxis against infective endocarditis to people at risk undergoing dental procedures. If an intervention is strongly recommended but there are two or more options with similar cost effectiveness, and the choice will depend on the patient's values and preferences, a 'should' recommendation can be: ▪ combined with a 'could' recommendation (see section 9.3.3.3), for example by using wording such as 'Offer a choice of drug A or drug B' or ▪ followed by a 'could' recommendation, for example 'Offer drug treatment. Consider drug A or drug B.'	ja

(Fortsetzung)

Empfehlungsgraduierung (Fortetzung)

Symbol	**Bedeutung**	**NVL-Kategorie A**
Recommendations that could be followed	For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. However, other options may be similarly cost effective, or some patients may opt for a less effective but cheaper intervention. The choice of intervention, and whether to have the intervention at all, is therefore more likely to vary depending on a person's values and preferences, and so the healthcare professional should spend more time considering and discussing the options with the patient. It may be possible to make 'strong' recommendations for subgroups of people with different values and preferences. Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'. Use 'consider' to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation. ***Examples*** ▪ Consider combination chemotherapy to treat patients with advanced breast cancer for whom a greater probability of response is important and who understand and are likely to tolerate the additional toxicity. ▪ Consider carbamazepine and oxcarbazepine but be aware of the risk of exacerbating myoclonic or absence seizures. Do not use 'consider offering', because of potential confusion with the wording of strong recommendations. Also, it might be misinterpreted to mean that a healthcare professional may consider offering an intervention without discussing it with the patient. To minimise confusion, only use 'consider' to indicate the strength of a recommendation. Avoid other possible uses of 'consider'. For example, if a particular clinical sign or symptom should make a healthcare professional think about a diagnosis, use 'be aware of the possible diagnosis…', 'explore a diagnosis of…' or similar, rather than 'consider a diagnosis of'. Use 'take other factors into account' or similar, instead of 'consider other factors'. 'Assess' and 'think about' are other possible alternatives to 'consider'.	nein
GDG: Guideline development group		

NICE 2015: Addendum to clinical guideline 28: Depression in children and young people

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	unklar
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	nein
Very low	Any estimate of effect is very uncertain	nein

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
Recommen-dations that must (or must not) be followed	We usually use ‘must’ or ‘must not’ only if there is a legal duty to apply the recommendation. Occasionally we use ‘must’ (or ‘must not’) if the consequences of not following the recommendation could be extremely serious or potentially life threatening.	ja
Recommen-dations that should (or should not) be followed– a ‘strong’ recommend ation	In recommendations labelled **[new 2015]** we use ‘offer’ (and similar words such as ‘refer’ or ‘advise’) when we are confident that, for the vast majority of people, following a recommendation will do more good than harm, and be cost effective. We use similar forms of words (for example, ‘Do not offer…’) when we are confident that actions will not be of benefit for most people.	ja
Recommen-dations that could be followed	In recommendations labelled **[new 2015]** we use ‘consider’ when we are confident that following a recommendation will do more good than harm for most people, and be cost effective, but other options may be similarly cost effective. The course of action is more likely to depend on the person’s values and preferences than for a strong recommendation, and so the healthcare professional should spend more time considering and discussing the options with the person.	nein

NVL 2015: Nationale VersorgungsLeitlinie unipolare Depression

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs).	ja
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisiert-kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als 3 RCTs.	ja
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung.	nein
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie.	nein
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien.	nein
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten.	nein
RCT: randomized controlled trial		

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
A	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).	ja
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten kontrollierten Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.	nein
0	„Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.	nein
KKP[a]	„Klinischer Konsenspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.	nein
a: Klinische Konsenspunkte (KKP) wurden abweichend vom üblichen NVL-Verfahren eingeführt, um den besonderen Bedingungen der gemeinsamen Erstellung von S3-Leitlinie und Nationaler VersorgungsLeitlinie Rechnung zu tragen.		

Statements

Symbol	Bedeutung
Statements	Diese fanden Verwendung, wenn es für praktische Behandlungs- oder Vorgehenshinweise keine Evidenzen gab, obwohl sie aus Expertensicht der Konsensrunde plausibel waren, oder wenn auf fehlende Evidenzen und entsprechenden Forschungsbedarf hingewiesen werden sollte.

Die Leitlinie gibt sogenannte “Statements”, die in der Synthese dargestellt, aber bei der Beurteilung der DMP-Relevanz nicht berücksichtigt wurden.

RNAO 2010: Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
Ia	Evidence obtained from meta-analysis or systematic review of randomized controlled trials.	ja
Ib	Evidence obtained from at least one randomized controlled trial.	ja
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomization.	nein
IIb	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study, without randomization.	nein
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies, and case studies.	nein
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities.	nein

Empfehlungsgraduierung

Keine Angaben zur Empfehlungsgraduierung.

SIGN 2012: Management of perinatal mood disorders

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
1++	high quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias	ja
1+	well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias	ja
1−	meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias	ja
2++	high quality systematic reviews of case control or cohort studies high quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal	nein
2+	well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal	nein
2−	case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal	nein
3	non-analytic studies, eg case reports, case series	nein
4	expert opinion	nein
RCT: randomized controlled trial		

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
A	at least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results	ja
B	a body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+	unklar
C	A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++	nein
D	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+	nein
☑	Recommended best practice based on the clincial experience of the guideline development group	nein
RCT: randomized controlled trial		

SIGN 2010: Non-pharmaceutical management of depression in adults

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
1++	high quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias	ja
1+	well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias	ja
1−	meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias	ja
2++	high quality systematic reviews of case control or cohort studies high quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal	nein
2+	well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal	nein
2−	case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal	nein
3	non-analytic studies, eg case reports, case series	nein
4	expert opinion	nein
RCT: randomized controlled trial		

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
A	at least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results	ja
B	a body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+	unklar
C	A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++	nein
D	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+	nein
☑	Recommended best practice based on the clincial experience of the guideline development group	nein
RCT: randomized controlled trial		

VADoD 2010: Management of bipolar disorder in adults

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	G-BA-Kategorie Ia/Ib
I	At least one properly done RCT	ja
II-1	Well-designed controlled trial without randomization	nein
II-2	Well-designed cohort or case-control analytic study, preferably from more than one source	nein
II-3	Multiple time series evidence with/without intervention, dramatic results of uncontrolled experiment	nein
III	Opinion of respected authorities, descriptive studies, case reports, and expert committees	nein
RCT: randomized controlled trial		

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	NVL-Kategorie A
A	A strong recommendation that clinicians provide the intervention to eligible patients. Good evidence was found that the intervention improves important health outcomes and concludes that benefits substantially outweigh harm.	ja
B	A recommendation that clinicians provide (the service) to eligible patients. At least fair evidence was found that the intervention improves health outcomes and concludes that benefits outweigh harm.	nein
C	No recommendation for or against the routine provision of the intervention is made. At least fair evidence was found that the intervention can improve health outcomes, but concludes that the balance of benefits and harms is too close to justify a general recommendation.	nein
D	Recommendation is made against routinely providing the intervention to asymptomatic patients. At least fair evidence was found that the intervention is ineffective or that harms outweigh benefits.	ja
I	The conclusion is that the evidence is insufficient to recommend for or against routinely providing the intervention. Evidence that the intervention is effective is lacking, or poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.	nein

A9 Mortalitätsstrata zur Übertragbarkeit von Leitlinien

Tabelle 11: WHO-Mitglieder, nach Mortalitätsstrata und Regionen sortiert [27]

Region and mortality stratum	Description	Broad grouping	Member states
Americas			
Amr-A	Americas with very low child and very low adult mortality	Developed	Canada, Cuba, United States of America
Amr-B	Americas with low child and low adult mortality	Low-mortality developing	Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Dominican Republic, El Salvador, Grenada, Guyana, Honduras, Jamaica, Mexico, Panama, Paraguay, Saint Kitts and Navis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of)
Amr-D	Americas with high child and high adult mortality	High-mortality developing	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haiti, Nicaragua, Peru
Europe			
Eur-A	Europe with very low child and very low adult mortality	Developed	Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom
Eur-B	Europe with low child and low adult mortality	Developed	Albania, Armenia, Azerbaijan, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kyrgyzstan, Poland, Romania, Slovakia, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Serbia and Montenegro, Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan
Eur-C	Europe with low child and high adult mortality	Developed	Belarus, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Russian Federation, Ukraine
Western Pacific			
Wpr-A	Western Pacific with very low child and very low adult mortality	Developed	Australia, Brunei Darussalam, Japan, New Zealand, Singapore
Wpr-B	Western Pacific with low child and low adult mortality	Low-mortality developing	Cambodia, China, Cook Island, Fiji, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Marshall Island, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua New Guinea, Philippines, Republic of Korea, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam

(Fortsetzung)

Tabelle 11: WHO-Mitglieder, nach Mortalitätsstrata und Regionen sortiert (Fortsetzung)

Region and mortality stratum	Description	Broad grouping	Member states
Africa			
Afr-D	Africa with high child and high adult mortality	High-mortality developing	Algeria, Angola, Benin, Burkina Faso, Cameroon, Cape Verde, Chad, Comoros, Equatorial Guinea, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, Mali, Mauritania, Mauritius, Niger, Nigeria, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Togo
Afr-E	Africa with high child and very high adult mortality	High-mortality developing	Botswana, Burundi, Central African Republic, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, South Africa, Swaziland, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe
South-East Asia			
Sear-B	South-East Asia with low child and low adult mortality	Low-mortality developing	Indonesia, Sri Lanka, Thailand
Sear-D	South-East Asia with high child and high adult mortality	High-mortality developing	Bangladesh, Bhutan, Democratic People' s Republic of Korea, India, Maldives, Myanmar, Nepal, Timor-Leste
Eastern Mediterranean			
Emr-B	Eastern Mediterranean with low child and low adult mortality	Low-mortality developing	Bahrain, Iran (Islamic Republic of), Jordan, Kuwait, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Oman, Qatar, Saudia Arabia, Syrian Arab Republic, Tunesia, United Arab Emirates
Emr-D	Eastern Mediterranean with high child and high adult mortality	High-mortality developing	Afghanistan, Djibouti, Egypt, Iraq, Morocco, Pakistan, Somalia, Sudan, Yemen

B1 Tabellarische Darstellung der Empfehlungen

B1.1 Tabellarische Darstellung der Empfehlungen zu Definitionen von Formen der affektiven Störungen

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Klassifikatorische Diagnostik** **Manische Episoden** Manische Episoden sind durch eine der Situation unangemessene und dadurch auffällig gehobene, expansive oder gereizte Stimmung gekennzeichnet. Das Erregungsniveau ist deutlich erhöht und kann schnell in aggressive Erregung kippen. Antriebssteigerung, Rededrang, Ideenflucht, reduzierte soziale Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, Ablenkbarkeit, riskantes Verhalten und gesteigerte Libido sind weitere mögliche Symptome, von denen mindestens drei – bei gereizter Stimmung mindestens vier – im gleichen 1-Wochen-Intervall auftreten müssen.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	48
DGBS 2014	**Hypomanische Episoden** Hypomanische Episoden unterscheiden sich hinsichtlich der geforderten Symptomdauer (vier Tage) sowie dem Vorliegen bestimmter Symptome von manischen Episoden. So sind Konzentrationsschwierigkeiten hier und Ideenflucht oder Gedankenrasen dort kennzeichnend. Die besonders auffälligen Manie-Symptome wie Verlust sozialer Hemmungen, überhöhte Selbsteinschätzung/Größenwahn, andauernder Wechsel von Aktivitäten und rücksichtsloses und tollkühnes Verhalten, ohne dessen Risiken zu erkennen, gehen eher schon über eine Hypomanie hinaus.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	48

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Depressive Episoden** Depressive Episoden sind heterogen und bezeichnen eine mindestens zweiwöchige Episode, während derer gleichzeitig mindestens vier Symptome vorliegen müssen. Diese umfassen Hauptsymptome wie depressive Stimmung, Interesselosigkeit, Antriebsminderung (wovon mindestens zwei vorliegen müssen) und Zusatzsymptome wie Selbstwertverlust, unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. Suizidalität, kognitive Defizite, psychomotorische Veränderungen, Schlafstörungen und Appetitstörungen. Häufig gehen depressive Störungen mit weiteren körperlichen Symptomen (potenzielle Schwitzen) sowie mit weiteren emotionalen Symptomen (potenzielle Ängstlichkeit) einher, die jedoch nicht diagnoserelevant werden.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	48 / 49
DGBS 2014	**Depressive Episoden mit somatischem Syndrom** Depressive Episoden mit somatischem Syndrom (siehe Tabelle 6 [der Leitlinie], Zusatzkodierungen) zeichnen sich durch mindestens vier der folgenden Symptome aus: deutlichen Verlust von Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten oder Interessenverlust, mangelnde emotionale Reagibilität, Früherwachen (Aufwachen zwei oder mehr Stunden vor der gewohnte Zeit), Morgentief, beobachtbare psychomotorische Hemmung oder Erregung, deutlichen Appetitverlust, Gewichtsverlust (von mindestens 5 % des Körpergewichts über den Zeitraum der vergangenen vier Wochen), deutlichen Libidoverlust. Bipolare Depressionen gehen häufig mit somatischem Syndrom einher.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	49
DGBS 2014	**Gemischte Episoden** Gemischte Episoden sind durch eine Mischung oder einen raschen Wechsel (innerhalb weniger Stunden) von depressiven und (hypo)manischen Symptomen gekennzeichnet. Depressive und (hypo)manische Symptome müssen dabei gleichermaßen die meiste Zeit während einer mindestens zweiwöchigen Periode auftreten.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	49

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Klassifikation der Bipolaren Störungen nach ICD-10** Generell gilt, dass eine Bipolare Störung dann diagnostiziert werden kann, wenn mindestens zwei affektive Episoden vorliegen (davon mindestens eine hypomanische, manische oder gemischte Episode), in denen Stimmung und Antrieb bzw. Aktivitätsniveau so deutlich gestört sind, dass die im Anhang A1 beschriebenen Kriterien erfüllt sind.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	50
DGBS 2014	**Bipolare-II-Störung** Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass im Verlauf der Erkrankung mindestens eine hypomanische und zusätzlich mindestens eine depressive Episoden aufgetreten sind, jedoch keine manische Episode.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	50
DGBS 2014	**Rapid Cycling** Dafür müssen innerhalb von 12 Monaten mindestens vier voneinander abgrenzbare Episoden aufgetreten sein.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	50
DGBS 2014	**Zyklothymia** Für die Diagnose einer Zyklothymia, die nach ICD-10 streng genommen nicht zu den bipolar affektiven, sondern zu den anhaltenden affektiven Störungen zählt, gilt analog zur Dysthymia ein Zeitkriterium von mindestens 2 Jahren mit Stimmungsinstabilität, die jedoch zu keiner Zeit so stark ausgeprägt ist, dass die Kriterien einer Manie oder einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sind	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	51

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
ICSI 2013	**Depression suspected** **Overview** The major depression syndrome is a disorder of mood involving disturbances in emotional, cognitive, behavioral and somatic regulation. The mood disorder is called secondary if itoccurs in association with drug intoxication or withdrawal, as a biologic consequence of various general medical conditions, in association with other psychiatric conditions or as a consequence of selected prescription medications. The mood disorder is called primary if it does not occur in association with these conditions. Primary mood disorders are categorized into depressive (unipolar) and manic depressive (bipolar) conditions. Unipolar mood conditions are divided into major depressive disorder, persistent depressive disorder and depression not otherwise specified.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	12
NCCMH 2014	**Introduction to bipolar disorder** **The disorder** **Overview** Nowadays, bipolar disorder is conceptualised as a cyclical mood disorder involving periods of profound disruption to mood and behaviour, interspersed with periods of full recovery or much improved function. The key feature of bipolar disorder is the experience of hypomania or mania – grandiose and expansive or irritable affect associated with increased drive and decreased sleep, which ultimately can culminate in psychosis and exhaustion if left untreated.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	22
NCCMH 2010 adults	**Depression** **The disorder** **Symptoms, presentation and pattern of illness** Depression refers to a wide range of mental health problems characterised by the absence of a positive affect (a loss of interest and enjoyment in ordinary things and experiences), low mood and a range of associated emotional, cognitive, physical and behavioural symptoms.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	17

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 physical	**Depression in adults with a chronic physical health problem** **Depressive disorders** Depression refers to a wide range of mental health problems characterised by the absence of a positive affect (a loss of interest and enjoyment in ordinary things and experiences), low mood and a range of associated emotional, cognitive, physical and behavioural symptoms.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	16
NVL 2015	**Grundlagen** **Begriff der Depression** Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	ja	15
RNAO 2010	**Chapter 3** **Practice recommendations for depression** Depression is a multi-faceted syndrome, comprised of a constellation of affective, cognitive, somatic and physiological manifestations, in varying degrees from mild to severe.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	ja	68
SIGN 2012	**Definitions** **Postnatal depression** Postnatal depression is regarded as any non-psychotic depressive illness occurring during the first postnatal year. For a significant proportion of women, the illness may have its onset in the antenatal period. The term postnatal depression should not be used as a generic term for all mental illness following birth.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	ja	3

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
SIGN 2010	**Introduction** **Remit of the guideline** Depression is often a multifactorial illness with biological, social and psychological factors all contributing to the development, severity and length of a depressive episode. During a period of depression, people typically report symptoms in all three domains: at a biological level, e. g. sleep disruption, appetite changes; at a psychological level, e. g. impaired concentration and memory, increased negative thinking; and at a social level, e. g. loss of self confidence, withdrawal from social contact.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	1
VaDoD 2010	**Introduction** **Burden of disease** **B**ipolar disorder is an episodic, potentially life-long, disabling disorder. Diagnostic features include periods of acute mania, hypomania and depression. Bipolar disorder is characterized by periods of abnormally elevated mood or irritability, which may alternate with periods of depressed mood or a mix of symptoms. These episodes are distressing and often interfere with occupational or educational functioning, social activities and relationships.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	ii

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VaDoD 2010	**Definitions** **Diagnostic Criteria for a Manic Episode** ▪ A distinct period of abnormally and persistently elevated, expansive, or irritable mood, lasting at least 1 week (or any duration if hospitalization is necessary). ▪ During the period of mood disturbance, three (or more) of the following symptoms have persisted (four if the mood is only irritable) and have been present to a significant degree: ▫ Inflated self-esteem or grandiosity ▫ Decreased need for sleep (e. g., feels rested after only 3 hours of sleep) ▫ More talkative than usual or pressure to keep talking ▫ Flight of ideas or subjective experience that thoughts are racing ▫ Distractibility (i. e., attention too easily drawn to unimportant or irrelevant external stimuli) ▫ Increase in goal-directed activity (either socially, at work or school, or sexually) or psychomotor agitation ▫ Excessive involvement in pleasurable activities that have a high potential for painful consequences (e. g., engaging in unrestrained buying sprees, sexual indiscretions, or foolish business investments) ▪ The symptoms do not meet criteria for a mixed episode. ▪ The mood disturbance 1) is sufficiently severe to cause marked impairment in occupational functioning, usual social activities, or relationships with others, 2) necessitates hospitalization to prevent harm to self or others, or 3) has psychotic features. ▪ The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e. g., a drug of abuse, a medication, or other treatment) or a general medical condition (e. g., hyperthyroidism).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	ja	2

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VaDoD 2010	**Diagnostic Criteria for a Hypomanic Episode** ▪ A distinct period of persistently elevated, expansive, or irritable mood, lasting at least 4 days, that is clearly different from the usual non-depressed mood. ▪ • During the period of mood disturbance, three (or more) of the following symptoms have persisted (four if the mood is only irritable) and have been present to a significant degree: ▫ Inflated self-esteem or grandiosity ▫ Decreased need for sleep (e. g., feels rested after only 3 hours of sleep) ▫ More talkative than usual or pressure to keep talking ▫ Flight of ideas or subjective experience that thoughts are racing ▫ Distractibility (i. e., attention too easily drawn to unimportant or irrelevant external stimuli) ▫ Increase in goal-directed activity (either socially, at work or school, or sexually) or psychomotor agitation ▫ Excessive involvement in pleasurable activities that have a high potential for painful consequences (e. g., engaging in unrestrained buying sprees, sexual indiscretions, or foolish business investments). ▪ The episode is associated with an unequivocal change in functioning that is uncharacteristic of the person when not symptomatic. ▪ The disturbance in mood and the change in functioning are observable by others. ▪ The episode 1) is not severe enough to cause marked impairment in social or occupational functioning, 2) does not necessitate hospitalization, and 3) does not have psychotic features. ▪ The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication, or other treatment) or a general medical condition (e. g., hyperthyroidism).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	ja	2/3

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VaDoD 2010	**Diagnostic Criteria for a Mixed Episode** ▪ The criteria are met both for a manic episode and for a major depressive episode (except for duration) nearly every day during at least a 1-week period ▪ The mood disturbance 1) is sufficiently severe to cause marked impairment in occupational functioning, usual social activities, or relationships with others, 2) necessitates hospitalization to prevent harm to self or others, or 3) has psychotic features ▪ The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication, or other treatment) or a general medical condition (e. g., hyperthyroidism).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	ja	3
VaDoD 2010	**Definitions** **Diagnostic Criteria for a major depressive episode DSM-IV-TR1** 1. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same two-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) or (2). 1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e. g., feels sad or empty) or observation made by others (e.g., appears tearful). Note: In children and adolescents, can be irritable mood 2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation made by others) 3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5 % of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. Note: In children, consider failure to make expected weight gains 4. Insomnia or hypersomnia nearly every day 5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down)	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	20

(Fortsetzung)

Tabelle 12: Definitionen von Formen der affektiven Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VaDoD 2010 (Forts.)	6. Fatigue or loss of energy nearly every day 7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick) 8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others) 9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide. 2. The symptoms do not meet criteria for a Mixed Episode. 3. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. 4. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition (e.g., hypothyroidism). 5. The symptoms are not better accounted for by bereavement, i.e., after the loss of a loved one, the symptoms persist for longer than 2 months or are characterized by marked functional impairment, morbid preoccupation with worthlessness, suicidal ideation, psychotic symptoms, or psychomotor retardation.						

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

DSM-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV edition Text Revisione.g.: for example; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); ICD: International Code of Diseases; i. e.: that is to say; LoE: Level of Evidence (EvidenzlevelEviodenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n.z.: nicht zuordenbar

B1.2 Tabellarische Darstellung der Empfehlungen zu unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen

Tabelle 13: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Früherkennung							
ICSI 2013	**Depression suspected** Clinicians should use a standardized instrument to screen for depression if it is suspected based on risk factors or presentation	low	nein	strong	ja	ja	12
ICSI 2013	**Additional Considerations (Medical Comorbidity, Cultural Considerations, Special Populations)?** Clinicians should assess and treat for depression in patients with some comorbidities	low	nein	strong	ja	ja	27
ICSI 2013	**Additional Considerations (Medical Comorbidity, Cultural Considerations, Special Populations)?** Clinicians should screen and monitor depression in pregnant and postpartum women	low	nein	strong	ja	ja	27
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** Be alert to possible depression (particularly in people with a past history of depression or a chronic physical health problem with associated functional impairment) and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	118
	consider asking people who may have depression two questions, specifically: ▪ During the last month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless? ▪ During the last month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	118

(Fortsetzung)

Tabelle 13: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Früherkennung							
NCCMH 2010 adults	For people with significant language or communication difficulties, for example people with sensory impairments or a learning disability, consider using the Distress Thermometer* and/or asking a family member or carer about the person's symptoms to identify possible depression. *The Distress Thermometer is a single-item question screen that will identify distress coming from any source. The person places a mark on the scale answering: 'How distressed have you been during the past week on a scale of 0 to 10?' Scores of 4 or more indicate a significant level of distress that should be investigated further (Roth et al., 1998).	n. z.	fehlt	could be used	nein	ja	118
	If a significant level of distress is identified, investigate further.	n. z.	fehlt	should be used	ja	ja	118
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Case identification and recognition**						
	Be alert to possible depression (particularly in patients with a past history of depression or a chronic physical health problem with associated functional impairment)	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	97
	and consider asking patients who may have depression two questions, specifically: ▪ During the last month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless? ▪ During the last month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?* *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	97

(Fortsetzung)

Tabelle 13: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Früherkennung							
NCCMH 2010 physical	For patients with significant language or communication difficulties, for example patients with sensory impairments or a learning disability, consider using the Distress Thermometer* and/or asking a family member or carer about the patient's symptoms to identify possible depression. *The Distress Thermometer is a single-item question screen that will identify distress coming from any source. The patient places a mark on the scale answering: 'How distressed have you been during the past week on a scale of 0 to 10?' Scores of 4 or more indicate a significant level of distress that should be investigated further (Roth et al., 1998).	n. a.	fehlt	could be used	nein	ja	98
	If a significant level of distress is identified, investigate further**. **This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	98
NVL 2015	**Nutzen von Screening zur Früherkennung** **Empfehlung/Statement 2-3** In der Versorgung von Patienten, die einer Hochrisikogruppe angehören – z. B. aufgrund früherer depressiver Störungen oder komorbider somatischer Erkrankungen – sollten Maßnahmen zur Früherkennung bezüglich Depression bei Kontakten in der Hausarztversorgung und in Allgemeinkrankenhäusern eingesetzt werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	36
RNAO 2010	**3. Practice recommendations for depression** 3.1 Nurses should maintain a high index of suspicion for early recognition/early treatment of depression in order to facilitate support and individualized care.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	70
RNAO 2010	3.3 Nurses should use standardized assessment tools to identify the predisposing and precipitating risk factors associated with depression.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	71

(Fortsetzung)

Tabelle 13: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Früherkennung							
SIGN 2012	**Predicting and reducing risk** **Reducing risk** **Antenatal risk reduction – postnatal depression** Psychosocial assessment in the antenatal period for the purposes of identifying risk of postnatal depression should not be routinely offered.	1++, 2++	ja	B	fehlt	ja	9
SIGN 2012	**Prevention and detection** **Detection og antenatal and postnatal depression** When assessing women in the perinatal period it is important to remember that normal emotional changes may mask depressive symptoms or be misinterpreted as depression.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	12
SIGN 2012	Enquiry about depressive symptoms should be made, at minimum, on booking in and postnatally at four to six weeks and three to four months.	n. z.	fehlt	D	nein	n. z.	13
SIGN 2012	For women regarded to be at high risk (those with previous or current depressive disorder), enquiry about depressive symptoms should be made at each contact.	n. z.	fehlt	D	nein	n. z.	13
SIGN 2012	The EPDS or the Whooley Questions may be used in the antenatal and postnatal period as an aid to clinical monitoring and to facilitate discussion of emotional issues.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	13
SIGN 2012	Where there are concerns about the presence of depression, women should be re-evaluated after two weeks. If symptoms persist, or if at initial evaluation there is evidence of severe illness or suicidality, women should be referred to their general practitioner or mental health service for further evaluation.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	13

(Fortsetzung)

Tabelle 13: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

DSM IV- R: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV edition Text Revision; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); GP: general Practitioner; ICD: International Classifcation of Diseases; KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MDS: Minimum Data Set; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n.z.. nicht zuordenbar; RAI: Resident Assessment Instrument

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
ICSI 2013	**Diagnose and Characterize Major Depression with Clinical Interview** Clinicians should use the DSM-5 criteria to determine a diagnosis of major depression, persistent depressive disorder, other specified depressive disorder and unspecified depressive disorder	low	nein	strong	ja	ja	15
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** Be alert to possible depression (particularly in people with a past history of depression or a chronic physical health problem with associated functional impairment) and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	118
	consider asking people who may have depression two questions, specifically: ▪ During the last month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless? ▪ During the last month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	118
NCCMH 2010 adults	If a person answers ‘yes’ to either of the depression identification questions (see 5.2.13.1 [der Leitlinie]) but the practitioner is not competent to perform a mental health assessment, they should refer the person to an appropriate professional. If this professional is not the person’s GP, inform the GP of the referral.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	118
NCCMH 2010 adults	If a person answers ‘yes’ to either of the depression identification questions (see 5.2.13.1 [der Leitlinie]), a practitioner who is competent to perform a mental health assessment should review the person’s mental state and associated functional, interpersonal and social difficulties.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	118
NCCMH 2010 adults	When assessing a person with suspected depression, consider using a validated measure (for example, for symptoms, functions and/or disability) to inform and evaluate treatment.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	118

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
NCCMH 2010 adults	When assessing a person who may have depression, conduct a comprehensive assessment that does not rely simply on a symptom count.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
	Take into account both the degree of functional impairment and/or disability associated with the possible depression and the duration of the episode.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
NCCMH 2010 adults	In addition to assessing symptoms and associated functional impairment, consider how the following factors may have affected the development, course and severity of a person's depression: ▪ any history of depression and comorbid mental health or physical disorders ▪ any past history of mood elevation (to determine if the depression may be part of bipolar disorder*) ▪ any past experience of, and response to, treatments ▪ the quality of interpersonal relationships ▪ living conditions and social isolation. *Refer if necessary to 'Bipolar disorder' (NICE clinical guideline 38; available at www.nice.org. uk/CG38).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	119
NCCMH 2010 adults	**Learning disabilities** When assessing a person with suspected depression, be aware of any learning disabilities or acquired cognitive impairments	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
	and, if necessary, consider consulting with a relevant specialist when developing treatment plans and strategies.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	119

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
NVL 2015	**Diagnostik** **Klassifikation nach Dauer und Verlauf** **Empfehlung/Statement 2-1** Zur Abgrenzung der verschiedenen affektiven Störungen und ihres Schweregrades ist sowohl die aktuelle Symptomatik als auch der bisherige Verlauf ausschlaggebend.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	27
NVL 2015	**Symptomatik und Diagnosestellung gemäß ICD-10** **Diagnose nach ICD-10 – Notwendige diagnostische Maßnahmen** **Erkennen depressiver Störungen** **Empfehlung/Statement 2-2** Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten und eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	34
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 2-4** Die Diagnose einer behandlungsrelevanten depressiven Störung sollte, wenn in einem Screening erhöhte Depressionswerte festgestellt werden, durch die anschließende direkte und vollständige Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome (Schweregrad) sowie Fragen zu Verlauf und Dauer gestellt werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	36

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Berücksichtigung transkultureller Aspekte							
ICSI 2013	**Additional Considerations (Medical Comorbidity, Cultural Considerations, Special Populations)?** Clinicians should acknowledge the impact of culture and cultural differences on physician and mental health	low	nein	strong	ja	ja	27
NCCMH 2010 adults	**Experience of care** **Working with people from diverse ethnic and cultural backgrounds** Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with depression, and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	95/96
	be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of depression ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	95/96

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Berücksichtigung transkultureller Aspekte							
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Principles for assessment, coordination of care and choosing treatments** Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with patients with depression and a chronic physical health problem, and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of depression ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
NVL 2015	**Transkulturelle Aspekte depressiver Störungen** **Therapeutische Angebote** **Ergänzende psychosoziale Maßnahmen** **Empfehlung/Statement 3-92** Kultur- und migrationsspezifische Faktoren sollen im Rahmen der Anamnese, Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	150

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Suizidalität							
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Risk assessment and monitoring** Always ask people with depression directly about suicidal ideation and intent. If there is a risk of self-harm or suicide:	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
	▪ assess whether the person has adequate social support and is aware of sources of help	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
	▪ arrange help appropriate to the level of risk	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
	▪ advise the person to seek further help if the situation deteriorates*. *Ibid.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Principles for assessment, coordination of care and choosing treatments** Always ask patients with depression and a chronic physical health problem directly about suicidal ideation and intent. If there is a risk of self-harm or suicide:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	▪ assess whether the patient has adequate social support and is aware of sources of help	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	▪ arrange help appropriate to the level of risk (see recommendations 5.6.1.12 to 5.6.1.15 [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	▪ advise the patient to seek further help if the situation deteriorates*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Suizidalität							
NVL 2015	**Diagnostik** **Differenzialdiagnostik** **Suizidalität** **Empfehlung/Statement 2-5** Bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung sollte Suizidalität regelmäßig, bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	39
NVL 2015	**Management bei Suizidgefahr** **Ausprägungen und Risikofaktoren von Suizidalität** **Empfehlung/Statement 3-12** Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert, präzise und detailliert erfragt und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	161
NVL 2015	**Suizidprävention und Notfallinterventionen bei Suizidalität** **Diagnostik von Suizidalität** **Empfehlung/Statement 3-14** Die Diagnostik bei suizidalen Patienten schließt die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und die Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks bzw. die aktuelle Distanziertheit von Suizidalität ein.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	163

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Diagnostik bei Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Case identification and recognition**						
	Be alert to possible depression (particularly in patients with a past history of depression or a chronic physical health problem with associated functional impairment)	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	97
	and consider asking patients who may have depression two questions, specifically: ▪ During the last month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless? ▪ During the last month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?* *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	97
NCCMH 2010 physical	If a patient with a chronic physical health problem answers ‘yes’ to either of the depression identification questions (see Section 9.3.1.1 [der Leitlinie]) but the practitioner is not competent to perform a mental health assessment, they should refer the patient to an appropriate professional. If this professional is not the patient’s GP, inform the GP of the referral.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	98

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Diagnostik bei Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	If a patient with a chronic physical health problem answers 'yes' to either of the depression identification questions (see Section 9.3.1.1 [der Leitlinie]), a practitioner who is competent to perform a mental health assessment should: ▪ ask three further questions to improve the accuracy of the assessment of depression, specifically: ▫ during the last month, have you often been bothered by feelings of worthlessness? ▫ during the last month, have you often been bothered by poor concentration? ▫ during the last month, have you often been bothered by thoughts of death? ▪ review the patient's mental state and associated functional, interpersonal and social difficulties ▪ consider the role of both the chronic physical health problem and any prescribed medication in the development or maintenance of the depression ▪ ascertain that the optimal treatment for the physical health problem is being provided and adhered to, seeking specialist advice if necessary	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	98
NCCMH 2010 physical	When assessing a patient with suspected depression, consider using a validated measure (for example, for symptoms, functions and/or disability) to inform and evaluate treatment*. * This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	could be used	nein	ja	98
NCCMH 2010 physical	**Principles for assessment, coordination of care and choosing treatments** When assessing a patient with a chronic physical health problem who may have depression, conduct a comprehensive assessment that does not rely simply on a symptom count.	n. a.	fehlt	should be	ja	ja	98
	Take into account both the degree of functional impairment and/or disability associated with the possible depression and the duration of the episode*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	98

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Diagnostik bei Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	When assessing a patient with a chronic physical health problem and suspected depression, be aware of any learning disabilities or acquired cognitive impairments,	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	and if necessary consider consulting with a relevant specialist when developing treatment plans and strategies*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	99
NCCMH 2010 physical	In addition to assessing symptoms and associated functional impairment, consider how the following factors may have affected the development, course and severity of a patient's depression: ▪ any history of depression and comorbid mental health or physical disorders ▪ any past history of mood elevation (to determine if the depression may be part of bipolar disorder)* ▪ any past experience of, and response to, treatments ▪ the quality of interpersonal relationships ▪ living conditions and social isolation**. ▪ *Refer if necessary to NICE (2006b). **This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	99

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Diagnostik bei Komorbiditäten							
NVL 2015	**Differenzialdiagnostik** **Diagnostisches Vorgehen bei komorbiden Erkrankungen** **Psychische Komorbidität** **Empfehlung/Statement 2-7** Depressive Störungen treten oft gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen auf.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	39
NVL 2015	**Somatische Komorbidität** **Empfehlung/Statement 2-8** Bei depressiven Störungen sollten das Vorliegen von komorbiden körperlichen Erkrankungen sowie die Einnahme von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, sorgfältig geprüft werden. Bei Patienten, die fortan ausschließlich in psychotherapeutischer Behandlung sind, soll der körperliche Status in jedem Fall zuverlässig abgeklärt werden.	IV	nein	B	nein	ja	40
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 2-9** Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik sollte eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	40
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 2-10** Bei entsprechenden Hinweisen auf eine die Erkrankung komplizierende somatische Komorbidität sollte eine Überweisung des Patienten zum Facharzt und bei komplizierender psychischer Komorbidität zum Facharzt oder Psychotherapeuten erfolgen.	n. a.	fehlt	0	nein	n. z.	40

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Diagnostik bei älteren Patienten							
RNAO 2010	**3. Practice recommendations for depression** 3.2 Nurses should use the diagnostic criteria from the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) IV-R to assess for depression.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	70
RNAO 2010	**4. Practice recommendations for delirium, dementia and depression** 4.2 In care settings where Resident Assessment Instrument (RAI) and Minimum Data Set (MDS) instruments are mandated assessment tools, nurses should utilize the MDS data to assist with assessment for delirium, dementia and depression.	III	nein	n. a.	fehlt	ja	81

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

DSM IV- R: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV edition Text Revision; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); GP: general Practitioner; ICD: International Classifcation of Diseases; KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MDS: Minimum Data Set; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n.z.. nicht zuordenbar; RAI: Resident Assessment Instrument

Tabelle 15: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik unipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGKJP 2013	**Prämisse zur Diagnosestellung** Die Diagnose einer depressiven Störung bei Kindern oder Jugendlichen soll nur durch dafür ausgebildetes Fachpersonal gestellt werden. Dazu zählen insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Fachkunde für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Weiterhin zählen dazu Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Es sind spezielle Kenntnisse über die entwicklungspsychologisch und -psychopathologisch begründete Vielfalt der klinischen Erscheinungsformen depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter erforderlich.	n. a.	fehlt	KKP (100 % Zustimmung)	ja	nein	22

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n.z.: nicht zuordenbar

Tabelle 16: Leitlinienempfehlungen zu Therapiezielen – unipolare depressive Störungen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Delivering high-intensity psychological interventions**						
	For all high-intensity psychological interventions, the duration of treatment should normally be within the limits indicated in this guideline.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	298
	As the aim of treatment is to obtain significant improvement or remission the duration of treatment may be: ▪ reduced if remission has been achieved ▪ increased if progress is being made, and there is agreement between the practitioner and the person with depression that further sessions would be beneficial (for example, if there is a comorbid personality disorder or significant psychosocial factors that impact on the person's ability to benefit from treatment).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	298
NCCMH 2010 physical	**Psychological and psychosocial interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Delivery high-intensity psychological interventions**						
	For all high-intensity psychological interventions, the duration of treatment should normally be within the limits indicated in this guideline.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	211
	As the aim of treatment is to obtain significant improvement or remission the duration of treatment may be: ▪ reduced if remission has been achieved ▪ increased if progress is being made, and there is agreement between the practitioner and the patient with depression that further sessions would be beneficial (for example, if there is a comorbid personality disorder or psychosocial factors that impact on the patient's ability to benefit from treatment)*. ▪ *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	211

(Fortsetzung)

Tabelle 16: Leitlinienempfehlungen zu Therapiezielen – unipolare depressive Störungen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
ICSI 2013	**Comprehensive Treatment Plan with Shared Decision-Making** A collaborative care approach is recommended for patients with depression in primary care	high	ja	strong	ja	ja	38
NCCMH 2010 adults	**Experience of care** **Providing information and support, and obtaining informed consent** When working with people with depression and their families or carers:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
	▪ build a trusting relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner						
	▪ explore treatment options in an atmosphere of hope and optimism, explaining the different courses of depression and that recovery is possible	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
	▪ be aware that stigma and discrimination can be associated with a diagnosis of depression	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
	▪ ensure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Learning disabilities** When providing interventions for people with a learning disability or acquired cognitive impairment who have a diagnosis of depression:	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
	▪ where possible, provide the same interventions as for other people with depression						
	▪ if necessary, adjust the method of delivery or duration of the intervention to take account of the disability or impairment.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NCCMH 2010 adults	**Collaborative Care** For people with severe depression and those with moderate depression and complex problems, consider: ▪ referring to specialist mental health services for a programme of coordinated multiprofessional care ▪ providing collaborative care if the depression is in the context of a chronic physical health problem with associated functional impairment*. *Refer to 'Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management' (NICE, 2009c; NCCMH, 2010) for the evidence base for this.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	141
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Medication management** Medication management as a separate intervention for people with depression should not be provided routinely by services. It is likely to be effective only when provided as part of a more complex intervention.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	ja	146
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
ICSI 2013	**Comprehensive Treatment Plan with Shared Decision-Making** A written and mutually agreed-upon treatment plan engaging the patient and family is recommended	low	nein	strong	ja	ja	38
ICSI 2013	Clinicians should discuss the spectrum of treatment options. These options include antidepressant medications and/or psychotherapy treatments and integrative medicine treatments	low	nein	strong	ja	ja	38
KPCI 2012	**1. First-Line treatment of major depressive disorder (MDD)** 1B: Given the lack of evidence on a clearly superior approach for mild to moderate MDD, base treatment decisions on patient and clinician preference, potential side effects, and cost	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	12

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
KPCI 2012	1E: Given the equivalence of therapeutic effect, base the choice of antidepressant on patient's prior response, patient and clinician preference, potential side effects, and cost.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	12
NCCMH 2010 adults	**Experience of care** **Providing information and support, and obtaining informed consent** Make all efforts necessary to ensure that a person with depression can give meaningful and informed consent before treatment starts. This is especially important when a person has severe depression or is subject to the Mental Health Act*. *Ibid	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
NCCMH 2010 adults	Ensure that consent to treatment is based on the provision of clear information (which should also be available in written form) about the intervention, covering: ▪ what it comprises ▪ what is expected of the person while having it ▪ likely outcomes (including any side effects).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	95
NCCMH 2010 adults	**Advanced decisions and statements** For people with recurrent severe depression or depression with psychotic symptoms and for those who have been treated under the Mental Health Act, consider developing advance decisions and advance statements collaboratively with the person.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	95
	Record the decisions and statements and include copies in the person's care plan in primary and secondary care. Give copies to the person and to their family or carer, if the person agrees.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	95

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Collaborative Care** Teams working with people with complex and severe depression should develop comprehensive multidisciplinary care plans in collaboration with the person with depression (and their family or carer, if agreed with the person). The care plan should: ▪ identify clearly the roles and responsibilities of all health and social care professionals involved ▪ develop a crisis plan that identifies potential triggers that could lead to a crisis and strategies to manage such triggers ▪ be shared with the GP and the person with depression and other relevant people involved in the person's care.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	141

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Treatment options** For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the person and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ a high-intensity psychological intervention, normally one of the following options: ▫ CBT ▫ interpersonal therapy (IPT) ▫ behavioural activation (but note that the evidence is less robust than for CBT or IPT) ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit*. *This recommendation also appears in the chapter on pharmacological interventions.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	297
NCCMH 2010 adults	The choice of intervention should be influenced by the: ▪ duration of the episode of depression and the trajectory of symptoms ▪ previous course of depression and response to treatment ▪ likelihood of adherence to treatment and any potential adverse effects ▪ person's treatment preference and priorities.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	297

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **Choice of antidepressant[a]** Discuss antidepressant treatment options with the person with depression, covering: ▪ the choice of antidepressant, including any anticipated adverse events, for example, side effects and discontinuation symptoms (see Section 11.8.7.2 [der Leitlinie]) and potential interactions with concomitant medication or physical health problems* ▪ their perception of the efficacy and tolerability of any antidepressants they have previously taken. *Consult Appendix 1 of the BNF for information on drug interactions and 'Depression in adults with a chronic physical health problem' (Clinical Guideline 91; NICE, 2009c).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	412
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **The effect of sex on antidepressant choice** Do not routinely vary the treatment strategies for depression described in this guideline either by depression subtype (for example, atypical depression or seasonal depression) or by personal characteristics (for example, sex or ethnicity) as there is no convincing evidence to support such action.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	ja	425

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Electroconvulsive therapy** A decision to use ECT should be made jointly with the person with depression as far as possible, taking into account, where applicable, the requirements of the Mental Health Act 2007.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	527
	Also be aware that: ▪ valid informed consent should be obtained (if the person has the capacity to grant or refuse consent) without the pressure or coercion that might occur as a result of the circumstances and clinical setting ▪ the person should be reminded of their right to withdraw consent at any time ▪ there should be strict adherence to recognised guidelines about consent, and advocates or carers should be involved to facilitate informed discussions ▪ if informed consent is not possible, ECT should only be given if it does not conflict with a valid advance decision and the person's advocate or carer should be consulted.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	527
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological management of relapse prevention** For people with depression who are at significant risk of relapse or have a history of recurrent depression, discuss with the person treatments to reduce the risk of recurrence, including continuing medication, augmentation of medication or psychological treatment (CBT). Treatment choice should be influenced by: ▪ previous treatment history, including the consequences of a relapse, residual symptoms, response to previous treatment and any discontinuation symptoms ▪ the person's preference.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	534

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
NVL 2015	**Therapie** **Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen** **Einbezug von Patienten und Angehörigen** **Partizipative Entscheidungsfindung** **Empfehlung/Statement 3-4** Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus sollte mit dem Patienten im Rahmen einer Partizipativen Entscheidungsfindung über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.	n. a.	fehlt	B	nein	ja	49
Berücksichtigung transkultureller Aspekte							
ICSI 2013	**Additional Considerations (Medical Comorbidity, Cultural Considerations, Special Populations)?** Clinicians should acknowledge the impact of culture and cultural differences on physician and mental health	low	nein	strong	ja	ja	27
KPCI 2012	**10. Treatment preferences for MDD in different ethnic groups** Because patient preferences for treatment may vary based on their ethnicity and culture, the GDT recommends asking patients from different ethnic groups about treatment preference, when discussing treatment options for MDD.	n. a.	fehlt	evidence-based[d]	fehlt	ja	77

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 adults	**Experience of care** **Working with people from diverse ethnic and cultural backgrounds**						
	Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with depression, and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	95/96
	be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of depression ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	95/96
NCCMH 2010 adults	Consider providing all interventions in the preferred language of the person with depression where possible*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	96

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Principles for assessment, coordination of care and choosing treatments** Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with patients with depression and a chronic physical health problem, and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of depression ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
NVL 2015	**Transkulturelle Aspekte depressiver Störungen** **Therapeutische Angebote** **Ergänzende psychosoziale Maßnahmen** **Empfehlung/Statement 3-91** Die Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheits- und Behandlungskonzepte im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung erleichtert die Akzeptanz der Behandlung und die therapeutische Mitarbeit (Adhärenz).	Ib	ja	state-ment	nein	ja	149
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-92** Kultur- und migrationsspezifische Faktoren sollen im Rahmen der Anamnese, Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	150

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NCCMH 2010 adults	**Experience of care** **Providing information and support, and obtaining informed consent**						
	▪ When working with people with depression and their families or carers:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
	▪ provide information appropriate to their level of understanding about the nature of depression and the range of treatments available						
	▪ avoid clinical language without adequate explanation	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
	▪ ensure that comprehensive written information is available in the appropriate language and in audio format if possible	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
	▪ provide and work proficiently with independent interpreters (that is, someone who is not known to the person with depression) if needed*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94
NCCMH 2010 adults	Inform people with depression about self-help groups, support groups and other local and national resources*. *Ibid	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	94

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NCCMH 2010 adults	**Advanced decisions and statements** When families or carers are involved in supporting a person with severe or chronic* depression, consider: ▪ providing written and verbal information on depression and ist management, including how families or carers can support the person ▪ offering a carer's assessment of their caring, physical and mental health needs if necessary ▪ providing information about local family or carer support groups and voluntary organisations, and helping families or carers to access these ▪ negotiating between the person and their family or carer about confidentiality and the sharing of information. *Depression is described as 'chronic' if symptoms have been present more or less continuously for 2 years or more.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	95
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Risk assessment and monitoring** Advise people with depression of the potential for increased agitation, anxiety and suicidal ideation in the initial stages of treatment; actively seek out these symptoms and: ▪ ensure that the person knows how to seek help promptly ▪ review the person's treatment if they develop marked and/or prolonged agitation.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NCCMH 2010 adults	Advise a person with depression and their family or carer to be vigilant for mood changes, negativity and hopelessness, and suicidal ideation, and to contact their practitioner if concerned. This is particularly important during high-risk periods, such as starting or changing treatment and at times of increased personal stress*. *Ibid.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
NCCMH 2010 adults	**Active monitoring** For people who, in the judgement of the practitioner, may recover with no formal intervention, or people with mild depression who do not want an intervention, or people with subthreshold depressive symptoms who request an intervention: ▪ discuss the presenting problem(s) and any concerns that the person may have about them ▪ provide information about the nature and course of depression ▪ arrange a further assessment, normally within 2 weeks ▪ make contact if the person does not attend follow-up appointments.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120/ 121
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Treatment options** For people with depression who decline an antidepressant, CBT, IPT, behavioural activation and behavioural couples therapy, consider: ▪ counselling for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression ▪ short-term psychodynamic psychotherapy for people with mild to moderate depression. Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	297/ 298

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **When to change antidepressant treatment when symptoms of depression are not improving**						
	If a person with depression develops side effects early in antidepressant treatment, provide appropriate information and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	416
	consider one of the following strategies: ▪ monitor symptoms closely where side effects are mild and acceptable to the person or ▪ stop the antidepressant or change to a different antidepressant if the person prefers or ▪ in discussion with the person, consider short-term concomitant treatment with a benzodiazepine if anxiety, agitation and/or insomnia are problematic (except in people with chronic symptoms of anxiety); this should usually be for no longer than 2 weeks in order to prevent the development of dependence.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	416/ 417
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **The physical and pharmacological management of depression with a seasonal pattern**						
	Advise people with winter depression that follows a seasonal pattern and who wish to try light therapy in preference to antidepressant or psychological treatment that the evidence for the efficacy of light therapy is uncertain.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	450

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NCCMH 2010 adults	**Antidepressant discontinuation symptoms** When prescribing antidepressants, explore any concerns the person with depression has about taking medication, explain fully the reasons for prescribing, and provide information about taking antidepressants, including: ▪ the gradual development of the full antidepressant effect ▪ the importance of taking medication as prescribed and the need to continue treatment after remission ▪ potential side effects ▪ the potential for interactions with other medications ▪ the risk and nature of discontinuation symptoms with all antidepressants, particularly with drugs with a shorter half-life (such as paroxetine and venlafaxine), and how these symptoms can be minimised ▪ the fact that addiction does not occur with antidepressants. Offer written information appropriate to the person's needs.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	457
NCCMH 2010 adults	Advise people with depression who are taking antidepressants that discontinuation symptoms* may occur on stopping, missing doses or, occasionally, on reducing the dose of the drug. Explain that symptoms are usually mild and self-limiting over about 1 week, but can be severe, particularly if the drug is stopped abruptly. *Discontinuation symptoms include increased mood change, restlessness, difficulty sleeping, unsteadiness, sweating, abdominal symptoms and altered sensations.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	457

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NCCMH 2010 adults	Inform the person that they should seek advice from their practitioner if they experience significant discontinuation symptoms. If discontinuation symptoms occur:	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	457
	▪ monitor symptoms and reassure the person if symptoms are mild						
	▪ consider reintroducing the original antidepressant at the dose that was effective (or another antidepressant with a longer half-life from the same class) if symptoms are severe, and reduce the dose gradually while monitoring symptoms.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	457
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Pharmacological „next-step“ treatment for depression that has not adequately responded to treatment**						
	When using combinations of medications (which should only normally be started in primary care in consultation with a consultant psychiatrist):	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ select medications that are known to be safe when used together						
	▪ be aware of the increased side-effect burden this usually causes	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ discuss the rationale for any combination with the person with depression, follow GMC guidance if off-label medication is prescribed, and monitor carefully for adverse effects	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ be familiar with primary evidence and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	consider obtaining a second opinion when using unusual combinations, the evidence for the efficacy of a chosen strategy is limited or the risk–benefit ratio is unclear	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	508
	▪ document the rationale for the chosen combination.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Electroconvulsive therapy** For people whose depression has not responded well to a previous course of ECT, consider a repeat trial of ECT only after: ▪ reviewing the adequacy of the previous treatment course and Depression not adequately responding to treatment and relapse prevention ▪ considering all other options and ▪ discussing the risks and benefits with the person and/or, where appropriate, their advocate or carer.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	526/ 527
NCCMH 2010 adults	When considering ECT as a treatment choice, ensure that the person with depression is fully informed of the risks associated with ECT, and with the risks and benefits specific to them. Document the assessment and consider: ▪ the risks associated with a general anaesthetic ▪ current medical comorbidities ▪ potential adverse events, notably cognitive impairment ▪ the risks associated with not receiving ECT. The risks associated with ECT may be greater in older people; exercise particular caution when considering ECT treatment in this group.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	527

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NCCMH 2010 adults	Assessment of cognitive function should include: ▪ orientation and time to reorientation after each treatment ▪ measures of new learning, retrograde amnesia and subjective memory impairment carried out at least 24 hours after a treatment.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	527
	If there is evidence of significant cognitive impairment at any stage consider, in discussion with the person with depression, changing from bilateral to unilateral electrode placement, reducing the stimulus dose or stopping treatment depending on the balance of risks and benefits.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	527/ 528
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological management of relapse prevention** Support and encourage a person who has benefited from taking an antidepressant to continue medication for at least 6 months after remission of an episode of depression. Discuss with the person that: ▪ this greatly reduces the risk of relapse ▪ antidepressants are not associated with addiction.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	534
NVL 2015	**Therapie** **Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen** **Einbezug von Patienten und Angehörigen** **Aufklärung und Mitarbeit** **Empfehlung/Statement 3-1** Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen soll eine verständliche Sprache verwendet werden. Soweit Fachausdrücke verwendet werden, müssen diese erklärt werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	46
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-2** Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	47

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NVL 2015	**Evidenzbasierte Patienteninformation** **Empfehlung/Statement 3-3** Depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden. Dabei können zur Unterstützung evidenzbasierte Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen, beides auf der Grundlage dieser Leitlinie, eingesetzt werden. Wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige.	Ib	ja	A	ja	ja	48
NVL 2015	**Partizipative Entscheidungsfindung** **Empfehlung/Statement 3-4** Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus sollte mit dem Patienten im Rahmen einer Partizipativen Entscheidungsfindung über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.	n. a.	fehlt	B	nein	ja	49
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-13** Patienten, die Johanniskraut einnehmen, sollten über die unterschiedliche Wirkstärke der verfügbaren Zubereitungen und die sich daraus ergebenden Unsicherheiten informiert werden. Sie sollten ebenfalls aufgeklärt werden über mögliche schwere Wechselwirkungen von Johanniskraut mit anderen Medikamenten (einschließlich oraler Kontrazeptiva, Antikoagulantien und Antiepileptika).	n. a.	fehlt	B	nein	nein	74

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NVL 2015	**Therapiebeginn** **Empfehlung/Statement 3-17** Besonders zu Beginn der Therapie mit SSRI sollte auf ▪ Hinweise auf ein Serotoninsyndrom (Verwirrtheit, Delir, Zittern/Frösteln, Schwitzen, Veränderungen des Blutdrucks, Myoklonus und Mydriasis); ▪ Blutungsneigung, insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von nichtsteroidalen Antirheumatika; ▪ Hyponatriämie v. a. bei älteren Patienten (SIADH = vermehrte Produktion oder Wirkung des antidiuretischen Hormons ADH); ▪ Diarrhöe; ▪ Suizidgedanken; ▪ eine erhebliche Zunahme von motorischer Unruhe und von Angst und Agitiertheit geachtet werden. Die Patienten sollten auf die Möglichkeit solcher Symptome zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten umgehend ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.	Ib	ja	B	nein	ja	78

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-18** Eine intensive Aufklärung und engmaschige Betreuung (wöchentlich) sollte in den ersten vier Wochen erfolgen, um die Mitarbeit des Patienten zu fördern. Wichtige Inhalte des Aufklärungsgesprächs sind: ▪ Bedenken gegenüber Antidepressiva (z. B. Sucht-, Toleranzentwicklung, Persönlichkeitsveränderungen) erkennen und besprechen; ▪ biologische Wirkmechanismen erklären; ▪ auf Wirklatenz und mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten hinweisen; ▪ Nebenwirkungen erläutern; ▪ Behandlungsdauer begründen. Außerdem kann es dabei vorteilhaft sein, Angehörige und/oder Selbsthilfegruppen einzubeziehen.	n. a.	fehlt	KKP	nein	nein	78
NVL 2015	**Therapie** **Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen** **Einbezug von Patienten und Angehörigen** **Psychoeduktion von Patienten und Angehörigen** **Empfehlung/Statement 3-5** Psychoedukative Angebote für Betroffene und Angehörige sollten zur Verbesserung des Informationsstands, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie als sinnvolle Ergänzung angeboten werden.	n. a.	fehlt	B	nein	ja	50

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen							
NVL 2015	**Psychotherapie** **Effektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression** **Empfehlungen zur Psychotherapie bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression** **Empfehlung/Statement 3-45** Bei Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.	Ia	ja	A	ja	ja	110
SIGN 2010	**Exercise and lifestyle modification** **Lifestyle modification** **Good practice in lifestyle advice for patients with depression** General advice on following a healthy lifestyle is relevant in the management of patients with depression. Advice should address: ▪ alcohol and drug use ▪ diet and eating behaviours ▪ maintenance of social networks and personally meaningful activities ▪ sleep problems.	n. a.	fehlt	☑	nein	nein	11

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Wirkungsprüfung und Therapiemonitoring** **Empfehlung/Statement 3-19** In den ersten 4 Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2-4 Wochen und nach 3 Monate in längeren Intervallen empfohlen. ▪ Spätestens nach 3-4 Wochen sollte eine genaue Wirkungsprüfung erfolgen und entschieden werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht. ▪ Ist keine Verbesserung erkennbar, sollte die Mitarbeit des Patienten und bei den dafür in Frage kommenden Medikamenten der Plasmaspiegel geprüft werden. ▪ Grundsätzlich angeraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Problemen in der Mitarbeit des Patienten. ▪ Im Fall des ausbleibenden erwarteten Therapieeffekts ist das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum inzwischen für die meisten Antidepressiva gut etabliert (Ausnahmen: nicht etabliert für Tranylcypromin und Agomelatin, eingeschränkt etabliert für Paroxetin, Mianserin und Bupropion).	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	80

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
NVL 2015 (Forts.)	▪ Bei Beginn einer Medikation mit Antidepressiva sollten Blutbild und Transaminasen untersucht werden. ▪ Bei Gabe von Lithium sind initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin-Clearance, die Elektrolyte (inkl. Calcium) und das Erfassen der Schilddrüsengröße sowie der TSH-Wert wichtig. ▪ Gewichtskontrollen sind bei einigen Pharmaka wegen der möglichen Gewichtszunahme wichtig, vor allem unter Mirtazapin und den meisten Trizyklika (z. B. Trimipramin und Amitriptylin) sowie Lithium. ▪ Wegen der chinidinartigen Effekte von TZA auf die Reizleitung mit der Gefahr von Blockbildungen und Arrhythmien sowie wegen des Risikos der QTc-Zeit-Verlängerung unter SSRI (insb. in höheren Dosierungen) sind vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im Verlauf EKG-Kontrollen notwendig. ▪ Jedem Patient, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Symptome, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten, geachtet werden. Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden.						

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Depression with anxiety**						
	When depression is accompanied by symptoms of anxiety, the first priority should usually be to treat the depression.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
	When the person has an anxiety disorder and comorbid depression or depressive symptoms, consult the NICE guideline for the relevant anxiety disorder	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
	and consider treating the anxiety disorder first (since effective treatment of the anxiety disorder will often improve the depression or the depressive symptoms)*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	119
NCCMH 2010 adults	**Collaborative Care** For people with severe depression and those with moderate depression and complex problems, consider: ▪ referring to specialist mental health services for a programme of coordinated multiprofessional care ▪ providing collaborative care if the depression is in the context of a chronic physical health problem with associated functional impairment*. *Refer to 'Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management' (NICE, 2009c; NCCMH, 2010) for the evidence base for this.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	141

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**Experience of Care** **Providing information and support, and obtaining informed consent** When working with patients with depression and a chronic physical health problem and their families or carers:	n. a.	fehlt	n. a	fehlt	nein	76
	▪ build a trusting relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner	n. a.	fehlt	should be used	ja	nein	76
	▪ explore treatment options for depression in an atmosphere of hope and optimism, explaining the different courses of depression and that recovery is possible	n. a.	fehlt	should be used	ja	nein	76
	▪ be aware that stigma and discrimination can be associated with a diagnosis of depression and take into account how this may affect the patient with a chronic physical health problem	n. a.	fehlt	should be used	ja	nein	76
	▪ ensure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	76
NCCMH 2010 physical	When working with patients with depression and a chronic physical health problem and their families or carers: ▪ provide information appropriate to their level of understanding about the nature of depression and the range of treatments available	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	76
	▪ avoid clinical language without adequate explanationensure that comprehensive written information is available in the appropriate language and in audio format if possible	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	76

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical (Forts.)	▪ provide and work proficiently with independent interpreters (that is, someone who is not known to the patient) if needed*. *This recommendation also appears in NICE (2009), and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	76
NCCMH 2010 physical	Inform patients with depression and a chronic physical health problem about self-help groups, support groups and other local and national resources for people with depression*. *This recommendation also appears in NICE (2009), and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	76
NCCMH 2010 physical	Make all efforts necessary to ensure that a patient with depression and a chronic physical health problem can give meaningful and informed consent before treatment starts. This is especially important when a patient has severe depression or is subject to the Mental Health Act*. *This recommendation also appears in NICE (2009), and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	77

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	Ensure that consent to treatment is based on the provision of clear information (which should also be available in written form) about the intervention, covering: ▪ what it comprises ▪ what is expected of the patient while having it ▪ likely outcomes (including any side effects)*. *This recommendation also appears NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	77
NCCMH 2010 physical	**Supporting families and carers** When families or carers are involved in supporting a patient with severe or chronic* depression and a chronic physical health problem, consider: ▪ providing written and verbal information on depression and its management, including how families or carers can support the patient ▪ offering a carer's assessment of their caring, physical and mental health needs if necessary ▪ providing information about local family or carer support groups and voluntary organisations, and helping families or carers to access these ▪ negotiating between the patient and their family or carer about confidentiality and the sharing of information**. *Depression is described as 'chronic' if symptoms have been present more or less continuously for 2 years or more. **This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	could be used	nein	ja	77

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Principles for assessment, coordination of care and choosing treatments** Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with patients with depression and a chronic physical health problem, and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of depression ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
NCCMH 2010 physical	When providing interventions for patients with a learning disability or acquired cognitive impairment who have a chronic physical health problem and a diagnosis of depression: ▪ where possible, provide the same interventions as for other patients with depression	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	▪ if necessary, adjust the method of delivery or duration of the intervention to take account of the disability or impairment*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**Risk assessment and monitoring** Advise patients with depression and a chronic physical health problem of the potential for increased agitation, anxiety and suicidal ideation in the initial stages of treatment for depression; actively seek out these symptoms and: ▪ ensure that the patient knows how to seek help promptly ▪ review the patient's treatment if they develop marked and/or prolonged agitation*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100
NCCMH 2010 physical	Advise a patient with depression and a chronic physical health problem, and their family or carer, to be vigilant for mood changes, negativity and hopelessness, and suicidal ideation, and to contact their practitioner if concerned. This is particularly important during high-risk periods, such as starting or changing treatment and at times of increased personal stress*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100
NCCMH 2010 physical	**Depression with anxiety** When depression is accompanied by symptoms of anxiety, the first priority should usually be to treat the depression.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100
	When the patient has an anxiety disorder and comorbid depression or depressive symptoms, consult the NICE guideline for the relevant anxiety disorder	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical (Forts.)	and consider treating the anxiety disorder first (since effective treatment of the anxiety disorder will often improve the depression or the depressive symptoms)*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	100
NCCMH 2010 physical	**Service level interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Effective delivery of interventions for depression** Where a patient's management is shared between primary and secondary care, there should be clear agreement between practitioners (especially the patient's GP) on the responsibility for the monitoring and treatment of that patient. The treatment plan should be shared with the patient and, where appropriate, with their family or carer*. *This recommendation has been taken from the first NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	153
NCCMH 2010 physical	If a patient's chronic physical health problem restricts their ability to engage with a preferred psychosocial or psychological treatment for depression (see recommendations 7.5.1.5 to 7.5.1.9 [der Leitlinie]), consider alternatives in discussion with the patient, such as antidepressants (see recommendations 8.9.1.6 to 8.9.1.36 [der Leitlinie]) or delivery of psychosocial or psychological interventions by telephone if mobility or other difficulties prevent face-to face contact.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	154

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**Collaborative care** Consider collaborative care for patients with moderate to severe depression and a chronic physical health problem with associated functional impairment whose depression has not responded to initial high-intensity psychological interventions, pharmacological treatment or a combination of psychological and pharmacological interventions.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	154
NCCMH 2010 physical	Collaborative care for patients with depression and a chronic physical health problem should normally include: ▪ case management which is supervised and has support from a senior mental health professional ▪ close collaboration between primary and secondary physical health services and specialist mental health services ▪ a range of interventions consistent with those recommended in this guideline, including patient education, psychological and pharmacological interventions, and medication management ▪ long-term co-ordination of care and follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	154
NCCMH 2010 physical	**Complex and severe depression** Practitioners providing treatment in specialist mental health services for patients with complex and severe depression and a chronic physical health problem should: ▪ refer to the NICE guideline on the treatment of depression* ▪ be aware of the additional drug interactions associated with the treatment of patients with both depression and a chronic physical health problem (see recommendations 8.9.1.11 to 8.9.1.21 [der Leitlinie]) ▪ work closely and collaboratively with the physical health services. *NICE (2009)	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	154

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**Psychological and psychosocial interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Effective delivery of interventions for depression** Consider providing all interventions in the preferred language of the patient with depression and a chronic physical health problem where possible.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	208
NCCMH 2010 physical	**Active monitoring** For patients who, in the judgement of the practitioner, may recover with no formal intervention, or patients with mild depression who do not want an intervention, or patients with subthreshold depressive symptoms who request an intervention: ▪ discuss the presenting problem(s) and any concerns that the patient may have about them ▪ provide information about the nature and course of depression ▪ arrange a further assessment, normally within 2 weeks ▪ make contact if the patient does not attend follow-up appointments* *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	208

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**Treatment options for persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression with inadequate response to initial interventions, and moderate and severe depression** For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the patient and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ one of the following high-intensity psychological interventions: ▫ group-based CBT or ▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit*. * This recommendation also appears in Section 8.5.2 where the pharmacological data is presented.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	210
NCCMH 2010 physical	The choice of intervention should be influenced by the: ▪ duration of the episode of depression and the trajectory of symptoms ▪ previous course of depression and response to treatment ▪ likelihood of adherence to treatment and any potential adverse effects ▪ course and treatment of the chronic physical health problem patient's treatment preference and priorities*. *This recommendation also appears in Section 8.5.2 [der Leitlinie] where the pharmacological data is presented.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	211

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Starting treatment** When prescribing antidepressants, explore any concerns the patient with depression and a chronic physical health problem has about taking medication, explain fully the reasons for prescribing, and provide information about taking antidepressants, including: ▪ the gradual development of the full antidepressant effect ▪ the importance of taking medication as prescribed and the need to continue treatment after remission ▪ potential side effects ▪ the potential for interactions with other medications ▪ the risk and nature of discontinuation symptoms with all antidepressants, particularly with drugs with a shorter half-life (such as paroxetine and venlafaxine), and how these symptoms can be minimised ▪ the fact that addiction does not occur with antidepressants.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264/ 265
	Offer written information appropriate to the patient's needs*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	ja	264/ 265
NCCMH 2010 physical	If a patient with depression and a chronic physical health problem develops side effects early in antidepressant treatment, provide appropriate information and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical (Forts.)	consider one of the following strategies: ▪ monitor symptoms closely where side effects are mild and acceptable to the patient or ▪ stop the antidepressant or change to a different antidepressant if the patient prefers or ▪ in discussion with the patient, consider short-term concomitant treatment with a benzodiazepine if anxiety, agitation and/or insomnia are problematic, but: ▫ do not offer benzodiazepines to patients with chronic symptoms of anxiety ▫ use benzodiazepines with caution in patients at risk of falls ▫ in order to prevent the development of dependence, do not use benzodiazepines for longer than 2 weeks.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	265
NCCMH 2010 physical	**Continuing treatment** Support and encourage a patient with a chronic physical health problem who has benefited from taking an antidepressant to continue medication for at least 6 months after remission of an episode of depression. Discuss with the patient that: ▪ this greatly reduces the risk of relapse ▪ antidepressants are not associated with addiction*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265
NCCMH 2010 physical	**Stopping or reducing antidepressants** Advise people with depression and a chronic physical health problem who are taking antidepressants that discontinuation symptoms* may occur on stopping, missing doses or, occasionally, on reducing the dose of the drug.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	267

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical (Forts.)	Explain that symptoms are usually mild and self-limiting over about 1 week, but can be severe, particularly if the drug is stopped abruptly**. *Discontinuation symptoms include increased mood change, restlessness, difficulty sleeping, unsteadiness, sweating, abdominal symptoms and altered sensations. **This recommendation also appears in NICE (2009).						
NCCMH 2010 physical	Inform the patient that they should seek advice from their practitioner if they experience significant discontinuation symptoms. If discontinuation symptoms occur: ▪ monitor symptoms and reassure the patient if symptoms are mild	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	267
	▪ consider reintroducing the original antidepressant at the dose that was effective (or another antidepressant with a longer half-life from the same class) if symptoms are severe, and reduce the dose gradually while monitoring symptoms*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	267
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Alkoholabhängigkeit** **Empfehlung/Statement 3-67** Unabhängig von einer möglicherweise notwendigen Krisenintervention sollte eine Depressionsbehandlung nicht vor einer 2-4-wöchigen Abstinenz begonnen werden, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstel-lung möglich ist. In einer akuten Situation (z. B. bei schwerer depressiver Episode oder bestehender Suizidalität) ist der Behandlungsbedarf sofort gegeben.	IV	nein	B	nein	ja	131

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NVL 2015	**Empfehlungen der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“** **3.6.3.2.1** **Diagnostik von Depression bei alkoholbezogenen Störungen** Komorbide psychische Störungen (Depressionen) sollen bei Alkoholabhängigen 3-4 Wochen nach dem Entzug auf ihre Behandlungsindikation überprüft werden.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	131
NVL 2015	**Neurodegenerative Erkrankungen** **Demenz** **Empfehlung/Statement 3-87** Die Studienlage zur Unterstützung von spezifischen Empfehlungen zur Behandlung der Komorbidität mit einer Demenz ist nicht hinreichend.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	146
Ältere Patienten							
RNAO 2010	**3. Practice recommendations for depression** 3.5 Nurses must be aware of current multi-component care strategies for depression. 3.5.1 Non-pharmacological interventions 3.5.2 Pharmacological caregiving strategies	Ib	ja	n. a.	fehlt	ja	72
RNAO 2010	3.6 Nurses need to facilitate creative client/family/community partnerships to ensure quality care that is individualized for the older client with depression.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	74

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Ältere Patienten							
RNAO 2010	**4. Practice recommendations for delirium, dementia and depression** 4.1 In consultation/collaboration with the interdisciplinary team: Nurses should determine if a client is capable of personal care, treatment and financial decisions. ▪ If client is incapable, nurses should approach substitute decision-makers regarding care issues. ▪ Nurses should determine whom the client has appointed as Power of Attorney (POA) for personal care and finances, and whenever possible include the Power of Attorney along with the client in decision-making, consent, and care planning. ▪ If there is no Power of Attorney, nurses should encourage and facilitate the process for older adults to appoint Power of Attorney and to have discussions about end of life treatment and wishes while mentally capable.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	80
RNAO 2010	4.3 Nurses should avoid physical and chemical restraints as first line care strategies for older adults with delirium, dementia and depression.	III	nein	n. a.	fehlt	ja	82
RNAO 2010	**5. Education recommendation** 5.1 All entry-level nursing programs should include specialized content about the older adult such as normal aging, involvement of client and family throughout the process of nursing care, diseases of old age, assessment and management of delirium, dementia and depression, communication techniques and appropriate nursing interventions.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	88
RNAO 2010	**6. Organizations & policy recommendations** 6.1 Organizations should consider integration of a variety of professional development opportunities to support nurses in effectively developing knowledge and skills to provide care for older adults with delirium, dementia and depression.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	91
RNAO 2010	6.2 Healthcare agencies should implement a model of care that promotes consistency of the nurse/client relationship.	IIb	nein	n. a.	fehlt	ja	91

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Depressionen in der Peripartalzeit							
KPCI 2012	**13. Antidepressants to avoid during pregnancy or breastfeeding** **Pregnancy** 13B: Use caution in starting other selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) in women who are pregnant. ▪ Discuss risks to the mother and fetus of untreated maternal depression, as well as the risk of fetal adverse effects from antidepressants.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98
KPCI 2012	13C: If drug therapy is a consideration for treatment of maternal MDD during pregnancy and/or breastfeeding, then: ▪ Individualize according to patient history and need for medication, and ▪ Discuss the benefits and harms of the various treatment options with the patient.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98
KPCI 2012	13D: If MDD is in remission and a woman becomes pregnant while taking antidepressants during the continuation or maintenance phase of treatment, then: ▪ Discuss the risks to the mother and fetus of untreated maternal depression or depression relapse after antidepressant discontinuation, as well as the risk of fetal adverse effects from continuing antidepressants, and ▪ Monitor for first trimester fetal malformations if taking paroxetine. Consult OB/GYN for considerations on fetal malformation screening.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98
KPCI 2012	**Breastfeeding** 13F: In women taking antidepressants during pregnancy whose depression is in remission and who desire to breastfeed: ▪ Discuss the risks to the mother and fetus of untreated maternal depression or depression relapse after antidepressant discontinuation and the risk of adverse effects in the nursing newborn of mothers continuing antidepressants, and ▪ Consider changing treatment for depression if the newborn shows potential antidepressant-related adverse effects (withdrawal symptoms) during the first few hours after birth.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Depressionen in der Peripartalzeit							
NVL 2015	**Behandlung zyklusassoziierter depressiver Störungen** **Depressionen in der Peripartalzeit** **Pharmakologische Behandlung von Depressionnen in der Peripartalzeit** **Reproduktive Sicherheit pharmakologischer Behandlung** **Längerfristige neurokognitive und verhaltensbezogene Schädigungen** **Empfehlung/Statement 3-93** Die Gabe von Psychopharmaka während der Schwangerschaft und Stillzeit soll einer sorgfältigen Nutzen- und Risiko-Abwägung folgen, welche die individuelle Vor-geschichte (Rezidivrisiko), das bisherige Ansprechen auf ein Medikament, die Verfügbarkeit und den potenziellen Nutzen alternativer Maßnahmen (Psychotherapie) und die Präferenz der betroffenen Frauen berücksichtigt.	n. a.	fehlt	KKP	Nein	n. z.	152
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-94** Wenn eine Pharmakotherapie erfolgen soll, sollte einer Monotherapie der Vorzug gegeben werden. Zu beachten ist: ▪ es sollte die geringste effektive Dosis gewählt werden; ▪ der Einfluss fluktuierender medikamentöser Plasmaspiegel während der Schwangerschaft sollte berücksichtigt werden; ▪ es sollte ein regelmäßiges Monitoring der Wirkstoffspiegel erfolgen und ein niedriger wirksamer Wirkstoffspiegel angestrebt werden; ▪ ein abruptes Absetzen der Medikation sollte vermieden werden.	III	nein	0	Nein	ja	152
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-96** Sertralin oder Citalopram scheinen nicht mit einem erhöhten Risiko für strukturelle Malformati-onen assoziiert zu sein. Dennoch sollte eine fetale sonographische Feindiagnostik in der 20. SSW empfohlen werden. Dabei sollten die möglichen Konsequenzen aus den Untersuchungsbefunden vorher mit der Patientin und ggf. ihrem Partner erörtert werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	152

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Depressionen in der Peripartalzeit							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-97** Bei Patientinnen mit geplanter Schwangerschaft sollte eine Neueinstellung auf ein Lithiumpräparat nur in Einzelfällen erfolgen. Die Patientinnen sollen über das möglicherweise erhöhte Teratogenitätsrisiko (Fehlbildungsrisiko) und die möglichen postpartalen Komplikationen aufgeklärt werden.	III	nein	0	nein	ja	153
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-98** Bei schwangeren Frauen mit Lithiumtherapie sollte wegen Verschiebungen im Wasserhaushalt eine deutlich häufigere Kontrolle des Lithiumsspiegels erfolgen, die Dosis auf mehrere Einnahmen pro Tag verteilt werden, und ein Lithiumspiegel im unteren therapeutischen Bereich angestrebt werden. Die Entscheidung, ob im Falle einer Schwangerschaft eine Lithiumtherapie fortgeführt oder beendet werden soll, ist gemeinsam mit der schwangeren Patientin unter sorgfältiger Abwägung der individuellen Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten zu treffen. Hohe Rezidivgefahr und/oder schwere oder sogar suizidale frühere depressive Episoden können ein gewichtiges Argument für die Beibehaltung der Lithiumtherapie sein.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	153
NVL 2015	**Antidepressiva zur Behandlung postpartaler Depressionen** **Empfehlung/Statement 3-101** Die detaillierte Indikation zur pharmakologischen Behandlung von postpartalen Depressionen sollte unter ausführlicher Nutzen-Risiko-Abwägung auf Mutter und Kind den allgemeinen Behandlungsleitlinien folgen.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	154

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Depressionen in der Peripartalzeit							
SIGN 2012	**Prescribing issues** **General principles** When prescribing psychotropic medication during pregnancy or breast feeding the following principles should be applied: ▪ involve the woman, and her family where appropriate, in all decisions about treatment, including an individualised assessment of benefit versus risk ▪ be aware that not treating mental illness in pregnancy or the postpartum period may in itself be associated with adverse outcomes for the woman, her pregnancy, and her infant ▪ establish a clear indication for drug treatment (ie the presence of significant illness in the absence of acceptable or effective alternatives) ▪ choose treatments with the lowest known risk ▪ in choosing medication in pregnancy consider the implications for breast feeding and the benefits of avoiding the need to switch drugs (including the minimisation of withdrawal effects) ▪ use treatments in the lowest effective dose for the shortest period necessary ▪ be aware of potential drug interactions, particularly with non-psychotropics, and aim for monotherapy	n. a.	fehlt	☑	nein	ja	19

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Depressionen in der Peripartalzeit							
SIGN 2012 (Forts.)	▪ where there is no clear evidence base that one drug is safer than another, the safest option is not to switch. The only drug with a clear indication for switching on safety grounds is valproate (see section 6.3.4 [der Leitlinie]) ▪ be aware of the potential effects of pregnancy and childbirth on drug pharmacokinetics and pharmacodynamics (eg the need for dose adjustments as pregnancy progresses and specific risks during labour and following birth) ▪ be aware that although knowledge of teratogenic effects of psychotropic drugs is increasing, understanding of the long term neurodevelopmental effects of such medications in pregnancy and breast feeding is extremely limited ▪ be aware of the need for close monitoring for change in mental state where a woman decides to cease her usual medication. Stopping medication may lead to relapse of illness ▪ where there is known risk, ensure that women are offered appropriate fetal screening and monitoring of the neonate for adverse effects. This may include involvement of neonatal and or paediatric services ▪ be aware that premature or ill babies are more at risk of harmful drug effects ▪ monitor the infant for specific drug side effects as well as feeding patterns, growth and development caution women against sleeping in bed with the infant, particularly if taking sedative drugs.						
SIGN 2012	**Psychotropic medication use in the pre-pregnancy period** All women of childbearing potential who take psychotropic medication should be made aware of the potential effects of medications in pregnancy. The use of reliable contraceptive methods should be discussed.	n. z.	fehlt	D	nein	n. z.	20
SIGN 2012	If a woman taking psychotropic drugs is planning a pregnancy, consideration should be given to discontinuing treatment if the woman is well and at low risk of relapse.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	20

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Depressionen in der Peripartalzeit							
SIGN 2012	**Antidepressants** **Summary** General practitioners should review antidepressant therapy as soon as possible in pregnancy to discuss whether the current medication should be continued and any other alternative pharmacological or non-pharmacological treatments initiated.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	Choice of antidepressant in pregnancy should take into account implications for breastfeeding.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	Since the evidence base for safety of antidepressant prescribing in pregnancy is a rapidly developing area, clinicians should update their knowledge frequently.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	**Lithium** Where a woman is taking lithium in pregnancy, mental health services should provide maternity services with information on the recognition of lithium toxicity, lithium-drug interactions and pregnancy-related events which may precipitate toxicity.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23

(Fortsetzung)

Tabelle 17: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Der GoR und LoE „evidence-based“ wird in den Klassifizierungssystemen der Leitlinie zum GoR und LoE nicht erläutert.

ADH: Antidiuretisches Hormon; CBT: Cognitive behavioral Therapy; ECT: Electro-Convulsive Therapy; EKG: Elektrokardiogramm; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GDT: Guideline Development Team; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); GP: General Practitioner; GYN: Gynecologist; IPT: Interpersonal Psychotherapy; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; MAOIs: Monoamine Oxidase; KKP: Klinischer Konsenspunkt; LDL: Low density Lipoprotein; LFTSs: Liver Function Tests; LoE: Level of Evidence; MDD: Major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; OB: Obstetrician; QTc-Zeit: frequenzkorrigierte QT-Zeit; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors; SSW: Schwangerschaftswoche; TSH-Wert: Wert für Thyreoidea-Stimulierendes Hormon = Thyreotropin; TZA: Trizyklische Antidepressiva

Tabelle 18: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGKJP 2013	**Empfehlung 2: Ambulante Behandlung** Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen können im Regelfall ambulant behandelt werden. Voraussetzung ist ein für ein ambulantes Behandlungssetting angemessenes allgemeines psychosoziales Funktionsniveau (gemäß Achse VI des MAS).	4, 5	nein	KKP (95,8 % Zustimmung)	ja	ja	26
DGKJP 2013	**Empfehlung 3: stationäre und teilstationäre Behandlung** Kinder und Jugendliche mit allen Formen von depressiven Störungen sollten stationär behandelt werden, wenn zumindest eines der folgenden Kriterien erfüllt ist: ▪ Suizidalität verbunden mit fehlender Absprachefähigkeit ▪ Erheblicher Mangel an Ressourcen oder erhebliche aktuelle abnorme psychosoziale Belastungen gemäß Achse V des MAS ▪ Erhebliche Funktionseinschränkungen gemäß Achse VI des MAS, insbesondere bei unzureichender Alltagsbelastbarkeit Eine teilstationäre Behandlung ist unter Berücksichtigung des Schweregrades der Störung, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes sowie der regionalen Versorgungskapazitäten zu prüfen und gegebenenfalls zu empfehlen.	5	nein	KKP (100 % Zustimmung)	ja	ja	26
DGKJP 2013	**Empfehlung 4: Behandlung der ersten Wahl** Für Kinder unter acht Jahren kann aufgrund mangelnder empirischer Evidenz keine Empfehlung gegeben werden.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	42
DGKJP 2013	**Empfehlung 5: Alternativen zur Behandlung der ersten Wahl** Für Kinder unter acht Jahren kann aufgrund mangelnder empirischer Evidenz keine Empfehlung gegeben werden	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	43

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	**Empfehlung**	**LoE[a]**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]**	**GoR[a]**	**NVL-Kategorie A[b]**	**Literatur[c]**	**Seite**
DGKJP 2013	**Empfehlung 10: Überprüfung des Therapieerfolgs** Zu Beginn der therapeutischen Maßnahme sollen mit den Patientinnen, Patienten und ihren Bezugspersonen Zielkriterien der Therapie festgelegt werden. Es sollte eine regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolges stattfinden. Der Therapieerfolg kann frühestens nach vier Wochen durch die Patientinnen und Patienten selbst, ihre Bezugspersonen und die Behandelnden eingeschätzt werden. Wenn sich nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsame Verbesserung eingestellt hat bzw. wenn bei Pharmakotherapie nach vier Wochen keine Response vorliegt, kann eine Veränderung der Behandlungsmodalitäten vorgenommen werden.	n. a.	fehlt	KKP (Zustimmung 100 %)	ja	ja	53
DGKJP 2013	**Empfehlung 12: Fortsetzung der Behandlung** Bei älteren Jugendlichen mit einer rezidivierenden depressiven Störung sollte die nationale Versorgungsleitlinie für Erwachsene mit unipolarer Depression angewendet werden.	n. z.	fehlt	KKP (Zustimmung 100 %)	ja	n. z.	55

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGKJP 2013	**Empfehlung 14: Prävention von Rückfällen und Rezidiven** Die Behandelnden sollen mit Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen und ihren Bezugspersonen Lösungsstrategien entwickeln, um Rückfälle und Rezidive zu verhindern. Die Behandelnden sollen Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen und ihre Bezugspersonen über das Rückfall- und Rezidivrisiko aufklären und ihnen vermitteln, welche Krankheitsmerkmale und frühe Warnzeichen erkennbar sein können. Sie sollen mit den Betroffenen Strategien entwickeln, wie sie sich bei Auftreten dieser Merkmale verhalten können. Dies sollte den Primärärztinnen und –ärzten (Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin), die aufgrund der niederschwelligen Erreichbarkeit die Kinder und Jugendlichen häufiger in der Remissions- oder Erholungsphase sehen, zur Kenntnis gebracht werden, sofern die Patientinnen und Patienten dem zugestimmt haben. Ziel ist, dass die Primärärztinnen und -ärzte die Kinder und Jugendlichen im Sinne der vereinbarten Strategien unterstützen können. Die Bezugspersonen sollten über mögliche Hilfen informiert werden.	3	nein	KKP (Zustimmung 100 %)	ja	ja	57

(Fortsetzung)

Tabelle 18: Leitlinienempfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen – Grundsätze der Therapie und Therapieplanung bei unipolaren depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NICE 2015	**Review question 1: psychological therapies for the treatment of depression in children and young people** 3. Discuss the choice of psychological therapies with children and young people and their family members or carers (as appropriate). Explain that there is no good-quality evidence that one type of psychological therapy is better than the others.	n. z.	fehlt	should be	ja	n. z.	23

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MAS: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO; n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Aktiv-abwartende Begleitung und niedrigschwellige Maßnahmen							
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Active monitoring** In the previous guideline, a recommendation was made for watchful waiting. In the process of the development of this guideline, in discussion with stakeholders and with the GDG, considerable concern was expressed about the term itself and the fact that it suggested a passive process rather than the more active process of assessment, advice and support that characterises effective interventions for people with mild depression that may spontaneously remit. In light of this, the GDG preferred the term 'active monitoring' and revised the original recommendation accordingly.						
	For people who, in the judgement of the practitioner, may recover with no formal intervention, or people with mild depression who do not want an intervention, or people with subthreshold depressive symptoms who request an intervention: ▪ discuss the presenting problem(s) and any concerns that the person may have about them ▪ provide information about the nature and course of depression ▪ arrange a further assessment, normally within 2 weeks ▪ make contact if the person does not attend follow-up appointments.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120/ 121

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Aktiv-abwartende Begleitung und niedrigschwellige Maßnahmen							
NCCMH 2010 adults	**Low-intensity psychosocial interventions** For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, consider offering one or more of the following interventions, guided by the person's preference: ▪ individual guided self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised cognitive behavioural therapy (CCBT)* ▪ a structured group physical activity programme. *This recommendation (and recommendation 1.4.2.1 in Clinical Guideline 91 [NICE, 2009c]) updates the recommendations on depression only in 'Computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety (review)' (NICE technology appraisal 97 [NICE, 2006a]).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	213
NCCMH 2010 adults	**Delivery of low-intensity psychosocial interventions** Individual guided self-help programmes based on the principles of CBT (and including behavioural activation and problem-solving techniques) for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should: ▪ include the provision of written materials of an appropriate reading age (or alternative media to support access) ▪ be supported by a trained practitioner, who typically facilitates the self-help programme and reviews progress and outcome ▪ consist of up to six to eight sessions (face-to-face and via telephone) normally taking place over 9 to 12 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	213/ 214

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Aktiv-abwartende Begleitung und niedrigschwellige Maßnahmen							
NCCMH 2010 adults	CCBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should: ▪ be provided via a stand-alone computer-based or web-based programme ▪ include an explanation of the CBT model, encourage tasks between sessions, and use thought-challenging and active monitoring of behaviour, thought patterns and outcomes ▪ be supported by a trained practitioner, who typically provides limited facilitation of the programme and reviews progress and outcome ▪ typically take place over 9 to 12 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	214
NCCMH 2010 adults	Physical activity programmes for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should: ▪ be delivered in groups with support from a competent practitioner ▪ consist typically of three sessions per week of moderate duration (45 ▪ minutes to 1 hour) over 10 to 14 weeks (average 12 weeks).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	214
NCCMH 2010 adults	**Sleep hygiene** Offer people with depression advice on sleep hygiene if needed, including: ▪ establishing regular sleep and wake times ▪ avoiding excess eating, smoking or drinking alcohol before sleep ▪ creating a proper environment for sleep ▪ taking regular physical exercise*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	214

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Aktiv-abwartende Begleitung und niedrigschwellige Maßnahmen							
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-6** Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden.	IV	nein	0	nein	ja	73
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-7** Hält die Symptomatik einer leichten depressiven Episode nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über eine Intensivierung der Behandlung gesprochen werden. Als Behandlungsmöglichkeiten stehen beispielsweise zur Verfügung: ▪ Beratung (Counselling); ▪ Psychoedukativ-supportive Gespräche; ▪ Qualifizierte angeleitete Selbsthilfe z. B. Selbsthilfebücher / Online-Programme; ▪ Problemlöseansätze (Problem-solving); ▪ Psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung bzw. psychosomatische Grundversorgung;	IV	nein	0	nein	ja	73
NVL 2015	**Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Körperliches Training** **Empfehlung/Statement 3-61** Patienten mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollte die Durchführung eines strukturierten und supervidierten körperlichen Trainings empfohlen werden.	Ib	ja	B	nein	ja	125

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Aktiv-abwartende Begleitung und niedrigschwellige Maßnahmen							
SIGN 2010	**Self help** **Self help support groups** Practitioners referring patients to self help groups should consider the following parameters of good practice: Groups should be: ▪ linked to an organisation or well established group that can offer the necessary resources, support and promotion of the groups ▪ subject to regular review and evaluation ▪ held in accessible, non-stigmatising and welcoming venues ▪ recovery-focused and with clear confidentiality policies maintained by members and facilitators ▪ led by facilitators who are trained in listening, conflict management and facilitation skills; and who are supervised and supported themselves. Facilitators should have Central Registered Body in Scotland disclosure checks carried out and updated.	n. a.	fehlt	☑	nein	nein	9
SIGN 2010	**Guided self help** Guided self help based on CBT or behavioural principles is recommended as a treatment option for patients with depression.	1++, 1+	ja	A	ja	ja	9
SIGN 2010	**Computerised self help** Within the context of guided self help, computerised CBT is recommended as a treatment option for patients with depression.	1++	ja	A	ja	ja	9
SIGN 2010	**Exercise and lifestyle modification** **Exercise** Structured exercise may be considered as a treatment option for patients with depression.	n. z.	fehlt	B	fehlt	n. z.	10

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Aktiv-abwartende Begleitung und niedrigschwellige Maßnahmen							
SIGN 2010	Individuals who are interested in using structured exercise as a treatment intervention for depression should be referred to appropriate exercise counselling and activities in their local community that are relevant to the type of exercise they feel they will enjoy. This may include a range of community provision eg, local gyms, swimming pools, and voluntary walking groups. If there are doubts about the individual's physical health they should be referred back to the GP for health/cardiovascular assessment.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	10
SIGN 2010	The physical activity readiness questionnaire (PAR-Q) provides a validated tool to determine whether individuals require screening investigations ahead of commencing a structured exercise programme. (www.csep.ca/CMFiles/publications/parq/par-q.pdf).	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	10
SIGN 2010	Patients should be made aware of factors which may improve and help maintain motivation. For example: setting realistic goals may allow individuals to monitor their progress; exercising with others; and an exercise class or buddy system can increase enjoyment.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	10
Psychotherapie							
KCE 2014	**8 Recommendations** **8.1 Psychotherapy alone, or in combination with antidepressants** If a patient with a major depression does not want combined treatment (i.e. if the patient prefers to start with only one type of treatment) psychotherapy[a] could be a first choice, because psychotherapy* is at least as effective as antidepressants in the short term and superior to antidepressants in the long-term. This recommendation might not apply to patients with a severe major depressive disorder having psychotic symptoms.	very low	nein	weak	nein	n. z.	55
KPCI 2012	**1. First-Line treatment of major depressive disorder (MDD)** 1A: For patients with mild to moderate major depressive disorder (MDD), use either antidepressant medication or psychotherapy as first-line treatment.	fair	fehlt	evidence -based B	nein	n. z.	12

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychotherapie							
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Effective delivery of interventions for depression** All interventions for depression should be delivered by competent practitioners. Psychological and psychosocial interventions should be based on the relevant treatment manual(s), which should guide the structure and duration of the intervention. Practitioners should consider using competence frameworks developed from the relevant treatment manual(s) and for all interventions should: ▪ receive regular high-quality supervision ▪ use routine outcome measures and ensure that the person with depression is involved in reviewing the efficacy of the treatment ▪ engage in monitoring and evaluation of treatment adherence and practitioner competence - for example, by using video and audio tapes, and external audit and scrutiny where appropriate.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	296
NCCMH 2010 adults	**Group cognitive behavioural therapy** Consider group-based CBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who decline low-intensity psychosocial interventions (see 7.5.1.1 [der Leitlinie]).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	296
NCCMH 2010 adults	Group-based CBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should: ▪ be based on a structured model such as ‘Coping with Depression’ ▪ be delivered by two trained and competent practitioners ▪ consist of ten to 12 meetings of eight to ten participants ▪ normally take place over 12 to 16 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	297

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychotherapie							
NCCMH 2010 adults	**Treatment options** For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the person and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ a high-intensity psychological intervention, normally one of the following options: ▫ CBT ▫ interpersonal therapy (IPT) ▫ behavioural activation (but note that the evidence is less robust than for CBT or IPT) ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit*. *This recommendation also appears in the chapter on pharmacological interventions.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	297
NCCMH 2010 adults	The choice of intervention should be influenced by the: ▪ duration of the episode of depression and the trajectory of symptoms ▪ previous course of depression and response to treatment ▪ likelihood of adherence to treatment and any potential adverse effects person's treatment preference and priorities.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	297

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychotherapie							
NCCMH 2010 adults	For people with depression who decline an antidepressant, CBT, IPT, behavioural activation and behavioural couples therapy, consider: ▪ counselling for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression ▪ short-term psychodynamic psychotherapy for people with mild to moderate depression. Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	297/ 298
NVL 2015	**Psychotherapie** **Gemeinsame Wirkfaktoren von Psychotherapie** **Empfehlung/Statement 3-40** Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt.	n. a.	fehlt	B	nein	ja	93
NVL 2015	**Effektivität psychotherapeutischer Verfahren in der Akuttherapie** **Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-42** Sofern die eingesetzten Behandlungsmöglichkeiten (Empfehlung nach 3-7-mod.) nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie angeboten werden. Dies gilt auch für mittelschwere depressive Episoden.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	106
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-43** Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychotherapie							
NVL 2015	**Effektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression** **Empfehlungen zur Psychotherapie bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression** **Empfehlung/Statement 3-46** Bei Dysthymie sollte eine Psychotherapie angeboten werden.	Ia	ja	B	nein	ja	110
NVL 2015	**Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie** **Psychotherapie als alleinige Erhaltungstherapie bzw. Rezivprophylaxe** **Empfehlung/Statement 3-52** Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	115
NVL 2015	**Effektivität von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression** **Empfehlung/Statement 3-54** Bei pharmakotherapieresistenter Depression sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.	n. a.	fehlt	B	nein	ja	117
SIGN 2010	**Psychological therapies** **Introduction** Practitioners delivering psychological therapies should be trained to approved levels of competency, participate in continuing professional development and be registered with the appropriate governing body. They should be receiving ongoing supervision.	n. a.	fehlt	☑	nein	ja	5
SIGN 2010	**Behavioural activation** Behavioural activation is recommended as a treatment option for patients with depression.	1++	ja	A	ja	ja	5

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychotherapie							
SIGN 2010	**Cognitive behavioural therapy** Individual CBT is recommended as a treatment option for patients with depression.	1++	ja	A	ja	ja	5
SIGN 2010	**Couple-focused therapy** A couple-focused approach should be considered where the current relationship is contributing to the depression, or where involvement of a partner is considered to be of potential therapeutic benefit.	1+	ja	☑	nein	ja	6
SIGN 2010	**Interpersonal therapy** Interpersonal therapy is recommended as a treatment option for patients with depression.	1++, 1+	ja	A	ja	ja	7
SIGN 2010	**Problem solving therapy** Problem solving therapy may be considered as a treatment option for patients with depression.	1++	ja	B	fehlt	ja	8
SIGN 2010	**Psychodynamic psychotherapy** Short term psychodynamic psychotherapy may be considered as a treatment option for patients with depression.	1+	ja	B	fehlt	ja	8

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
KPCI 2012	**11. Patient self-management strategies for improving symptoms of MDD** **Light therapy** 11F: The GDT makes no recommendation for or against light therapy as a primary or adjunctive treatment for nonseasonal forms of MDD.	insuffi-cient	nein	evidence -based I	nein	ja	80
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Electroconvulsive therapy** Consider ECT for acute treatment of severe depression that is lifethreatening and when a rapid response is required, or when other treatments have failed.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	526
NCCMH 2010 adults	Do not use ECT routinely for people with moderate depression but	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	526
	consider it if their depression has not responded to multiple drug treatments and psychological treatment.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	526
NCCMH 2010 adults	When considering ECT as a treatment choice, ensure that the person with depression is fully informed of the risks associated with ECT, and with the risks and benefits specific to them. Document the assessment and consider: ▪ the risks associated with a general anaesthetic ▪ current medical comorbidities ▪ potential adverse events, notably cognitive impairment ▪ the risks associated with not receiving ECT. The risks associated with ECT may be greater in older people; exercise particular caution when considering ECT treatment in this group.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	527

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
NCCMH 2010 adults	The choice of electrode placement and stimulus dose related to seizure threshold should balance efficacy against the risk of cognitive impairment.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	527
	Take into account that: ▪ bilateral ECT is more effective than unilateral ECT but may cause more cognitive impairment ▪ with unilateral ECT, a higher stimulus dose is associated with greater efficacy, but also increased cognitive impairment compared with a lower stimulus dose.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	527
NCCMH 2010 adults	Assess clinical status after each ECT treatment using a formal valid outcome measure, and stop treatment when remission has been achieved, or sooner if side effects outweigh the potential benefits.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	527
NCCMH 2010 adults	Assess cognitive function before the first ECT treatment and monitor at least every three to four treatments, and at the end of a course of treatment.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	527
NCCMH 2010 adults	Assessment of cognitive function should include: ▪ orientation and time to reorientation after each treatment ▪ measures of new learning, retrograde amnesia and subjective memory impairment carried out at least 24 hours after a treatment.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	527
	If there is evidence of significant cognitive impairment at any stage consider, in discussion with the person with depression, changing from bilateral to unilateral electrode placement, reducing the stimulus dose or stopping treatment depending on the balance of risks and benefits.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	527/ 528
NCCMH 2010 adults	If a person's depression has responded to a course of ECT, antidepressant medication should be started or continued to prevent relapse. Consider lithium augmentation of antidepressants.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	528

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
NCCMH 2010 adults	**Other non-pharmacological physical treatments** Current evidence suggests that there are no major safety concerns associated with transcranial magnetic stimulation (TMS) for severe depression. There is uncertainty about the procedure's clinical efficacy, which may depend on higher intensity, greater frequency, bilateral application and/or longer treatment durations than have appeared in the evidence to date. TMS should therefore be performed only in research studies designed to investigate these factors.	n. z.	fehlt	should be used	ja	ja	529
NVL 2015	**Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Elektrokonvulsive Therapie** **EKT als Erhaltungstherapie** **Empfehlung/Statement 3-55** EKT soll bei schweren, vital bedrohlichen oder therapieresistenten depressiven Episoden als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden.	Ia	ja	A	ja	ja	121
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-56** Nach einer erfolgreichen EKT-Behandlungsserie sollte eine Erhaltungstherapie mit Pharmakotherapie und Psychotherapie erfolgen, mit oder ohne zusätzliche EKT.	Ia	ja	B	nein	ja	121
NVL 2015	**Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)** **Empfehlung/Statement 3-58** Wachtherapie sollte in der Behandlung depressiver Episoden als Behandlungsform erwogen werden, wenn eine rasche, wenn auch kurz anhaltende Response therapeutisch gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll.	n. a.	fehlt	B	nein	ja	122

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
NVL 2015	**Lichttherapie** **Empfehlung/Statement 3-59** Lichttherapie soll als Behandlungsform bei Patienten mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierender depressiver Störungen, die einem saisonalen Muster folgen, erwogen werden.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	123
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-60** Mit Lichttherapie behandelte Patienten mit saisonal abhängiger depressiver Episode, die auf diese Therapieform ansprechen, können die Lichttherapie den gesamten Winter über fortsetzen.	n. a.	fehlt	0	nein	n. z.	123
NVL 2015	**Neuere nichtpharmakologische therapeutische Möglichkeiten** **Repetitive Transkranielle Magnetstimulation** **Empfehlung/Statement 3-62** Eine hochfrequente repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) des linken dorsolateralen präfrontalen Cortex (DLPFC) kann bei Patienten eingesetzt werden, die primär nicht auf eine antidepressive Pharmakotherapie angesprochen haben.	Ib	ja	0	nein	ja	126
NVL 2015	**Vagus-Nerv-Stimulation** **Empfehlung/Statement 3-63** Für die Vagus-Nerv-Stimulation (VNS) gibt es noch zu wenig Evidenz, um Empfehlungen für ihre allgemeine klinische Nützlichkeit und Anwendbarkeit aussprechen zu können.	Ib	ja	state-ment	nein	ja	127

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen							
KPCI 2012	**11. Patient self-management strategies for improving symptoms of MDD Internet resources** 11A: The GDT recommends scientifically validated internet-based patient self-help materials as an optional adjunct strategy (in addition to antidepressants or psychotherapy) for treating symptoms of MDD.	fair	nein	evidence-based B	nein	ja	80
KPCI 2012	**Exercise** 11B: The GDT recommends exercise as an adjunctive strategy (in addition to antidepressants or psychotherapy) for treating the symptoms of MDD.	n. a.	fehlt	evidence-based B	nein	ja	80
KPCI 2012	**Bibliotherapy** 11C: The GDT recommends scientifically validated bibliotheray as an optional adjunct strategy (in addition to antidepressants or psychotherapy) for treating the symptoms of MDD.* *Bibliotherapy: Advising people to read specific written material based on cognitive- behavioral approaches to depression treatment.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	nein	80
KPCI 2012	**Befriending** 11D: The GDT recommends befriending as an optional adjunct to antidepressants or psychotherapy for treating the symptoms of MDD.* *Befriending: consists of a designated befriender who meets the depressed person to talk and socialize with for at least one hour per week.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	ja	80
KPCI 2012	**Patient-initiated combined phone/computer programs** 11E: There is insufficient evidence for or against using patient-initiated combined phone/computer programs in the treatment of MDD.	n. a.	fehlt	evidence-based I	nein	ja	80

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen							
KPCI 2012	**Music therapy** 11G: The GDT makes no recommendation for or against music therapy as an adjunct to antidepressants or psychotherapy for treating the symptoms of MDD.	insuffi-cient	nein	evidence -based I	nein	ja	80
KPCI 2012	**Life review therapy** 11H: The GDT makes no recommendation for or against life review therapy as an optional adjunctive depression management strategy for depressed older adult patients who are concurrently receiving regular social services care.	insuffi-cient	nein	evidence -based I	nein	ja	80
KPCI 2012	**12. Behavioral health education classes for adults with MDD (cognitive behavioral skills or problem-solving classes)** For patients with mild to moderate MDD, the GDT recommends behavioral health education classes as an adjunctive treatment option. However, these classes should not be used in lieu of either antidepressant medication or psychotherapy.	n. a.	fehlt	evidence -based[d]	fehlt	ja	95
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Acute day hospital care** For people with long-standing moderate or severe depression who would benefit from additional social or vocational support, consider: ▪ befriending as an adjunct to pharmacological or psychological treatments; befriending should be by trained volunteers providing, typically, at least weekly contact for between 2 and 6 months* ▪ *a rehabilitation programme if a person's depression has resulted in loss of work or disengagement from other social activities over a longer term.* *The evidence for this part of the recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	could be used	nein	ja	155

(Fortsetzung)

Tabelle 19: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen							
NVL 2015	**Therapie** **Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen** **Einbezug von Patienten und Angehörigen** **Psychoeduktion von Patienten und Angehörigen** **Empfehlung/Statement 3-5** Psychoedukative Angebote für Betroffene und Angehörige sollten zur Verbesserung des Informationsstands, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie als sinnvolle Ergänzung angeboten werden.	n. a.	fehlt	B	nein	ja	50

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Der GoR und LoE „evidence-based“ wird in den Klassifizierungssystemen der Leitlinie zum GoR und LoE nicht erläutert.

CBT: Cognitive behavioral Therapy; CCBT: Computerised cognitive behavioural Therapy; ECT: Electro-convulsive Therapy; EKT: Elektrokonvulsionstherapie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GDG: Guideline Development Group; GDT: Guideline Development Team; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); GP: General Practitioner; IPT: Interpersonal Psychotherapy; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; MDD: Major depressive Disorder; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 20: Leitlinienempfehlungen zu nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Aktiv-abwartende Begleitung und niedrigschwellige Maßnahmen							
DGKJP 2013	**Empfehlung 1: Aktiv abwartende Maßnahmen / Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit** Bei leichten depressiven Störungen ohne Komorbidität, ohne nennenswerte Risikofaktoren, familiäre Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignale für einen Rückfall kann zunächst aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen ausreichend sein. Auch bei Kindern und Jugendlichen, die diese aktiv abwartenden Maßnahmen ablehnen, sollte eine Nachkontrolle nach zwei Wochen vereinbart werden. Voraussetzung für dieses aktive Zuwarten ist eine vollständige, altersgerechte Alltagsbewältigung. In diesem Rahmen sollen Kindern und Jugendlichen mit leichten depressiven Störungen und ihren Angehörigen unabhängig von anderen Interventionen altersgerechte Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit empfohlen werden. Bei Fortbestehen der Symptomatik müssen weitere Interventionen geplant werden.	3, 4	nein	KKP (83,3 % Zustim-mung)	fehlt	ja	23
NICE 2015	**Review question 1: psychological therapies for the treatment of depression in children and young people** 1. Following a period of up to 4 weeks of watchful waiting, offer all children and young people with continuing mild depression and without significant comorbid problems or signs of suicidal ideation individual non-directive supportive therapy, group cognitive behavioural therapy (CBT) or guided self-help for a limited period (approximately 2 to 3 months).	n. z.	fehlt	should be	ja	n. z.	22 / 23
	This could be provided by appropriately trained professionals in primary care, schools, social services and the voluntary sector or in tier 2 Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS).	n. z.	fehlt	could be	nein	n. z.	22 / 23

(Fortsetzung)

Tabelle 20: Leitlinienempfehlungen zu nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychotherapie							
DGKJP 2013	**Empfehlung 4: Behandlung der ersten Wahl** Ältere Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen sollen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin erhalten.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	42
DGKJP 2013	**Empfehlung 4: Behandlung der ersten Wahl** Einer Psychotherapie ist Vorrang zu geben, da eine Pharmakotherapie zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen könnte.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	42
DGKJP 2013	**Empfehlung 4: Behandlung der ersten Wahl** Einer Psychotherapie ist bei leichter bis mittelgradiger Depression zunächst Vorrang zu geben. Bei einer schweren Depression sollte eine Kombinationstherapie in Erwägung gezogen werden.	n. z.	fehlt	KKP (Zustimmung n. a.)	fehlt	n. z.	43
DGKJP 2013	**Empfehlung 5: Alternativen zur Behandlung der ersten Wahl** Wenn bei älteren Kindern oder Jugendlichen mit depressiven Störungen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollten eine psychodynamische oder eine systemische Psychotherapie empfohlen werden.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	43
NICE 2015	**Review question 1: psychological therapies for the treatment of depression in children and young people** 2. Offer children and young people with moderate to severe depression a specific psychological therapy (individual CBT, interpersonal therapy, family therapy, or psychodynamic psychotherapy) that runs for at least 3 months.	n. z.	fehlt	should be	ja	n. z.	23

(Fortsetzung)

Tabelle 20: Leitlinienempfehlungen zu nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
DGKJP 2013	**Statements zu Behandlungsansätzen mit unzureichender Evidenz** **Statement 1:** Da derzeit keine aussagekräftigen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen vorliegen, kann keine Empfehlung für oder gegen diese Ansätze ausgesprochen werden: Gesprächspsychotherapie, Künstlerische Therapien, Ergotherapie, Maßnahmen der Jugendhilfe, repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS), Vagusnervstimulation, Schlafdeprivation/Wachtherapie und Massage. Gegen den Einsatz von Johanniskraut und Agomelatin sprechen mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	51
DGKJP 2013	**Statements zu Behandlungsansätzen mit unzureichender Evidenz** **Statement 2:** Im (teil-)stationären Setting sowie als ergänzende Behandlung im ambulanten Setting spricht die klinische Erfahrung für die Wirksamkeit komplementärer therapeutischer Angebote.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	51
DGKJP 2013	**Empfehlung 9: Elektrokonvulsionstherapie** Da derzeit keine aussagekräftigen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen vorliegen, ist unklar, welche Wirksamkeit und welche unerwünschten Auswirkungen Elektrokonvulsionstherapie (EKT) auf Kinder und Jugendliche haben kann, insbesondere auf Kinder. Daher kann EKT bei Kindern nicht empfohlen werden; bei Jugendlichen kann eine Anwendung bei Fällen mit sehr schweren Formen der Depression, bei denen die in dieser Leitlinie empfohlenen Ansätze keine Wirkung gezeigt haben, in Erwägung gezogen werden.	4, 5	nein	0	nein	ja	52 / 53

(Fortsetzung)

Tabelle 20: Leitlinienempfehlungen zu nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

CBT: Cognitive behavioral Therapy; EKT: Elektrokonvulsionstherapie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; rTMS: Repetitive transkranielle Magnetstimulation

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
KCE 2014	**8 Recommendations** **8.1 Psychotherapy alone, or in combination with antidepressants** Antidepressant medication only should be avoided as a treatment option for major depression in the symptomatic phase, because the combination of psychotherapy[a] and antidepressants has superior effect in the long-term.	moderate	fehlt	strong	ja	n. z.	55
KPCI 2012	**1. First-Line treatment of major depressive disorder (MDD)** 1A: For patients with mild to moderate major depressive disorder (MDD), use either antidepressant medication or psychotherapy as first-line treatment.	fair	fehlt	evidence-based B	nein	n. z.	12
KPCI 2012	1D: If antidepressants are used, any class of antidepressant (SSRI, TCA, SNRI, NRI, or DA) may be prescribed as first-line treatment of MDD.	good	ja	evidence-based B	nein	n. z.	12
KPCI 2012	1E: Given the equivalence of therapeutic effect, base the choice of antidepressant on patient's prior response, patient and clinician preference, potential side effects, and cost.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	12

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Treatment options** For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the person and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ a high-intensity psychological intervention, normally one of the following options: ▫ CBT ▫ interpersonal therapy (IPT) ▫ behavioural activation (but note that the evidence is less robust than for CBT or IPT) ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit*. *This recommendation also appears in the chapter on pharmacological interventions.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	297
NCCMH 2010 adults	**Introduction to pharmacological and physical interventions** Do not use antidepressants routinely to treat persistent subthreshold depressive symptoms or mild depression because the risk–benefit ratio is poor,	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	327

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	but consider them for people with: ▪ a past history of moderate or severe depression or ▪ initial presentation of subthreshold depressive symptoms that have been present for a long period (typically at least 2 years) or ▪ subthreshold depressive symptoms or mild depression that persist(s) after other interventions*. *This recommendation also appears in Chapter 13 [der Leitlinie].	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	327
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **Choice of antidepressant[a]** Discuss antidepressant treatment options with the person with depression, covering: ▪ the choice of antidepressant, including any anticipated adverse events, for example, side effects and discontinuation symptoms (see Section 11.8.7.2) and potential interactions with concomitant medication or physical health problems* ▪ their perception of the efficacy and tolerability of any antidepressants they have previously taken. *Consult Appendix 1 of the BNF for information on drug interactions and 'Depression in adults with a chronic physical health problem' (Clinical Guideline 91; NICE, 2009c).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	412
NCCMH 2010 adults	When an antidepressant is to be prescribed, it should normally be an SSRI in a generic form because SSRIs are equally effective as other antidepressants and have a favourable risk–benefit ratio.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	412/ 413

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	**Empfehlung**	**LoE[a]**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]**	**GoR[a]**	**NVL-Kategorie A[b]**	**Literatur[c]**	**Seite**
Antidepressiva							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	Also take the following into account: ▪ SSRIs are associated with an increased risk of bleeding, especially in older people or in people taking other drugs that have the potential to damage the gastrointestinal mucosa or interfere with clotting. In particular, consider prescribing a gastroprotective drug in older people who are taking non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) or aspirin. ▪ Fluoxetine, fluvoxamine and paroxetine are associated with a higher propensity for drug interactions than other SSRIs*. ▪ Paroxetine is associated with a higher incidence of discontinuation symptoms than other SSRIs**. *Ibid **The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	412/ 413

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
NCCMH 2010 adults	When prescribing drugs other than SSRIs, take the following into account: ▪ The increased likelihood of the person stopping treatment because of side effects (and the consequent need to increase the dose gradually) with venlafaxine, duloxetine and TCAs. ▪ The specific cautions, contraindications and monitoring requirements for some drugs. For example: ▫ the potential for higher doses of venlafaxine to exacerbate cardiac arrhythmias and the need to monitor the person's blood pressure ▫ the possible exacerbation of hypertension with venlafaxine and duloxetine ▫ the potential for postural hypotension and arrhythmias with TCAs ▫ the need for haematological monitoring with mianserin in elderly People*. ▪ Non-reversible monoamine oxidase inhibitors (MAOIs), such as phenelzine, should normally be prescribed only by specialist mental health professionals. ▪ Dosulepin should not be prescribed. *Consult the BNF for detailed information.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	413
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **When to change antidepressant treatment when symptoms of depression are not improving** If a person with depression develops side effects early in antidepressant treatment, provide appropriate information and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	416

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	consider one of the following strategies: ▪ monitor symptoms closely where side effects are mild and acceptable to the person or ▪ stop the antidepressant or change to a different antidepressant if the person prefers or ▪ in discussion with the person, consider short-term concomitant treatment with a benzodiazepine if anxiety, agitation and/or insomnia are problematic (except in people with chronic symptoms of anxiety); this should usually be for no longer than 2 weeks in order to prevent the development of dependence.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	416/ 417
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Pharmacological „next-step“ treatment for depression that has not adequately responded to treatment** Do not switch to, or start, dosulepin because evidence supporting its tolerability relative to other antidepressants is outweighed by the increased cardiac risk and toxicity in overdose.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	507
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-8** Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	73

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-9** Für einen Einsatz von Antidepressiva bei einer leichten depressiven Episode können u. a. sprechen: ▪ Wunsch/Präferenz des Patienten; ▪ positive Erfahrung des Patienten mit gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie in der Vergangenheit; ▪ Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen; ▪ Episoden mittelgradiger oder schwerer Depression in der Vorgeschichte des Patienten.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	73
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-10** Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode soll Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	74

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
NVL 2015	**Therapiebeginn** **Empfehlung/Statement 3-14** Ab Erreichen der Standarddosierung sollten vier Wochen (bei älteren Patienten: sechs Wochen) wegen der Wirklatenz abgewartet werden, bis gemeinsam mit dem Patienten beurteilt wird, ob eine Response vorliegt. Hierzu ist eine gute Dokumentation der Symptomatik bei Behandlungsbeginn erforderlich. Dieser Bewertungstag sollte bereits zu Beginn der Medikation mit dem Patienten vereinbart werden. Bei vielen Antidepressiva sollte schrittweise bis zur Standarddosierung aufdosiert werden. Diese Aufdosierungsphase sollte so lange sein, wie es die Verträglichkeit erfordert, aber so kurz wie möglich, da diese Zeit nicht zur Wirklatenz hinzu gezählt werden kann (siehe Abbildung). Während der Aufdosierungsphase und der Beobachtung der Wirklatenz sollte eine sorgfältige Überwachung möglicher Nebenwirkungen erfolgen. Bei Response am Entscheidungstag sollte die Fortsetzung der Medikation bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie erfolgen. Bei Non-Response sollte dem Patienten eine Veränderung der Behandlungsstrategie empfohlen werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	77
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-15** In der Regel sollte die antidepressive Medikation mit der niedrigen, als „Anfangsdosis“ bezeichneten Tagesdosis begonnen werden. Bei älteren Patienten ist es sinnvoll, bei Trizyklika diese Anfangsdosis zu halbieren und gegebenenfalls langsam aufzudosieren.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	77

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-16** Bei trizyklischen Antidepressiva sind deren anticholinerge und chinidinartige Nebenwirkungen zu beachten. Daher ist deren Gabe für Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung, Engwinkelglaukom, Prostatahypertophie, Pylorusstenose und anderen ausgeprägten intestinalen Stenosen, schwerer Obstipation, kognitiven Störungen, Krampfleiden oder Verwirrtheitszuständen/Delir mit einem erhöhten Risiko verbunden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	77
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-17** Besonders zu Beginn der Therapie mit SSRI sollte auf ▪ Hinweise auf ein Serotoninsyndrom (Verwirrtheit, Delir, Zittern/Frösteln, Schwitzen, Veränderungen des Blutdrucks, Myoklonus und Mydriasis); ▪ Blutungsneigung, insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von nichtsteroidalen Antirheumatika; ▪ Hyponatriämie v. a. bei älteren Patienten (SIADH = vermehrte Produktion oder Wirkung des antidiuretischen Hormons ADH); ▪ Diarrhöe; ▪ Suizidgedanken; ▪ eine erhebliche Zunahme von motorischer Unruhe und von Angst und Agitiertheit geachtet werden. Die Patienten sollten auf die Möglichkeit solcher Symptome zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten umgehend ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.	Ib	ja	B	nein	ja	78
NVL 2015	**Pharmakotherapie chronischer Depressionen** **Empfehlung/Statement 3-36** Bei Dysthymie und Double Depression soll eine pharmakologische Behandlung angeboten werden.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	89

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Antidepressiva							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-37** Bei einer chronischen (mehr als 2 Jahre persistierenden) depressiven Episode sollte eine pharmakologische Behandlung angeboten werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	89
Pflanzliche Arzneimittel							
KPCI 2012	**2. Hypericum (St. John's Wort) for MDD** 2A: The GDT makes no recommendation for or against providing hypericum (St. John's Wort) in patients with mild-to-moderate major depression.	fair	fehlt	evidence-based C	nein	n. z.	38
KPCI 2012	2B: The GDT recommends against providing hypericum (St. John's Wort) to patients with severe major depression.	evidence-based[a]	fehlt	evidence-based[d]	fehlt	n. z.	38
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **St. John's wort** Although there is evidence that St John's wort may be of benefit in mild or moderate depression, practitioners should: ▪ not prescribe or advise its use by people with depression because of uncertainty about appropriate doses, persistence of effect, variation in the nature of preparations and potential serious interactions with other drugs (including oral contraceptives, anticoagulants and anticonvulsants)	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	391
	▪ advise people with depression of the different potencies of the preparations available and of the potential serious interactions of St John's wort with other drugs*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	391

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Pflanzliche Arzneimittel							
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-12** Wenn bei leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden eine Pharmakotherapie erwogen wird, kann bei Beachtung der spezifischen Nebenwirkungen und Interaktionen ein erster Therapieversuch auch mit Johanniskraut unternommen werden.	n. a.	fehlt	0	nein	nein	74
SIGN 2010	**Herbal remedies and nutritional supplements** **Hypericum extract (St John`s wort)** Healthcare professionals should not advise use of extract of Hypericum (St John's wort) for patients with depression due to the lack of standardisation of dose and the risk of interactions with several common medications including the contraceptive pill. Where individual patients are using extract of Hypericum (St John's wort) for treatment of depression, the general practitioner should facilitate full consideration of potential drug interactions.	1++	ja	☑	nein	ja	13

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Wahnhafte Depression, Depressionen mit psychotischen Symptomen							
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **The pharmacological management of depression with psychotic symptoms** For people who have depression with psychotic symptoms, consider augmenting the current treatment plan with antipsychotic medication (although the optimum dose and duration of treatment are unknown)*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous NICE guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	427
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Pharmakotherapie bei besonderen Patientengruppen** **Wahnhafte Depression** **Empfehlung/Statement 3-39** Bei Patienten mit wahnhafter Depression sollte eine Kombination aus Antidepressiva und Antipsychotika erwogen werden. Welche konkreten Kombinationen besonders erfolgsversprechend sind, lässt sich aufgrund der aktuellen Studienlage noch nicht beantworten.	Ia	ja	B	nein	ja	92
NVL 2015	**Psychotherapie** **Effektivität psychotherapeutischer Verfahren in der Akuttherapie** **Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-44** Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Der GoR und LoE „evidence-based“ wird in den Klassifizierungssystemen der Leitlinie zum GoR und LoE nicht erläutert.

ADH: Antidiuretisches Hormon; BNF: British National Formulary; CBT: Cognitive behavioral Therapy; DA: ; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GDT: Guideline Development Team; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); IPT: Interpersonal Psychotherapy; KKP: Klinischer Konsenpunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; MDD: Major depressive Disorder; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NRI: Norepinephrine reuptake Inhibitor; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; RCT: Randomized controlled Trial; SNRI: Serotonin Norepinephrine reuptake Inhibitors; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors; TCA: Tricyclic Antidepressant

Tabelle 22: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGKJP 2013	**Empfehlung 4: Behandlung der ersten Wahl** Ältere Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen sollen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin erhalten.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	42
DGKJP 2013	Einer Psychotherapie ist Vorrang zu geben, da eine Pharmakotherapie zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen könnte.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	42
DGKJP 2013	**Empfehlung 5: Alternativen zur Behandlung der ersten Wahl** Wenn die Gabe des Medikaments Fluoxetin nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollten die Medikamente Escitalopram, Citalopram oder Sertralin empfohlen werden.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	43
DGKJP 2013	**Empfehlung 6: Trizyklische Antidepressiva** Trizyklische Antidepressiva (TZA) sollen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen nicht eingesetzt werden.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	45
DGKJP 2013	**Empfehlung 7: Paroxetin, Venlafaxin und Mirtazapin** Paroxetin, Venlafaxin und Mirtazapin sollen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen nicht eingesetzt werden.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	45
DGKJP 2013	**Empfehlung 8: Moclobemid** Moclobemid (ein Monoaminoxidasehemmer, MAOI) sollte bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen nicht eingesetzt werden.	3	nein	B	nein	ja	46

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGKJP 2013	**Statements zu Behandlungsansätzen mit unzureichender Evidenz** **Statement 1:** Da derzeit keine aussagekräftigen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen vorliegen, kann keine Empfehlung für oder gegen diese Ansätze ausgesprochen werden: Gesprächspsychotherapie, Künstlerische Therapien, Ergotherapie, Maßnahmen der Jugendhilfe, repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS), Vagusnervstimulation, Schlafdeprivation/Wachtherapie und Massage. Gegen den Einsatz von Johanniskraut und Agomelatin sprechen mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	51
NICE 2015	**Review question 2 and 3: antidepressants, psychological therapy and combination therapy for the treatment of depression in children and young people** 9. Do not offer antidepressant medication to a child or young person with moderate to severe depression except in combination with a concurrent psychological therapy. Specific arrangements must be made for careful monitoring of adverse drug reactions, as well as for reviewing mental state and general progress; for example, weekly contact with the child or young person and their parent(s) or carer(s) for the first 4 weeks of treatment. The precise frequency will need to be decided on an individual basis, and recorded in the notes. In the event that psychological therapies are declined, medication may still be given, but as the young person will not be reviewed at psychological therapy sessions, the prescribing doctor should closely monitor the child or young person's progress on a regular basis and focus particularly on emergent adverse drug reactions.	n. z.	fehlt	should not be	ja	n. z.	32

(Fortsetzung)

Tabelle 22: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MAOI: Monoamine Oxidase Inhibitor; n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 23: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
KCE 2014	**8 Recommendations** **8.1 Psychotherapy alone, or in combination with antidepressants** Psychotherapy* combined with anti-depressant medication is the preferred treatment option for patients with a major depression both in the acute phase and the continuation phase. *The effect is currently only sufficiently studied for cognitive behavioural therapy (CBT)	very low	nein	weak	nein	n. z.	55
KCE 2014	If a patient with a major depression does not want combined treatment (i.e. if the patient prefers to start with only one type of treatment) psychotherapy* could be a first choice, because psychotherapy* is at least as effective as antidepressants in the short term and superior to antidepressants in the long-term. This recommendation might not apply to patients with a severe major depressive disorder having psychotic symptoms. *The effect is currently only sufficiently studied for cognitive behavioural therapy (CBT)	very low	nein	weak	nein	n. z.	55
KCE 2014	Antidepressant medication only should be avoided as a treatment option for major depression in the symptomatic phase, because the combination of psychotherapy* and antidepressants has superior effect in the long-term. *The effect is currently only sufficiently studied for cognitive behavioural therapy (CBT)	moderate	fehlt	strong	ja	n. z.	55
KPCI 2012	**1. First-Line treatment of major depressive disorder (MDD)** 1C: For patients with severe or chronic MDD, combine antidepressant use and psychotherapy* as first line-treatment. *(Interpersonal therapy, cognitive behavioral therapy, or problem-solving therapy)	good	ja	evidence -based B	nein	n. z.	12

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Treatment options** For people with moderate or severe depression, provide a combination of antidepressant medication and a high-intensity psychological intervention (CBT or IPT)*. *Ibid	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	297
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-11** Bei akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	74
NVL 2015	**Psychotherapie** **Effektivität psychotherapeutischer Verfahren in der Akuttherapie** **Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-43** Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	107
NVL 2015	**Effektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression** **Empfehlungen zur Psychotherapie bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression** **Empfehlung/Statement 3-45** Bei Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.	Ia	ja	A	ja	ja	110

(Fortsetzung)

Tabelle 23: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NVL 2015	**Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie** **Empfehlung/Statement 3-50** Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen und Double Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.	Ia	ja	B	nein	ja	113
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-51** Studienergebnisse liefern Hinweise, dass die Compliance (bzw. Adhärenz) bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie stattfindet.	Ib	ja	state-ment	nein	ja	113

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

CBT: Cognitive behavioral Therapy; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); IPT: Interpersonal Psychotherapy; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MDD: Major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 24: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGKJP 2013	**Empfehlung 4: Behandlung der ersten Wahl** Ältere Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen sollen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin erhalten.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	42
DGKJP 2013	Einer Psychotherapie ist bei leichter bis mittelgradiger Depression zunächst Vorrang zu geben. Bei einer schweren Depression sollte eine Kombinationstherapie in Erwägung gezogen werden.	n. z.	fehlt	KKP (Zustimmung n. a.)	fehlt	n. z.	43
NICE 2015	**Review question 2 and 3: antidepressants, psychological therapy and combination therapy for the treatment of depression in children and young people** 4. Consider combined therapy (fluoxetine* and psychological therapy) for initial treatment of moderate to severe depression in young people (12–18 years), as an alternative to psychological therapy followed by combined therapy and to recommendations 5, 6 and 7 [der Leitlinie]. *At the time of publication (March 2015), Fluoxetine did not have UK marketing authorisation for use in young people (aged 12-18), without a previous trial of psychological therapy that was ineffective. For combined antidepressant treatment and psychological therapy as an initial treatment, the prescriber should follow relevant professional guidance, taking full responsibility for the decision. Informed consent should be obtained and documented. See the General Medical Council's Good practice in prescribing medicines – guidance for doctors for further information.	n. z.	fehlt	could be	nein	n. z.	31 / 32

(Fortsetzung)

Tabelle 24: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NICE 2015	9. Do not offer antidepressant medication to a child or young person with moderate to severe depression except in combination with a concurrent psychological therapy. Specific arrangements must be made for careful monitoring of adverse drug reactions, as well as for reviewing mental state and general progress; for example, weekly contact with the child or young person and their parent(s) or carer(s) for the first 4 weeks of treatment. The precise frequency will need to be decided on an individual basis, and recorded in the notes. In the event that psychological therapies are declined, medication may still be given, but as the young person will not be reviewed at psychological therapy sessions, the prescribing doctor should closely monitor the child or young person's progress on a regular basis and focus particularly on emergent adverse drug reactions.	n. z.	fehlt	should not be	ja	n. z.	32

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar ; UK: United Kingdom

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Depression with anxiety**						
	When depression is accompanied by symptoms of anxiety, the first priority should usually be to treat the depression.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
	When the person has an anxiety disorder and comorbid depression or depressive symptoms, consult the NICE guideline for the relevant anxiety disorder	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
	and consider treating the anxiety disorder first (since effective treatment of the anxiety disorder will often improve the depression or the depressive symptoms)*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	119
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Depression with anxiety**						
	When depression is accompanied by symptoms of anxiety, the first priority should usually be to treat the depression.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100
	When the patient has an anxiety disorder and comorbid depression or depressive symptoms, consult the NICE guideline for the relevant anxiety disorder	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100
	and consider treating the anxiety disorder first (since effective treatment of the anxiety disorder will often improve the depression or the depressive symptoms)*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	100

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Angst- und Zwangsstörungen** **Empfehlung/Statement 3-64** Bei Vorliegen von depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sollten sowohl Psychotherapie (empirische Belege liegen vor für KVT und IPT) als auch Pharmakotherapie (empirische Belege liegen vor für SSRIs und Venlafaxin) als wirksame Behandlungsverfahren angeboten werden.	n. ü.	fehlt	KKP	nein	ja	129
NVL 2015	**Alkoholabhängigkeit** **Empfehlung/Statement 3-67** Unabhängig von einer möglicherweise notwendigen Krisenintervention sollte bei Komorbidität von depressiver Symptomatik und Alkoholabhängigkeit eine Depressionsbehandlung nicht vor einer 2-4-wöchigen Abstinenz begonnen werden, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstel-lung möglich ist. In einer akuten Situation (z. B. bei schwerer depressiver Episode oder bestehender Suizidalität) ist der Behandlungsbedarf sofort gegeben.	IV	nein	B	nein	ja	131
NVL 2015	**Empfehlungen der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“** **3.6.1.3.2** **Intensität der Intervention bei Alkoholabhängigkeit und Depression** Eine intensivere Intervention sollte bei Personen mit komorbiden depressiven Störungen vorgesehen werden, da die Betroffenen üblicherweise schwerer gesundheitlich betroffen sind und eine ungünstigere Prognose aufweisen, als Personen mit einer einzelnen Erkrankung.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	131

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NVL 2015	**3.6.1.3.4** **Integrierte/Gleichzeitige Therapie bei Depression und alkoholbezoge-nen Störungen** Bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und einer komorbiden Störung sollte die Behandlung für die beiden Störungen integriert in einem Setting bzw. durch ein Therapeutenteam erfolgen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung, z. B. durch Case Management, gewährleistet sein.	n. a.	fehlt	KKP	nein	nein	131
NVL 2015	**3.6.3.2.1** **Diagnostik von Depression bei alkoholbezogenen Störungen** Komorbide psychische Störungen (Depressionen) sollen bei Alkoholabhängigen 3-4 Wochen nach dem Entzug auf ihre Behandlungsindikation überprüft werden.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	131
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Somatoforme Störungen** **Empfehlung/Statement 3-73** Obwohl depressive Störungen und somatoforme Störungen relativ häufig gemeinsam auftreten, können aufgrund der unzureichenden Studienlage keine Empfehlungen über eine Pharmako- oder Psychotherapie bei dieser Komorbidität ausgesprochen werden. Entsprechend gelten die evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen für beide Störungen, siehe auch die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“.	IV	nein	state-ment	nein	ja	135

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Alkoholabhängigkeit** **Empfehlung/Statement 3-66** Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit sollte eine antidepressive Psychotherapie zur Reduktion der depressiven Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer suchtspezifischen Psychotherapie (empirische Belege liegen für die KVT vor), angeboten werden.	n. ü.	fehlt	KKP	nein	ja	130 / 131
NVL 2015	**Empfehlungen der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“** **3.6.3.2.2** **Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen und Depression** Kognitive Verhaltenstherapie sollte als Behandlungsverfahren bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen (Depressionen) zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik angeboten werden. Zu anderen Psychotherapieverfahren kann aufgrund unzureichender Daten keine Empfehlung ausgesprochen werden.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	131
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Essstörungen** **Empfehlung/Statement 3-68** Zur Psychotherapie der komorbiden Depression bei Essstörungen existieren keine systematischen Untersuchungen, so dass über die störungsbezogenen Empfehlungen zur Behandlung der Essstörungen und der Depression hinaus keine evidenzbasierten Empfehlungen bei dieser Komorbidität gegeben werden können.	n. a.	fehlt	statement	nein	n. z.	132

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Persönlichkeitsstörungen** **Empfehlung/Statement 3-72** Bei Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung (Borderline, paranoid, ängstlich-vermeidend und dependent) kann eine Psychotherapie als alleiniges Verfahren oder als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie (empirische Hinweise existieren für die KVT, die IPT und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie) angeboten werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	134
Medikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Alkoholabhängigkeit** **Empfehlung/Statement 3-65** Bei Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiver Störung kann eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva (empirische Belege liegen vor für Fluoxetin, Desipramin und Mirtazapin) zur Reduktion der depressiven Symptome sowie der Wahrscheinlichkeit eines Alkoholrückfalls (empirische Belege liegen vor für Fluoxe-tin, Desipramin und Mirtazapin) eingesetzt werden.	n. ü.	fehlt	KKP	nein	ja	130
NVL 2015	**Empfehlungen der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“** **3.6.3.2.3** **Antidepressiva bei Depression und alkoholbezogenen Störungen** Antidepressiva sollen Patienten bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression und alkoholbezogenen Störungen zur Besserung der depressiven Symptomatik angeboten werden.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	131

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**3.6.3.2.4** **SSRI bei Depression und alkoholbezogenen Störungen:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer sollen bei komorbiden Personen nicht als alleinige Therapie zur Reduktion des Alkoholkonsums eingesetzt werden.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	131
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Essstörungen** **Empfehlung/Statement 3-69** Bei einer Komorbidität von depressiver Episode und Bulimia nervosa sollte eine Pharmakotherapie (empirische Belege liegen für Fluoxetin vor) zur Verbesserung der depressiven Symptomatik angeboten werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	133
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-70** Bei der Pharmakotherapie der Depression bei Essstörungen sollten substanzspezifische Effekte auf die jeweilige Essstörung beachtet werden, z. B. Gewichtszunahme unter Mirtazapin, Mianserin und sedierenden trizyklischen Antidepressiva, Übelkeit und Appetitreduktion unter SSRI. Eine Reduktion von Essattacken ist für Fluoxetin empirisch belegt.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	133
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Persönlichkeitsstörungen** **Empfehlung/Statement 3-71** Für die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie mit einem SSRI oder einem MAO-Hemmer oder einem atypischen Antipsychotikum bei Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen empirische Belege vor.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	134

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Kombinationsbehandlung							
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Alkoholabhängigkeit** **Empfehlung/Statement 3-66** Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit sollte eine antidepressive Psychotherapie zur Reduktion der depressiven Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer suchtspezifischen Psychotherapie (empirische Belege liegen für die KVT vor), angeboten werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	130 / 131
NVL 2015	**Empfehlungen der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“** **3.6.3.2.5** **Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie bei Depression und alkoholbezogenen Störungen** Die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit einem Antidepressivum sollte bei der Behandlung komorbider alkoholbezogenen Störungen und (bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren) Depressionen angeboten werden.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	132
NVL 2015	**3.6.3.2.6** **Unzureichende Wirkung von Einzeltherapien bei Depression und alkoholbezogenen Störungen** Bei unzureichender Wirkung einzelner Psycho- und Pharmako-Therapieverfahren können KVT, SSRI und Naltrexon kombiniert werden (Depression und Alkoholabhängigkeit)	n. a.	fehlt	KKP	nein	nein	132

(Fortsetzung)

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Kombinationsbehandlung							
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide psychische Störungen** **Persönlichkeitsstörungen** **Empfehlung/Statement 3-72** Bei Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung (Borderline, paranoid, ängstlich-vermeidend und dependent) kann eine Psychotherapie als alleiniges Verfahren oder als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie (empirische Hinweise existieren für die KVT, die IPT und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie) angeboten werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	134

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); IPT: Interpersonelle Psychotherapie; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MAO: Monoaminoxidase; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Psychological and psychosocial interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Effective delivery of interventions for depression** All interventions for depression should be delivered by competent practitioners. Psychological and psychosocial interventions should be based on the relevant treatment manual(s)*, which should guide the structure and duration of the intervention. Practitioners should consider using competence frameworks developed from the relevant treatment manual(s) and for all interventions should: ▪ receive regular high-quality supervision ▪ use routine outcome measures and ensure that the patient with depression is involved in reviewing the efficacy of the treatment ▪ engage in monitoring and evaluation of treatment adherence and practitioner competence – for example, by using video and audio tapes, and external audit and scrutiny where appropriate**. *A treatment manual describes how an intervention should be delivered. Typically it contains an account of the disorder and/or problem to be treated, and the specific population for which the intervention was developed. It sets out the theoretical rationale for the intervention and specifies the knowledge and skills required to deliver the intervention competently. In many cases manuals also specify the frequency, intensity and duration of the intervention. Manuals usually contain a mix of indicative as well as prescriptive elements, because effective implementation of most intervention involves an element of clinical judgement. **This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	208

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Sleep hygiene** Offer patients with depression and a chronic physical health problem advice on sleep hygiene if needed, including: ▪ establishing regular sleep and wake times ▪ avoiding excess eating, smoking or drinking alcohol before sleep ▪ creating a proper environment for sleep ▪ taking regular physical exercise where this is possible for the patient*. ▪ *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	208
NCCMH 2010 physical	**Active monitoring** For patients who, in the judgement of the practitioner, may recover with no formal intervention, or patients with mild depression who do not want an intervention, or patients with subthreshold depressive symptoms who request an intervention: ▪ discuss the presenting problem(s) and any concerns that the patient may have about them ▪ provide information about the nature and course of depression ▪ arrange a further assessment, normally within 2 weeks ▪ make contact if the patient does not attend follow-up appointments* *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	208

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Low-intensity psychosocial interventions** For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, consider offering one or more of the following interventions, guided by the patient's preference: ▪ a structured group physical activity programme ▪ a group-based peer support (self-help) programme ▪ individual guided self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised cognitive behavioural therapy (CCBT)*. ▪ *This recommendation (and recommendation 1.4.2.1 in NICE, 2009) updates the recommendations on depression only in NICE (2006).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	209

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Delivery of low-intensity psychosocial interventions** Physical activity programmes for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ be modified (in terms of the duration of the programme and frequency and length of the sessions) for different levels of physical ability as a result of the particular chronic physical health problem, in liaison with the team providing care for the physical health problem ▪ be delivered in groups with support from a competent practitioner ▪ consist typically of two or three sessions per week of moderate duration (45 minutes to 1 hour) over 10 to 14 weeks (average 12 weeks) ▪ be coordinated or integrated with any rehabilitation programme for the chronic physical health problem.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	209

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	Group-based peer support (self-help) programmes for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ be delivered to groups of patients with a shared chronic physical health problem ▪ focus on sharing experiences and feelings associated with having a chronic physical health problem ▪ be supported by practitioners who should: ▫ facilitate attendance at the meetings ▫ have knowledge of the patients' chronic physical health problem and its relationship to depression ▫ review the outcomes of the intervention with the individual patients ▪ consist typically of one session per week delivered over a period of 8 to 12 weeks.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	209
NCCMH 2010 physical	Individual guided self-help programmes based on the principles of CBT (and including behavioural activation and problem-solving techniques) for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ include the provision of written materials of an appropriate reading age (or alternative media to support access) ▪ be supported by a trained practitioner, who typically facilitates the self-help programme and reviews progress and outcome ▪ consist of up to six to eight sessions (face-to-face and via telephone) normally taking place over 9 to 12 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	210

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	**Empfehlung**	**LoE[a]**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]**	**GoR[a]**	**NVL-Kategorie A[b]**	**Literatur[c]**	**Seite**
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	CCBT for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ be provided via a stand-alone computer-based or web-based programme ▪ include an explanation of the CBT model, encourage tasks between sessions, and use thought-challenging and active monitoring of behaviour, thought patterns and outcomes ▪ be supported by a trained practitioner, who typically provides limited facilitation of the programme and reviews progress and outcome ▪ typically take place over 9 to 12 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	210

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Treatment options for persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression with inadequate response to initial interventions, and moderate and severe depression** For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the patient and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ one of the following high-intensity psychological interventions: ▫ group-based CBT or ▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit*. * This recommendation also appears in Section 8.5.2 [der Leitlinie] where the pharmacological data is presented.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	210
NCCMH 2010 physical	For patients with initial presentation of moderate depression and a chronic physical health problem, offer the following choice of high-intensity psychological interventions: ▪ group-based CBT or ▪ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▪ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	211

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Delivery high-intensity psychological interventions** Group-based CBT for patients with depression and a chronic physical health problem should be: ▪ delivered in groups (typically of between six and eight patients) with a common chronic physical health problem ▪ typically delivered over a period of 6 to 8 weeks.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	211
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide somatische Erkrankungen** **Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen** **Empfehlung/Statement 3-76** Bei koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung soll eine Psychotherapie angeboten werden.	Ia	ja	A	ja	ja	138
NVL 2015	**Tumorerkrankungen** **Empfehlung/Statement 3-80** Bei einer Komorbidität von depressiver Störung und Tumorerkrankung sollte eine Psychotherapie angeboten werden.	Ib	ja	B	nein	ja	140
NVL 2015	**Diabetes mellitus** **Empfehlung/Statement 3-84** Bei einer Komorbidität von Diabetes mellitus und depressiver Störung sollte eine Psychotherapie zur Verringerung der Depressivität und zur Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus angeboten werden.	Ia	ja	A	ja	ja	143
NVL 2015	**Chronische Schmerzerkrankungen** **Empfehlung/Statement 3-86** Eine Psychotherapie kann Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und chronischem Schmerz zur Reduzierung der depressiven Symptome angeboten werden.	Ib	ja	0	nein	ja	144

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Neurodegenerative Erkrankungen** **Morbus Parkinson (ohne klinische Zeichen der Demenz)** **Empfehlung/Statement 3-90** Eine Psychotherapie bei depressiver Episode und komorbider Parkinsonerkrankung kann als Therapieversuch angeboten werden (empirische Belege liegen insbesondere für KVT vor).	Ia	ja	0	nein	ja	147
Medikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Service level interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Complex and severe depression** Practitioners providing treatment in specialist mental health services for patients with complex and severe depression and a chronic physical health problem should: ▪ refer to the NICE guideline on the treatment of depression* ▪ be aware of the additional drug interactions associated with the treatment of patients with both depression and a chronic physical health problem (see recommendations 8.9.1.11 to 8.9.1.21 [der Leitlinie]) ▪ work closely and collaboratively with the physical health services. *NICE (2009)	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	154

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Drug treatment in step 2**						
	Do not use antidepressants routinely to treat subthreshold depressive symptoms or mild depression in patients with a chronic physical health problem (because the risk–benefit ratio is poor),	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	261/ 262
	but consider them for patients with: ▪ a past history of moderate or severe depression or ▪ mild depression that complicates the care of the physical health problem or ▪ initial presentation of subthreshold depressive symptoms that have been present for a long period (typically at least 2 years) or ▪ subthreshold depressive symptoms or mild depression that persist(s) after other interventions.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	262
NCCMH 2010 physical	Although there is evidence that St John's wort may be of benefit in mild or moderate depression, practitioners should: ▪ not prescribe or advise its use by patients with depression and a chronic physical health problem because of uncertainty about appropriate doses, persistence of effect, variation in the nature of preparations and potential serious interactions with other drugs (including oral contraceptives, anticoagulants and anticonvulsants)	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	262

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical (Forts.)	▪ advise patients with depression of the different potencies of the preparations available and of the potential serious interactions of St John's wort with other drugs*. ▪ *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE guideline (NICE, 2004a, 2007a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	262
NCCMH 2010 physical	**Treatment options in step 3** For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the patient and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ one of the following high-intensity psychological interventions: ▫ group-based CBT or ▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit*. *This recommendation also appears in Section 7.4.1 [der Leitlinie] where the psychosocial data is presented.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	262

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	**Choice of antidepressants[a]** When an antidepressant is to be prescribed for a patient with depression and a chronic physical health problem, take into account the following: ▪ the presence of additional physical health disorders ▪ the side effects of antidepressants, which may impact on the underlying physical disease (in particular, SSRIs may result in or exacerbate hyponatraemia, especially in older people) ▪ that there is no evidence as yet supporting the use of specific antidepressants for patients with particular chronic physical health problems ▪ interactions with other medications.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263
NCCMH 2010 physical	When an antidepressant is to be prescribed, be aware of drug interactions and: ▪ refer to appendix 1 of the BNF*and the table of interactions in Appendix 16 [of this guideline] for information ▪ seek specialist advice if there is uncertainty ▪ if necessary, refer the patient to specialist mental health services for continued prescribing. *Available from: www.bnf.org.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263
NCCMH 2010 physical	First prescribe an SSRI in generic form unless there are interactions with other drugs; consider using citalopram or sertraline because they have less propensity for interactions.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	263

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	When prescribing antidepressants, be aware that: ▪ dosulepin should not be prescribed	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	263
	▪ non-reversible monoamine oxidase inhibitors (MAOIs; for example, phenelzine), combined antidepressants and lithium augmentation of antidepressants should normally be prescribed only by specialist mental health professionals.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Interactions of SSRIs with other medication** Do not normally offer SSRIs to patients taking non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) because of the increased risk of gastrointestinal bleeding.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	263/ 264
	Consider offering an antidepressant with a lower propensity for, or a different range of, interactions, such as mianserin, mirtazapine, moclobemide or trazodone.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	If no suitable alternative antidepressant can be identified, SSRIs may be prescribed at the same time as NSAIDs if gastroprotective medicines (for example, proton-pump inhibitors) are also offered.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	Do not normally offer SSRIs to patients taking warfarin or heparin because of their anti-platelet effect.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	Use SSRIs with caution in patients taking aspirin.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
	When aspirin is used as a single agent, consider alternatives that may be safer, such as trazodone or mianserin.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	264

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	If no suitable alternative antidepressant can be identified, SSRIs may be prescribed at the same time as aspirin if gastroprotective medicines (for example, proton-pump inhibitors) are also offered.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	Consider offering mirtazapine to patients taking heparin, aspirin or warfarin (but note that when taken with warfarin, the international normalised ratio [INR] may increase slightly).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	Do not offer SSRIs to patients receiving ‘triptan’ drugs for migraine.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	264
	Offer a safer alternative such as mirtazapine, trazodone or mianserin.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	Do not normally offer SSRIs at the same time as monoamine oxidase B (MAO-B) inhibitors such as selegiline and rasagiline.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	264
	Offer a safer alternative such as mirtazapine, trazodone or mianserin.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	Do not normally offer fluvoxamine to patients taking theophylline, clozapine, methadone or tizanidine.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	264
	Offer a safer alternative such as sertraline or citalopram.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	Offer sertraline as the preferred antidepressant for patients taking flecainide or propafenone, although mirtazapine and moclobemide may also be used.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 physical	Do not offer fluoxetine or paroxetine to patients taking atomoxetine.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	264
	Offer a different SSRI.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2010 physical	**Starting treatment** Prescribe antidepressant medication at a recognised therapeutic dose for patients with depression and a chronic physical health problem (that is, avoid the tendency to prescribe at subtherapeutic doses in these patients).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265
NCCMH 2010 physical	If a patient with depression and a chronic physical health problem develops side effects early in antidepressant treatment, provide appropriate information and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265
	consider one of the following strategies: ▪ monitor symptoms closely where side effects are mild and acceptable to the patient or ▪ stop the antidepressant or change to a different antidepressant if the patient prefers or ▪ in discussion with the patient, consider short-term concomitant treatment with a benzodiazepine if anxiety, agitation and/or insomnia are problematic, but: ▫ do not offer benzodiazepines to patients with chronic symptoms of anxiety ▫ use benzodiazepines with caution in patients at risk of falls ▫ in order to prevent the development of dependence, do not use benzodiazepines for longer than 2 weeks.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	265

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Therapie bei Komorbidität** **Depression und komorbide somatische Erkrankungen** **Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen** **Empfehlung/Statement 3-74** Bei koronarer Herzerkrankung und komorbider mittelgradiger- bis schwerer depressiver Störung soll eine Pharmakotherapie vorzugsweise mit SSRI angeboten werden.	Ia	ja	A	ja	ja	138
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-75** Bei koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung sollen trizyklische Antidepressiva wegen ihrer kardialen Nebenwirkungen nicht verordnet werden.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	138
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-77** Patienten mit einer Depression nach Schlaganfall sollte eine antidepressive Pharmakotherapie durch nicht-anticholinerge Substanzen angeboten werden (empirische Hinweise liegen vor für Fluoxetin und Citalopram).	Ib	ja	B	nein	ja	139
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-78** Patienten mit einem akuten ischämischen oder hämorrhagischen Infarkt ohne aktuelle Diagnose einer depressiven Episode sollten keine regelhafte antidepressive Prophylaxe erhalten, allerdings ein regelmäßiges Monitoring auf depressive Syndrome zum Zweck der Reevaluation.	Ib	ja	B	nein	ja	140
NVL 2015	**Tumorerkrankungen** **Empfehlung/Statement 3-79** Bei einer Komorbidität von mittelgradiger bis schwerer depressiver Störung und Tumorerkrankung kann eine Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum, insbesondere einem SSRI angeboten werden.	n. a.	fehlt	0	nein	n. z.	141

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Diabetes mellitus** **Empfehlung/Statement 3-81** Bei der Pharmakotherapie der Depression bei Diabetes mellitus sollten substanzspezifische Effekte auf den Diabetes beachtet werden, z. B. der reduzierte Insulinbedarf bei SSRI sowie eine Gewichtszunahme unter Mirtazapin, Mianserin und sedierenden trizyklischen Antidepressiva.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	142
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-82** Wenn bei einer Komorbidität von Diabetes mellitus und depressiver Störung eine Pharmakotherapie vorgesehen ist, sollten SSRI angeboten werden.	Ia	ja	A	ja	ja	142
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-83** Bei einer Komorbidität von Diabetes mellitus mit diabetischer sensomotorischer schmerzhafter Neuropathie und depressiver Störung kann eine Pharmakotherapie mit einem trizyklischen Antidepressivum oder Duloxetin angeboten werden, da diese auch analgetische Wirkung haben. Allerdings können mit TZA eine Gewichtszunahme und eine Verschlechterung der glykämischen Kontrolle verbunden sein.	n. a.	fehlt	0	nein	n. z.	143
NVL 2015	**Chronische Schmerzerkrankungen** **Empfehlung/Statement 3-85** Wenn eine Pharmakotherapie der Depression bei Komorbidität mit chronischem Schmerz begonnen wird, sollten bevorzugt trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Imipramin, Desipramin und Clomipramin) aufgrund ihrer analgetischen Eigenschaften angeboten werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	144

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Neurodegenerative Erkrankungen** **Demenz** **Empfehlung/Statement 3-88** Wenn eine Pharmakotherapie bei einer Komorbidität von Demenz und depressiver Störung eingeleitet wird, sollten aufgrund des Nebenwirkungspotenzials und damit der möglichen Induktion eines Delirs und der weiteren Verschlechterung der kogni-tiven Funktionen keine anticholinergen Antidepressiva eingesetzt werden.	Ib	ja	B	nein	ja	146
NVL 2015	**Morbus Parkinson (ohne klinische Zeichen der Demenz)** **Empfehlung/Statement 3-89** Die Studienlage kann derzeit keine Empfehlung in Richtung einer antidepressiven pharmakologischen Therapie bei komorbider Depression und Morbus Parkinson stützen. Auch kann keine antidepressive pharmakologische Substanzgruppe in Bezug auf mögliche antidepressive Effekte bevorzugt empfohlen werden.	Ia	ja	state-ment	nein	ja	146
Kombinationsbehandlungen							
NCCMH 2010 physical	**Psychological and psychosocial interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Treatment options for persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression with inadequate response to initial interventions, and moderate and severe depression** For patients with initial presentation of severe depression and a chronic physical health problem, consider offering a combination of individual CBT and an antidepressant*. *This recommendation also appears in Section 8.5.2 of this guideline where the pharmacological data is presented. This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	211

(Fortsetzung)

Tabelle 26: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

CBT: Cognitive behavioral Therapy; CCBT: Computerised cognitive behavioural Therapy; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MAOIs: Monoamine oxidase Inhibitors; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NSAIDs : Non-steroidal anti-inflammatory Drugs; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar ; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors; TZA: Trizyklische Antidepressiva

Tabelle 27: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Psychotherapie** **Effektivität von Psychotherapie bei älteren Patienten** **Empfehlung/Statement 3-47** Bei Depressionen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahre) soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.	Ia	ja	A	ja	ja	112
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-49** Bei leichten kognitiven Einschränkungen und einer Depression im Alter sollte eine Psychotherapie (bevorzugt als Einzeltherapie) angeboten werden.	Ib	ja	0	nein	ja	112
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Electroconvulsive therapy** When considering ECT as a treatment choice, ensure that the person with depression is fully informed of the risks associated with ECT, and with the risks and benefits specific to them. Document the assessment and consider: ▪ the risks associated with a general anaesthetic ▪ current medical comorbidities ▪ potential adverse events, notably cognitive impairment ▪ the risks associated with not receiving ECT. The risks associated with ECT may be greater in older people; exercise particular caution when considering ECT treatment in this group.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	527

(Fortsetzung)

Tabelle 27: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
ICSI 2013	**Additional Considerations (Medical Comorbidity, Cultural Considerations, Special Populations)?** When using pharmacotherapy in elderly patients, the clinician should carefully consider how the metabolism of the drug may be affected by physiologic changes, their comorbid illnesses and the medications used for them	low	nein	strong	ja	ja	27
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **Choice of antidepressant[a]** When an antidepressant is to be prescribed, it should normally be an SSRI in a generic form because SSRIs are equally effective as other antidepressants and have a favourable risk–benefit ratio.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	412/ 413
	Also take the following into account: ▪ SSRIs are associated with an increased risk of bleeding, especially in older people or in people taking other drugs that have the potential to damage the gastrointestinal mucosa or interfere with clotting. In particular, consider prescribing a gastroprotective drug in older people who are taking non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) or aspirin. ▪ Fluoxetine, fluvoxamine and paroxetine are associated with a higher propensity for drug interactions than other SSRIs*. ▪ Paroxetine is associated with a higher incidence of discontinuation symptoms than other SSRIs**. *Ibid **The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	412/ 413

(Fortsetzung)

Tabelle 27: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **The pharmacological management of depression in older adults** When prescribing antidepressants for older people: ▪ prescribe at an age-appropriate dose taking into account the effect of general physical health and concomitant medication on pharmacokinetics and pharmacodynamics ▪ carefully monitor for side effects.	n. z.	fehlt	should be used	ja	ja	424
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Therapiebeginn** **Empfehlung/Statement 3-15** In der Regel sollte die antidepressive Medikation mit der niedrigen, als „Anfangsdosis“ bezeichneten Tagesdosis begonnen werden. Bei älteren Patienten ist es sinnvoll, bei Trizyklika diese Anfangsdosis zu halbieren und gegebenenfalls langsam aufzudosieren.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	77
NVL 2015	**Pharmakotherapie bei besonderen Patientengruppen** **Ältere Patienten** **Empfehlung/Statement 3-38** Ältere Patienten können in gleicher Weise behandelt werden wie Jüngere. Im Vergleich zu jüngeren Patienten sollte das Nebenwirkungsprofil bzw. die Verträglichkeit noch stärker beachtet werden. Wenn ältere Patienten mit TZA behandelt werden, sollte in einer erniedrigten Anfangsdosis begonnen werden.	Ib	ja	0	nein	ja	92

(Fortsetzung)

Tabelle 27: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Kombinationsbehandlungen							
NVL 2015	**Psychotherapie** **Effektivität von Psychotherapie bei älteren Patienten** **Empfehlung/Statement 3-48** Bei schweren Formen einer Depression im Alter sollte eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie angeboten werden.	Ia	ja	B	nein	ja	112

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

ECT: Electro-convulsive Therapy;G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MAO: Monoaminoxidase; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar ; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors; TZA: Trizyklische Antidepressiva

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Behandlung zyklusassoziierter depressiver Störungen** **Depressionen in der Peripartalzeit** **Psychotherapie** **Psychotherapeutische Prävention antepartaler Depressionen** **Empfehlung/Statement 3-102** Zur Behandlung von Depressionen in der Schwangerschaft sollte betroffenen Patientinnen eine Psychotherapie angeboten werden.	Ib	ja	B	nein	ja	155
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-103** Zur Prophylaxe von postpartalen Depressionen sollte Patientinnen mit erhöhtem Depressionsrisiko (z. B. bereits während der Schwangerschaft depressive Symptomatik oder frühere depressive Episoden) ante- oder postpartal eine Psychotherapie oder eine psychosoziale Intervention angeboten werden.	Ia	ja	A	ja	ja	155
NVL 2015	**Psychotherapeutische Behandlung postpartaler Depressionen** **Empfehlung/Statement 3-104** Zur Behandlung postpartaler Depressionen soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.	Ia	ja	A	ja	ja	156
NVL 2015	**Sonstige nichtpharmakologische Verfahren** **Elektrokrampftherapie (EKT) in der Schwangerschaft** **Empfehlung/Statement 3-105** Bei schwerer behandlungsresistenter Depression (z. B. vitale Bedrohung) in der Schwangerschaft kann eine EKT angeboten werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	156
NVL 2015	**Körperliches Training zur Behandlung von Depressionen in der Peripartalzeit** **Empfehlung/Statement 3-106** Zur Reduktion depressiver Symptome in der Schwangerschaft sollte betroffenen Frauen körperliches Training als ergänzende Maßnahme empfohlen werden.	Ia	ja	B	nein	ja	157

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Behandlung zyklusassoziierter depressiver Störungen** **Depressionen in der Peripartalzeit** **Sonstige nichtpharmakologische Verfahren** **Körperliches Training zur Behandlung von Depressionen in der Peripartalzeit** **Empfehlung/Statement 3-107** Zur Reduktion depressiver Symptome bei postpartaler Depression kann betroffenen Frauen körperliches Training als ergänzende Maßnahme empfohlen werden.	Ia	ja	0	nein	ja	157
SIGN 2012	**Management** **Psychosocial management** **Psychological therapies** Practitioners delivering psychological therapies should be trained to accepted levels of competency, participate in continuing professional development and receive ongoing supervision.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	14
SIGN 2012	Given the importance of early intervention in a maternity context, services delivering psychological therapies should prioritise early response to pregnant and postnatal women.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	14
SIGN 2012	Cognitive behavioural therapies should be considered for treatment of mild to moderate depression in the postnatal period.	n. z.	fehlt	B	fehlt	n. z.	15
SIGN 2012	**Mother infant interventions** Where there is evidence of impairment in the mother-infant relationship, additional interventions, specifically directed at that relationship, should be offered.	1+, 1-	ja	C	nein	ja	16
SIGN 2012	**Physical activity** Support for structured exercise may be offered as a treatment option for patients with postnatal depression.	1++, 1+, 4	ja	B	fehlt	ja	16

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
KPCI 2012	**13. Antidepressants to avoid during pregnancy or breastfeeding** **Pregnancy** 13A: Do not start paroxetine in women who are pregnant.	fair	nein	evidence-based D	ja	n. z.	98
KPCI 2012	13B: Use caution in starting other selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) in women who are pregnant. ▪ Discuss risks to the mother and fetus of untreated maternal depression, as well as the risk of fetal adverse effects from antidepressants.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98
KPCI 2012	13C: If drug therapy is a consideration for treatment of maternal MDD during pregnancy and/or breastfeeding, then: ▪ Individualize according to patient history and need for medication, and ▪ Discuss the benefits and harms of the various treatment options with the patient.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98
KPCI 2012	13D: If MDD is in remission and a woman becomes pregnant while taking antidepressants during the continuation or maintenance phase of treatment, then: ▪ Discuss the risks to the mother and fetus of untreated maternal depression or depression relapse after antidepressant discontinuation, as well as the risk of fetal adverse effects from continuing antidepressants, and ▪ Monitor for first trimester fetal malformations if taking paroxetine. Consult OB/GYN for considerations on fetal malformation screening.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98
KPCI 2012	**Breastfeeding** 13E: Do not start fluoxetine and/or citalopram in breastfeeding women in most circumstances. If used, they should be used with caution, and only in patients who had good results with these medications during pregnancy or a previous depression episode.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
KPCI 2012	13F: In women taking antidepressants during pregnancy whose depression is in remission and who desire to breastfeed: ▪ Discuss the risks to the mother and fetus of untreated maternal depression or depression relapse after antidepressant discontinuation and the risk of adverse effects in the nursing newborn of mothers continuing antidepressants, and ▪ Consider changing treatment for depression if the newborn shows potential antidepressant-related adverse effects (withdrawal symptoms) during the first few hours after birth.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	98
NVL 2015	**Behandlung zyklusassoziierter depressiver Störungen** **Depressionen in der Peripartalzeit** **Pharmakologische Behandlung von Depressionnen in der Peripartalzeit** **Reproduktive Sicherheit pharmakologischer Behandlung** **Längerfristige neurokognitive und verhaltensbezogene Schädigungen** **Empfehlung/Statement 3-93** Die Gabe von Psychopharmaka während der Schwangerschaft und Stillzeit soll einer sorgfältigen Nutzen- und Risiko-Abwägung folgen, welche die individuelle Vor-geschichte (Rezidivrisiko), das bisherige Ansprechen auf ein Medikament, die Ver-fügbarkeit und den potenziellen Nutzen alternativer Maßnahmen (Psychotherapie) und die Präferenz der betroffenen Frauen berücksichtigt.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	152

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-94** Wenn eine Pharmakotherapie erfolgen soll, sollte einer Monotherapie der Vorzug gegeben werden. Zu beachten ist: ▪ es sollte die geringste effektive Dosis gewählt werden; ▪ der Einfluss fluktuierender medikamentöser Plasmaspiegel während der Schwangerschaft sollte berücksichtigt werden; ▪ es sollte ein regelmäßiges Monitoring der Wirkstoffspiegel erfolgen und ein niedriger wirksamer Wirkstoffspiegel angestrebt werden; ▪ ein abruptes Absetzen der Medikation sollte vermieden werden.	III	nein	0	nein	ja	152
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-95** Wegen des geringfügig erhöhten Risikos für Fehlbildungen sollten Paroxetin und Fluoxetin nicht als Antidepressiva der ersten Wahl in der Schwangerschaft neu verordnet werden.	III	nein	0	nein	ja	152
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-96** Sertralin oder Citalopram scheinen nicht mit einem erhöhten Risiko für strukturelle Malformati-onen assoziiert zu sein. Dennoch sollte eine fetale sonographische Feindiagnostik in der 20. SSW empfohlen werden. Dabei sollten die möglichen Konsequenzen aus den Untersuchungsbefunden vorher mit der Patientin und ggf. ihrem Partner erörtert werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	152
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-97** Bei Patientinnen mit geplanter Schwangerschaft sollte eine Neueinstellung auf ein Lithiumprä-parat nur in Einzelfällen erfolgen. Die Patientinnen sollen über das möglicherweise erhöhte Teratogenitätsrisiko (Fehlbildungsrisiko) und die möglichen postpartalen Komplikationen auf-geklärt werden.	III	nein	0	nein	ja	153

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-98** Bei schwangeren Frauen mit Lithiumtherapie sollte wegen Verschiebungen im Wasserhaushalt eine deutlich häufigere Kontrolle des Lithiumsspiegels erfolgen, die Dosis auf mehrere Einnahmen pro Tag verteilt werden, und ein Lithiumspiegel im unteren therapeutischen Bereich angestrebt werden. Die Entscheidung, ob im Falle einer Schwangerschaft eine Lithiumtherapie fortgeführt oder beendet werden soll, ist gemeinsam mit der schwangeren Patientin unter sorgfältiger Abwägung der individuellen Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten zu treffen. Hohe Rezidivge-fahr und/oder schwere oder sogar suizidale frühere depressive Episoden können ein gewichtiges Argument für die Beibehaltung der Lithiumtherapie sein.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	153
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-99** Alle Psychopharmaka können Schwangerschaftsverlaufs- und Geburtskomplikationen hervorrufen und zu zentralnervösen, gastrointestinalen und respiratorischen Anpassungsstörungen beim Neugeborenen führen. Besteht bis zur Geburt eine Exposition des Fötus mit Psychopharmaka, so sollte diese in einer Klinik mit angeschlossener Neonatologie erfolgen.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	153
NVL 2015	**Antidepressiva zur Behandlung postpartaler Depressionen** **Empfehlung/Statement 3-100** SSRIs und TZA können zur Behandlung mittelschwerer bis schwerer postpartaler Depressionen nach ausführlicher Nutzen-Risiko-Abwägung auf Mutter und Kind angeboten werden.	Ia	ja	0	nein	ja	154
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-101** Die detaillierte Indikation zur pharmakologischen Behandlung von postpartalen Depressionen sollte unter ausführlicher Nutzen-Risiko-Abwägung auf Mutter und Kind den allgemeinen Behandlungsleitlinien folgen.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	154

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012	**Management** **Pharmacological management** **Postnatal depression** **Antidepressants** Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants may be offered for the treatment of moderate to severe postnatal depression, but with additional considerations regarding the use of antidepressants when breast feeding.	1+	ja	B	fehlt	ja	16
SIGN 2012	**Hormonal therapies** The use of oestrogen therapy in the routine management of patients with postnatal depression is not recommended.	1++	ja	B	fehlt	ja	17
SIGN 2012	**St John's Wort** St John's Wort and other alternative medicines should not be used during pregnancy and lactation.	n. a.	fehlt	☑	nein	ja	17
SIGN 2012	**Prescribing issues** **General principles** When prescribing psychotropic medication during pregnancy or breast feeding the following principles should be applied: ▪ involve the woman, and her family where appropriate, in all decisions about treatment, including an individualised assessment of benefit versus risk ▪ be aware that not treating mental illness in pregnancy or the postpartum period may in itself be associated with adverse outcomes for the woman, her pregnancy, and her infant ▪ establish a clear indication for drug treatment (ie the presence of significant illness in the absence of acceptable or effective alternatives) ▪ choose treatments with the lowest known risk	n. a.	fehlt	☑	nein	ja	19

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012 (Forts.)	▪ in choosing medication in pregnancy consider the implications for breast feeding and the benefits of avoiding the need to switch drugs (including the minimisation of withdrawal effects) ▪ use treatments in the lowest effective dose for the shortest period necessary ▪ be aware of potential drug interactions, particularly with non-psychotropics, and aim for monotherapy ▪ where there is no clear evidence base that one drug is safer than another, the safest option is not to switch. The only drug with a clear indication for switching on safety grounds is valproate (see section 6.3.4 [der Leitlinie]) ▪ be aware of the potential effects of pregnancy and childbirth on drug pharmacokinetics and pharmacodynamics (eg the need for dose adjustments as pregnancy progresses and specific risks during labour and following birth) ▪ be aware that although knowledge of teratogenic effects of psychotropic drugs is increasing, understanding of the long term neurodevelopmental effects of such medications in pregnancy and breast feeding is extremely limited ▪ be aware of the need for close monitoring for change in mental state where a woman decides to cease her usual medication. Stopping medication may lead to relapse of illness ▪ where there is known risk, ensure that women are offered appropriate fetal screening and monitoring of the neonate for adverse effects. This may include involvement of neonatal and or paediatric services ▪ be aware that premature or ill babies are more at risk of harmful drug effects ▪ monitor the infant for specific drug side effects as well as feeding patterns, growth and development ▪ caution women against sleeping in bed with the infant, particularly if taking sedative drugs.						

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012	**Prescribing issues** **Psychotropic medications in pregnancy** **Antidepressants** **Summary** General practitioners should review antidepressant therapy as soon as possible in pregnancy to discuss whether the current medication should be continued and any other alternative pharmacological or non-pharmacological treatments initiated.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	In view of the association with harms to the fetus and neonate, paroxetine should not generally be initiated as first line therapy in pregnancy. For women already prescribed paroxetine an evaluation of individual risks and benefits should be carried out before a decision is made to continue use or switch to another antidepressant.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	22
SIGN 2012	Choice of antidepressant in pregnancy should take into account implications for breastfeeding.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	Since the evidence base for safety of antidepressant prescribing in pregnancy is a rapidly developing area, clinicians should update their knowledge frequently.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	**Lithium** Any woman taking lithium in pregnancy should have an individualised psychiatric care plan, involving maternity services and the woman herself, for lithium management throughout pregnancy and the peripartum. This should include consideration of: ▪ frequency of monitoring and dose adjustment ▪ potential for interaction with medications prescribed in pregnancy ▪ preparation for and mode of delivery ▪ risks to the neonate.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012	Women taking lithium in early pregnancy should be offered detailed ultrasound scanning for fetal abnormality.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23
SIGN 2012	Where a woman is taking lithium in pregnancy, mental health services should provide maternity services with information on the recognition of lithium toxicity, lithium-drug interactions and pregnancy-related events which may precipitate toxicity.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23
SIGN 2012	**Psychotropic medications during breast feeding** Breast feeding is an individual decision for each woman. Clinicians should support women in their choice and be mindful that taking prescribed psychotropic medication is not routinely a contraindication to commencing or continuing breast feeding.	n. a.	fehlt	☑	nein	nein	25
SIGN 2012	**Antidepressants** Avoid doxepin for treatment of depression in women who are breast feeding. If initiating selective serotonin reuptake inhibitor treatment in breast feeding, then fluoxetine, citalopram and escitalopram should be avoided if possible.	n. z.	fehlt	D	nein	n. z.	25
SIGN 2012	When initiating antidepressant use in women who are breastfeeding, both the absolute dose and the half life should be considered.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	25
SIGN 2012	**Lithium** In view of the potential risks to the infant of a breastfeeding mother taking lithium, mothers should be encouraged to avoid breast feeding. In mothers taking lithium who have decided to breast feed, close monitoring of the infant, including serum lithium levels, thyroid and renal monitoring should be provided.	3	nein	D	nein	ja	26

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

EKT: Elektrokonvulsionstherapie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MDD: Major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar ; OB/GYN: Obstetrician Gynecologist; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors; SSW: Schwangerschaftswoche; TZA: Trizyklische Antidepressiva

Tabelle 29: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – zyklusassoziierte depressive Störungen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NVL 2015	**Behandlung zyklusassoziierter depressiver Störungen** **Prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS)** **Pharmakologische Behandlung der PMDS** **Empfehlung/Statement 3-108** Derzeit liegen noch unzureichende Evidenzen zur Wirksamkeit der Behandlung einer prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) mit SSRI oder mit hormoneller Ersatztherapie (Östrogen, Progesteron) vor.	Ia	ja	statement	nein	ja	158
NVL 2015	**Psychotherapeutische Behandlung der PMDS** **Empfehlung/Statement 3-109** Derzeit liegt unzureichende Evidenz zur Wirkung von Psychotherapie bei der Behandlung einer PMDS vor.	Ia	ja	statement	nein	ja	158
NVL 2015	**Behandlung zyklusassoziierter depressiver Störungen** **Depressionen in der Perimenopause** **Psychotherapie** **Empfehlung/Statement 3-110** Die Indikation zur pharmakologischen Behandlung von Depressionen in der Perimenopause sollte den allgemeinen Behandlungsleitlinien folgen (es liegen keine direkten Wirksamkeitsstudien in der Perimenopause vor). Es gibt derzeit keine sicheren Hinweise auf unterschiedliche Wirksamkeit von Anti-depressiva in Abhängigkeit vom Menopausal-Status. Es liegen keine ausreichenden Evidenzen zur Empfehlung einer Hormonersatztherapie oder Psychotherapie zur Behandlung perimenopausaler Depressionen vor.	III	nein	statement	nein	ja	159
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-111** Es gibt derzeit keine sicheren Hinweise auf unterschiedliche Wirksamkeit von Psychotherapie in Abhängigkeit vom Menopausal-Status.	IIb	nein	statement	nein	ja	159

(Fortsetzung)

Tabelle 29: Leitlinienempfehlungen zur Therapie spezieller Patientengruppen – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen – zyklusassoziierte depressive Störungen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; PMDS: Prämenstruelle dysphorische Störung; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
KPCI 2012	**3. Antidepressants in patients with MDD expressing suicidal ideation, intent, or plan** 3A: For patients with major depression expressing sucidial intent or plan, the GDT recommends consultation with specialty behavioral health.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	44
KPCI 2012	3B: For patients with suicidal ideation or who have made previous suicide attempts, the GDT recommends consultation or collaboration with a psychiatrist before prescribing TCAs or venlafaxine.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	44
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Risk assessment and monitoring** Always ask people with depression directly about suicidal ideation and intent. If there is a risk of self-harm or suicide:	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
	▪ assess whether the person has adequate social support and is aware of sources of help	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
	▪ arrange help appropriate to the level of risk	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
	▪ advise the person to seek further help if the situation deteriorates*. *Ibid.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
NCCMH 2010 adults	If a person with depression presents considerable immediate risk to themselves or others, refer them urgently to specialist mental health services*. *Ibid.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 adults	If a person with depression is assessed to be at risk of suicide: ▪ take into account toxicity in overdose if an antidepressant is prescribed or the person is taking other medication; if necessary, limit the amount of drug(s) available	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
	▪ consider increasing the level of support, such as more frequent direct or telephone contacts	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	120
	▪ consider referral to specialist mental health services*. *Ibid.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	120
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Crisis resolution and home treatment teams** Use crisis resolution and home treatment teams to manage crises for people with severe depression who present significant risk, and to deliver high-quality acute care. The teams should monitor risk as a high-priority routine activity in a way that allows people to continue their lives without disruption*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	149
NCCMH 2010 adults	Consider crisis resolution and home treatment teams for people with depression who might benefit from early discharge from hospital after a period of inpatient care*. *Ibid.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	149

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	**Empfehlung**	**LoE[a]**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]**	**GoR[a]**	**NVL-Kategorie A[b]**	**Literatur[c]**	**Seite**
NCCMH 2010 adults	Consider inpatient treatment for people with depression who are at significant risk of suicide, self-harm or self-neglect*. *Ibid.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	149
NCCMH 2010 adults	The full range of high-intensity psychological interventions should normally be offered in inpatient settings.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	149
	However, consider increasing the intensity and duration of the interventions and ensure that they can be provided effectively and efficiently on discharge.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	149
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **Depression, antidepressants and suicide** A person with depression started on antidepressants who is considered to present an increased suicide risk or is younger than 30 years (because of the potential increased prevalence of suicidal thoughts in the early stages of antidepressant treatment for this group) should normally be seen after 1 week and frequently thereafter as appropriate until the risk is no longer considered clinically important*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	465

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 adults	Take into account toxicity in overdose when choosing an antidepressant for people at significant risk of suicide. Be aware that: ▪ compared with other equally effective antidepressants recommended for routine use in primary care, venlafaxine is associated with a greater risk of death from overdose ▪ tricyclic antidepressants (TCAs), except for lofepramine, are associated with the greatest risk in overdose.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	465
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Principles for assessment, coordination of care and choosing treatments** Always ask patients with depression and a chronic physical health problem directly about suicidal ideation and intent. If there is a risk of self-harm or suicide:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	▪ assess whether the patient has adequate social support and is aware of sources of help	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	▪ arrange help appropriate to the level of risk (see recommendations 5.6.1.12 to 5.6.1.15 [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
	▪ advise the patient to seek further help if the situation deteriorates*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99
NCCMH 2010 physical	**Risk assessment and monitoring** If a patient with depression and a chronic physical health problem presents considerable immediate risk to themselves or others, refer them urgently to specialist mental health services*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 physical	If a patient with depression and a chronic physical health problem is assessed to be at risk of suicide: ▪ take into account toxicity in overdose if an antidepressant is prescribed or the patient is taking other medication; if necessary, limit the amount of drug(s) available	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100
	▪ consider increasing the level of support, such as more frequent direct or telephone contacts	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	100
	▪ consider referral to specialist mental health services*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	100
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Starting treatment** A patient with depression started on antidepressants who is considered to present an increased suicide risk or is younger than 30 years (because of the potential increased prevalence of suicidal thoughts in the early stages of antidepressant treatment for this group) should normally be seen after 1 week and frequently thereafter as appropriate until the risk is no longer considered clinically important*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE guideline (NICE, 2004a, 2007a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NVL 2015	**Diagnostik** **Differenzialdiagnostik** **Suizidalität** **Empfehlung/Statement 2-6** Bei akuter Suizidgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten vereinbarten Termin sollen die Patienten unter Berücksichtigung der individuell erforderlichen Sicherheitskautelen in psychiatrische Behandlung überwiesen werden.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	39
NVL 2015	**Management bei Suizidgefahr** **Ausprägungen und Risikofaktoren von Suizidalität** **Empfehlung/Statement 3-12** Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert, präzise und detailliert erfragt und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	161
NVL 2015	**Suizidprävention und Notfallinterventionen bei Suizidalität** **Gesprächs- und Beziehungsangebot** **Empfehlung/Statement 3-113** Suizidale Patienten müssen eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung erhalten. Das konkrete Betreuungsangebot richtet sich nach den individuellen Risikofaktoren, der Absprachefähigkeit des Patienten und Umgebungsfaktoren.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	162

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NVL 2015	**Indikationen für eine stationäre Therapie** **Empfehlung/Statement 3-115** Eine stationäre Einweisung sollte für suizidale Patienten erwogen werden, ▪ die akut suizidgefährdet sind; ▪ die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen; ▪ die wegen der zugrunde liegenden depressiven Störung einer intensiven psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedürfen; ▪ wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität anders nicht möglich ist, oder ▪ wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt.	Ib	ja	B	nein	ja	164
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Antidepressiva** **Empfehlung/Statement 3-116** Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität sollten Antidepressiva nicht eingesetzt werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	167
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-117** Antidepressiva können jedoch bei suizidalen depressiven Patienten zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen eingesetzt werden.	n. a.	fehlt	0	nein	n. z.	167
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-118** Bei einem suizidalen Patienten soll die Auswahl von Antidepressiva hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Pharmaka mit Letalität in hoher Dosis, Agitationssteigerung in der Frühphase) abgewogen werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	167

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NVL 2015	**Stimmungsstabilisierer** **Empfehlung/Statement 3-119** In der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten Patienten soll zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	167
NVL 2015	**Andere Substanzen** **Empfehlung/Statement 3-120** Eine Akutbehandlung (möglichst < 14 Tage) mit einem Benzodiazepin kann bei suizidgefährdeten Patienten in Betracht gezogen werden.	n. a.	fehlt	0	nein	n. z.	168
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-121** Bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode mit psychotischen Merkmalen sollte die antidepressive Medikation mit einem Antipsychotikum ergänzt werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	168
NVL 2015	**Krisenintervention und spezifische Psychotherapien** **Empfehlung/Statement 3-122** Als kurzfristiges Ziel von Kriseninterventionen oder Psychotherapie bei akuter Sui-zidalität soll eine intensive Kontaktgestaltung und eine aktive unmittelbare Unter-stützung und Entlastung des Patienten bis zum Abklingen der Krise angestrebt werden. Eine tragfähige therapeutische Beziehung kann bei suizidgefährdeten Patienten per se suizidpräventiv wirken.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	169
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-123** Bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode sollte eine Psychotherapie angeboten werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert.	Ia	ja	B	nein	ja	169

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NVL 2015	**Suizidprävention durch Nachsorge und Kontaktangebote** **Empfehlung/Statement 3-124** Eine Nachuntersuchung von Patienten, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen wurden, soll kurzfristig, maximal 1 Woche nach Entlassung, geplant werden, da in der Zeit nach der Entlassung das Risiko für weitere suizidale Handlungen am höchsten ist.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	170
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-125** Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahrnehmen, sollen unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzungen abzuschätzen.	Ib	ja	A	ja	ja	170
RNAO 2010	**3. Practice recommendations for depression** 3.4 Nurses must initiate prompt attention for clients exhibiting suicidal ideation or intent to harm others.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	71
RNAO 2010	**6. Organizations & policy recommendations** 6.9 Caregiving activities for the older adult presenting with depression and/or suicidal ideation should encompass primary, secondary and tertiary prevention practices.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	96

(Fortsetzung)

Tabelle 30: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GDT: Guideline Development Team; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlunsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MDD: Major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; TCAs: Tricyclic Antidepressants

Tabelle 31: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGKJP 2013	**Empfehlung 3: stationäre und teilstationäre Behandlung** Kinder und Jugendliche mit allen Formen von depressiven Störungen sollten stationär behandelt werden, wenn zumindest eines der folgenden Kriterien erfüllt ist: ▪ Suizidalität verbunden mit fehlender Absprachefähigkeit ▪ Erheblicher Mangel an Ressourcen oder erhebliche aktuelle abnorme psychosoziale Belastungen gemäß Achse V des MAS ▪ Erhebliche Funktionseinschränkungen gemäß Achse VI des MAS, insbesondere bei unzureichender Alltagsbelastbarkeit Eine teilstationäre Behandlung ist unter Berücksichtigung des Schweregrades der Störung, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes sowie der regionalen Versorgungskapazitäten zu prüfen und gegebenenfalls zu empfehlen.	5	nein	KKP (100 % Zustimmung)	ja	ja	26

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad) KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MAS: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO; n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akutphase)							
KPCI 2012	**9. Discontinuation of antidepressants in patients with MDD** 9A: Fluoxetine may be discontinued, without tapering, with a relatively low risk of adverse effects.	n. a.	fehlt	evidence-based[d]	fehlt	n. z.	75
KPCI 2012	9B: The GDT recommends tapering other antidepressants (other SSRIs, TCAs, SNRIs, NRIs, and DAs) over a two to four week period.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	75
NCCMH 2010 adults	**Low-intensity psychosocial interventions** **Delivery of low-intensity psychosocial interventions** Individual guided self-help programmes based on the principles of CBT (and including behavioural activation and problem-solving techniques) for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should: ▪ include the provision of written materials of an appropriate reading age (or alternative media to support access) ▪ be supported by a trained practitioner, who typically facilitates the self-help programme and reviews progress and outcome ▪ consist of up to six to eight sessions (face-to-face and via telephone) normally taking place over 9 to 12 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	213/ 214
NCCMH 2010 adults	CCBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should: ▪ be provided via a stand-alone computer-based or web-based programme ▪ include an explanation of the CBT model, encourage tasks between sessions, and use thought-challenging and active monitoring of behaviour, thought patterns and outcomes ▪ be supported by a trained practitioner, who typically provides limited facilitation of the programme and reviews progress and outcome ▪ typically take place over 9 to 12 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	214

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akutphase)							
NCCMH 2010 adults	Physical activity programmes for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should: ▪ be delivered in groups with support from a competent practitioner ▪ consist typically of three sessions per week of moderate duration (45 ▪ minutes to 1 hour) over 10 to 14 weeks (average 12 weeks).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	214
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Group cognitive behavioural therapy** Group-based CBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should: ▪ be based on a structured model such as 'Coping with Depression' ▪ be delivered by two trained and competent practitioners ▪ consist of ten to 12 meetings of eight to ten participants ▪ normally take place over 12 to 16 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	297
NCCMH 2010 adults	**Delivering high-intensity psychological interventions** For all high-intensity psychological interventions, the duration of treatment should normally be within the limits indicated in this guideline.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	298
	As the aim of treatment is to obtain significant improvement or remission the duration of treatment may be: ▪ reduced if remission has been achieved ▪ increased if progress is being made, and there is agreement between the practitioner and the person with depression that further sessions would be beneficial (for example, if there is a comorbid personality disorder or significant psychosocial factors that impact on the person's ability to benefit from treatment).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	298

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akutphase)							
NCCMH 2010 adults	For all people with depression having individual CBT, the duration of treatment should typically be in the range of 16 to 20 sessions over 3 to 4 months.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	298
	Also consider providing: ▪ two sessions per week for the first 2 to 3 weeks of treatment for people with moderate or severe depression ▪ follow-up sessions typically consisting of three to four sessions over the following 3 to 6 months for all people with depression.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	298
NCCMH 2010 adults	Behavioural couples therapy for depression should normally be based on behavioural principles, and an adequate course of therapy should be 15 to 20 sessions over 5 to 6 months.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	298
NCCMH 2010 adults	**Delivering counselling** For all people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression having counselling, the duration of treatment should typically be in the range of six to ten sessions over 8 to 12 weeks.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	298
NCCMH 2010 adults	**Delivering short-term psychodynamic psychotherapy** For all people with mild to moderate depression having short-term psychodynamic psychotherapy, the duration of treatment should typically be in the range of 16 to 20 sessions over 4 to 6 months.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	299
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **Antidepressant discontinuation symptoms** When stopping an antidepressant, gradually reduce the dose, normally over a 4-week period, although some people may require longer periods, particularly with drugs with a shorter half-life (such as paroxetine and venlafaxine). This is not required with fluoxetine because of its long half-life:	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	457

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akutphase)							
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Therapiebeginn** **Empfehlung/Statement 3-14** Ab Erreichen der Standarddosierung sollten vier Wochen (bei älteren Patienten: sechs Wochen) wegen der Wirklatenz abgewartet werden, bis gemeinsam mit dem Patienten beurteilt wird, ob eine Response vorliegt. Hierzu ist eine gute Dokumentation der Symptomatik bei Behandlungsbeginn erforderlich. Dieser Bewertungstag sollte bereits zu Beginn der Medikation mit dem Patienten vereinbart werden. Bei vielen Antidepressiva sollte schrittweise bis zur Standarddosierung aufdosiert werden. Diese Aufdosierungsphase sollte so lange sein, wie es die Verträglichkeit erfordert, aber so kurz wie möglich, da diese Zeit nicht zur Wirklatenz hinzu gezählt werden kann (siehe Abbildung [der Leitlinie]). Während der Aufdosierungsphase und der Beobachtung der Wirklatenz sollte eine sorgfältige Überwachung möglicher Nebenwirkungen erfolgen. Bei Response am Entscheidungstag sollte die Fortsetzung der Medikation bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie erfolgen. Bei Non-Response sollte dem Patienten eine Veränderung der Behandlungsstrategie empfohlen werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	77

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akutphase)							
NVL 2015	**Wirkungsprüfung und Therapiemonitoring** **Empfehlung/Statement 3-19** In den ersten 4 Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2-4 Wochen und nach 3 Monate in längeren Intervallen empfohlen. ▪ Spätestens nach 3-4 Wochen sollte eine genaue Wirkungsprüfung erfolgen und entschieden werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht. ▪ Ist keine Verbesserung erkennbar, sollte die Mitarbeit des Patienten und bei den dafür in Frage kommenden Medikamenten der Plasmaspiegel geprüft werden. ▪ Grundsätzlich angeraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Problemen in der Mitarbeit des Patienten. ▪ Im Fall des ausbleibenden erwarteten Therapieeffekts ist das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum inzwischen für die meisten Antidepressiva gut etabliert (Ausnahmen: nicht etabliert für Tranylcypromin und Agomelatin, eingeschränkt etabliert für Paroxetin, Mianserin und Bupropion). ▪ Bei Beginn einer Medikation mit Antidepressiva sollten Blutbild und Transaminasen untersucht werden. ▪ Bei Gabe von Lithium sind initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin-Clearance, die Elektrolyte (inkl. Calcium) und das Erfassen der Schilddrüsengröße sowie der TSH-Wert wichtig.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	80

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akutphase)							
NVL 2015 (Forts.)	▪ Gewichtskontrollen sind bei einigen Pharmaka wegen der möglichen Gewichtszunahme wichtig, vor allem unter Mirtazapin und den meisten Trizyklika (z. B. Trimipramin und Amitriptylin) sowie Lithium. ▪ Wegen der chinidinartigen Effekte von TZA auf die Reizleitung mit der Gefahr von Blockbildungen und Arrhythmien sowie wegen des Risikos der QTc-Zeit-Verlängerung unter SSRI (insb. in höheren Dosierungen) sind vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im Verlauf EKG-Kontrollen notwendig. ▪ Jedem Patient, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Symptome, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten, geachtet werden. ▪ Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden.						
Verlaufskontrolle							
ICSI 2013	**Comprehensive Treatment Plan with Shared Decision-Making** Clinicians should establish and maintain follow-up with patients	low	nein	strong	ja	ja	38
KPCI 2012	**6. Follow-up for patients in the acute phase (first three months) of treatment for MDD** For patients who are starting treatment with antidepressants for major depression, the GDT recommends that the minimum recommended follow-up frequency be one patient contact within the first month, and at least one additional patient contact four to eight weeks after the first contact. Assess for adherence, side effects, suicidal ideation, and patient response during both these visits.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	ja	70

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
KPCI 2012	**7. Follow-up for patients in the continuation phase (months 4 to 12) of treatment of MDD** After achieving symptom remission, the GDT recommends at least one follow-up contact* during the fifth or sixth month of treatment in patients with major depression. Assess for continuing symptom remission and dosage/treatment adjustment during this contact. The GDT recommends additional patient follow-up to consider either continuing treatment beyond the continuation phase, or attempting a trial of treatment discontinuation. *Follow-up contact may include in-person visits, phone calls or email between patient and clinician, or phone calls/email between patient and a care manager. The use of email between patients and providers is relatively new, and has not been a widely utilized means of communication to date. However, it is being increasingly advocated as part of a patient-centered, more efficient (“less visit dependent“) model of care. At least one member oft he GDT uses this modality regularly and deems it effective for follow-up contacts.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	ja	72
KPCI 2012	**8. Follow-up for patients in maintenance phase (beyond 12 months) of treatment of MDD** 8A: For asymptomatic patients with major depression who are continuing on antidepressants beyond 12 months, the GDT recommends at least one annual follow-up contact to assess for continuing symptom remission, the need for ongoing treatment, and dosage/treatment adjustment.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	nein	74
KPCI 2012	8B: The GDT recommends that additonal follow-up for asymptomatic patients with major depression who are continuing on antidepressants beyond 12 months should be based on patient preferences and response.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	nein	74

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Risk assessment and monitoring** Advise people with depression of the potential for increased agitation, anxiety and suicidal ideation in the initial stages of treatment; actively seek out these symptoms and: ▪ ensure that the person knows how to seek help promptly ▪ review the person's treatment if they develop marked and/or prolonged agitation.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Effective delivery of interventions for depression** All interventions for depression should be delivered by competent practitioners. Psychological and psychosocial interventions should be based on the relevant treatment manual(s), which should guide the structure and duration of the intervention. Practitioners should consider using competence frameworks developed from the relevant treatment manual(s) and for all interventions should: ▪ *receive regular high-quality supervision* ▪ use routine outcome measures and ensure that the person with depression is involved in reviewing the efficacy of the treatment ▪ *engage in monitoring and evaluation of treatment adherence and practitioner competence - for example, by using video and audio tapes, and external audit and scrutiny where appropriate.*	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	296

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **When to change antidepressant treatment when symptoms of depression are not improving** For people started on antidepressants who are not considered to be at increased risk of suicide, normally see them after 2 weeks. See them regularly thereafter; for example, at intervals of 2 to 4 weeks in the first 3 months, and then at longer intervals if response is good.* *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous NICE guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	416
NCCMH 2010 adults	If a person with depression develops side effects early in antidepressant treatment, provide appropriate information and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	416
	consider one of the following strategies: ▪ monitor symptoms closely where side effects are mild and acceptable to the person or ▪ stop the antidepressant or change to a different antidepressant if the person prefers or ▪ in discussion with the person, consider short-term concomitant treatment with a benzodiazepine if anxiety, agitation and/or insomnia are problematic (except in people with chronic symptoms of anxiety); this should usually be for no longer than 2 weeks in order to prevent the development of dependence.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	416/ 417

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **Dosage issues for tricyclic antidepressants** People who start on low-dose tricyclic antidepressants and who have a clear clinical response can be maintained on that dose with careful monitoring*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	could be used	nein	ja	453
NCCMH 2010 adults	**Antidepressant discontinuation symptoms** Inform the person that they should seek advice from their practitioner if they experience significant discontinuation symptoms. If discontinuation symptoms occur:	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	457
	▪ monitor symptoms and reassure the person if symptoms are mild						
	▪ consider reintroducing the original antidepressant at the dose that was effective (or another antidepressant with a longer half-life from the same class) if symptoms are severe, and reduce the dose gradually while monitoring symptoms.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	457

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **Depression, antidepressants and suicide** A person with depression started on antidepressants who is considered to present an increased suicide risk or is younger than 30 years (because of the potential increased prevalence of suicidal thoughts in the early stages of antidepressant treatment for this group) should normally be seen after 1 week and frequently thereafter as appropriate until the risk is no longer considered clinically important*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	465
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Pharmacological „next-step“ treatment for depression that has not adequately responded to treatment** When prescribing lithium: ▪ monitor renal and thyroid function before treatment and every 6 months during treatment (more often if there is evidence of renal impairment).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	509
	▪ consider ECG monitoring in people with depression who are at high risk of cardiovascular disease	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	509
	▪ monitor serum lithium levels 1 week after initiation and each dose change until stable, and every 3 months thereafter.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	509
NCCMH 2010 adults	When prescribing an antipsychotic, monitor weight, lipid and glucose levels, and side effects (for example, extrapyramidal side effects and prolactin-related side effects with risperidone).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	509

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological management of relapse prevention** People with depression on long-term maintenance treatment should be regularly re-evaluated, with frequency of contact determined by: ▪ comorbid conditions ▪ risk factors for relapse ▪ severity and frequency of episodes of depression.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	535
NVL 2015	**Diagnostik** **Differenzialdiagnostik** **Suizidalität** **Empfehlung/Statement 2-5** Bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung sollte Suizidalität regelmäßig, bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	39
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Therapiebeginn** **Empfehlung/Statement 3-14** Ab Erreichen der Standarddosierung sollten vier Wochen (bei älteren Patienten: sechs Wochen) wegen der Wirklatenz abgewartet werden, bis gemeinsam mit dem Patienten beurteilt wird, ob eine Response vorliegt. Hierzu ist eine gute Dokumentation der Symptomatik bei Behandlungsbeginn erforderlich. Dieser Bewertungstag sollte bereits zu Beginn der Medikation mit dem Patienten vereinbart werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	77

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NVL 2015 (Forts.)	Bei vielen Antidepressiva sollte schrittweise bis zur Standarddosierung aufdosiert werden. Diese Aufdosierungsphase sollte so lange sein, wie es die Verträglichkeit erfordert, aber so kurz wie möglich, da diese Zeit nicht zur Wirklatenz hinzu gezählt werden kann (siehe Abbildung). Während der Aufdosierungsphase und der Beobachtung der Wirklatenz sollte eine sorgfältige Überwachung möglicher Nebenwirkungen erfolgen. Bei Response am Entscheidungstag sollte die Fortsetzung der Medikation bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie erfolgen. Bei Non-Response sollte dem Patienten eine Veränderung der Behandlungsstrategie empfohlen werden.						
NVL 2015	**Wirkungsprüfung und Therapiemonitoring** **Empfehlung/Statement 3-19** In den ersten 4 Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2-4 Wochen und nach 3 Monate in längeren Intervallen empfohlen. ▪ Spätestens nach 3-4 Wochen sollte eine genaue Wirkungsprüfung erfolgen und entschieden werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht. ▪ Ist keine Verbesserung erkennbar, sollte die Mitarbeit des Patienten und bei den dafür in Frage kommenden Medikamenten der Plasmaspiegel geprüft werden. ▪ Grundsätzlich angeraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Problemen in der Mitarbeit des Patienten.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	80

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NVL 2015 (Forts.)	▪ Im Fall des ausbleibenden erwarteten Therapieeffekts ist das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum inzwischen für die meisten Antidepressiva gut etabliert (Ausnahmen: nicht etabliert für Tranylcypromin und Agomelatin, eingeschränkt etabliert für Paroxetin, Mianserin und Bupropion). ▪ Bei Beginn einer Medikation mit Antidepressiva sollten Blutbild und Transaminasen untersucht werden. ▪ Bei Gabe von Lithium sind initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin-Clearance, die Elektrolyte (inkl. Calcium) und das Erfassen der Schilddrüsengröße sowie der TSH-Wert wichtig. ▪ Gewichtskontrollen sind bei einigen Pharmaka wegen der möglichen Gewichtszunahme wichtig, vor allem unter Mirtazapin und den meisten Trizyklika (z. B. Trimipramin und Amitriptylin) sowie Lithium. ▪ Wegen der chinidinartigen Effekte von TZA auf die Reizleitung mit der Gefahr von Blockbildungen und Arrhythmien sowie wegen des Risikos der QTc-Zeit-Verlängerung unter SSRI (insb. in höheren Dosierungen) sind vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im Verlauf EKG-Kontrollen notwendig. ▪ Jedem Patient, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Symptome, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten, geachtet werden. ▪ Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden.						

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
KPCI 2012	**4. Second-Line treatment of MDD** 4A: For patients with MDD whose symptoms fail to remit after first-line treatment, the GDT recommends an assessment of the adherence to the initial treatment regimen.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	48
KPCI 2012	4B: For patients with MDD whose symptoms fail to remit after adherence to first-line treatment, the GDT recommends that treatment options include:						
	▪ Combining antidepressants and psychotherapy.	n. a.	fehlt	evidence-based	nein	n. z.	48
	▪ Increasing the dose of the initial antidepressant.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	48
	▪ Switching from a different antidepressant of the same or different class.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	48
	▪ Switching from psychotherapy to antidepressants or from antidepressants to psychotherapy.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	48
	Combined pharmacologic treatment (monitoring for toxicity, side effects, and drug interactions) with SSRIs and ▪ low-dose TCAs, or ▪ bupropion, or ▪ buspirone, or ▪ mirtazapine, or ▪ lithium, or ▪ liothyronine (T3).	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	48
KPCI 2012	4C: The GDT makes no recommendation for or against providing folate or inositol to patients whose MDD symptoms failt o remit after adhering to first-line treatment.	insufficient	fehlt	evidence-based I	nein	n. z.	48

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
KPCI 2012	4D: The GDT makes no recommendation for or against providing atypical antipsychotics to primary care patients with (nonpsychotic, nonbipolar) MDD whose symptoms fail to remit after adherence to first-line treatment.	insuffi-cient	fehlt	evidence -based I	nein	n. z.	48
KPCI 2012	4E: The GDT recommends against providing augmentation with pinodol for patients with MDD whose symptoms fail to remit after adherence to first-line treatment.	evidence-based[a]	fehlt	evidence -based[d]	fehlt	n. z.	48
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Combined psychological and drug treatment** For a person whose depression has not responded to either pharmacological or psychological interventions, consider combining antidepressant medication with CBT*. *This recommendation can also be found in the chapter on pharmacological interventions.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	299
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **When to change antidepressant treatment when symptoms of depression are not improving** If the person's depression shows no improvement after 2 to 4 weeks with the first antidepressant, check that the drug has been taken regularly and in the prescribed dose.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	417

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 adults	If response is absent or minimal after 3 to 4 weeks of treatment with a therapeutic dose of an antidepressant, increase the level of support (for example, by weekly face-to-face or telephone contact) and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	417
	consider: ▪ increasing the dose in line with the Summary of Product Characteristics if there are no significant side effects or ▪ switching to another antidepressant as described in Section 12.3.16 [der Leitlinie] if there are side effects or if the person prefers.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	417
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **When to change antidepressant treatment when symptoms of depression are not improving** If the person's depression shows some improvement by 4 weeks, continue treatment for another 2 to 4 weeks.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	417
	Consider switching to another antidepressant as described in 12.3.16 [der Leitlinie] if: ▪ response is still not adequate or ▪ there are side effects or ▪ the person prefers to change treatment.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	417
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Pharmacological „next-step" treatment for depression that has not adequately responded to treatment** When reviewing drug treatment for a person with depression whose symptoms have not adequately responded to initial pharmacological interventions: ▪ check adherence to, and side effects from, initial treatment	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	506

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	▪ increase the frequency of appointments using outcome monitoring with a validated outcome measure	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	506
	▪ be aware that using a single antidepressant rather than combination medication or augmentation (see 12.3.16.9 to 12.3.16.13 [der Leitlinie]) is usually associated with a lower side-effect burden	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	506
	▪ consider reintroducing previous treatments that have been inadequately delivered or adhered to, including increasing the dose	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	506/ 507
	▪ consider switching to an alternative antidepressant.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	506/ 507
NCCMH 2010 adults	When switching to another antidepressant, be aware that the evidence for the relative advantage of switching either within or between classes is weak..	n. z.	fehlt	should	ja	n. z.	507
	Consider switching to: ▪ initially a different SSRI or a better tolerated newer-generation antidepressant ▪ subsequently an antidepressant of a different pharmacological class that may be less well tolerated, for example venlafaxine, a TCA or an MAOI	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	507
NCCMH 2010 adults	Do not switch to, or start, dosulepin because evidence supporting its tolerability relative to other antidepressants is outweighed by the increased cardiac risk and toxicity in overdose.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	507
NCCMH 2010 adults	When switching to another antidepressant, which can normally be achieved within 1 week when switching from drugs with a short half-life, consider the potential for interactions in determining the choice of new drug and the nature and duration of the transition.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	507

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	Exercise particular caution when switching: ▪ from fluoxetine to other antidepressants, because fluoxetine has a long half-life (approximately 1 week) ▪ from fluoxetine or paroxetine to a TCA, because both of these drugs inhibit the metabolism of TCAs; a lower starting dose of the TCA will be required, particularly if switching from fluoxetine because of ist long half-life ▪ to a new serotonergic antidepressant or MAOI, because of the risk of serotonin syndrome* ▪ from a non-reversible MAOI: a 2-week washout period is required (other antidepressants should not be prescribed routinely during this period). *Features of serotonin syndrome include confusion, delirium, shivering, sweating, changes in blood pressure and myoclonus.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	507
NCCMH 2010 adults	For a person whose depression has failed to respond to various strategies for augmentation and combination treatments, consider referral to a practitioner with a specialist interest in treating depression, or to a specialist service*. *The evidence for this recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	507

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 adults	The assessment of a person with depression referred to specialist mental health services should include: ▪ their symptom profile, suicide risk and, where appropriate, previous treatment history ▪ associated psychosocial stressors, personality factors and significant relationship difficulties, particularly where the depression is chronic or recurrent ▪ associated comorbidities including alcohol and substance misuse, and personality disorders*. ▪ *Ibid	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
NCCMH 2010 adults	In specialist mental health services, after thoroughly reviewing previous treatments for depression, consider reintroducing previous treatments that have been inadequately delivered or adhered to*. *Ibid	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	508

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 adults	Medication in secondary care mental health services should be started under the supervision of a consultant psychiatrist. Given the higher side-effect burden of taking two drugs rather than one, combining medication would not normally be an initial next-step option. However, there is some evidence of efficacy. Most of the data published since the previous guideline are for augmentation of an antidepressant with an antipsychotic, and this shows some benefit. However, antipsychotics do not have UK marketing authorisation for use in depression. There is still limited evidence for combinations of antidepressants. The recommendations are largely unchanged, but the one for augmentation with a benzodiazepine has been amended since this strategy is recommended elsewhere in the guideline for the short-term management of agitation.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
NCCMH 2010 adults	When using combinations of medications (which should only normally be started in primary care in consultation with a consultant psychiatrist): ▪ select medications that are known to be safe when used together	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ be aware of the increased side-effect burden this usually causes	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ discuss the rationale for any combination with the person with depression, follow GMC guidance if off-label medication is prescribed, and monitor carefully for adverse effects	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ be familiar with primary evidence and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ consider obtaining a second opinion when using unusual combinations, the evidence for the efficacy of a chosen strategy is limited or the risk–benefit ratio is unclear	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	508

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	▪ document the rationale for the chosen combination.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
NCCMH 2010 adults	If a person with depression is informed about, and prepared to tolerate, the increased side-effect burden, consider combining or augmenting an antidepressant with: ▪ lithium or ▪ an antipsychotic such as aripiprazole, olanzapine, quetiapine or risperidone* or ▪ another antidepressant such as mirtazapine or mianserin. * Aripiprazole, olanzapine, quetiapine and risperidone do not have UK marketing authorisation for the indication in question at the time of publication. Informed consent should be obtained and documented.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	508/ 509
NCCMH 2010 adults	The following strategies should not be used routinely: ▪ augmentation of an antidepressant with a benzodiazepine for more than 2 weeks as there is a risk of dependence ▪ augmentation of an antidepressant with buspirone, carbamazepine, lamotrigine or valproate as there is insufficient evidence for their use ▪ augmentation of an antidepressant with pindolol or thyroid hormones as there is inconsistent evidence of effectiveness .	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	509
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Electroconvulsive therapy** Consider ECT for acute treatment of severe depression that is lifethreatening and when a rapid response is required, or when other treatments have failed.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	526

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 adults	Do not use ECT routinely for people with moderate depression but	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	526
	consider it if their depression has not responded to multiple drug treatments and psychological treatment.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	526
NCCMH 2010 adults	For people whose depression has not responded well to a previous course of ECT, consider a repeat trial of ECT only after: ▪ reviewing the adequacy of the previous treatment course and Depression not adequately responding to treatment and relapse prevention ▪ considering all other options and ▪ discussing the risks and benefits with the person and/or, where appropriate, their advocate or carer.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	526/ 527
NVL 2015	**Diagnostik** **Verlaufsdiagnostik** **Empfehlung/Statement 2-11** Stellt sich in der Akutbehandlung 3-4 Wochen nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden.	n. a.	fehlt	0	nein	ja	41

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Therapiebeginn** **Empfehlung/Statement 3-14** Ab Erreichen der Standarddosierung sollten vier Wochen (bei älteren Patienten: sechs Wochen) wegen der Wirklatenz abgewartet werden, bis gemeinsam mit dem Patienten beurteilt wird, ob eine Response vorliegt. Hierzu ist eine gute Dokumentation der Symptomatik bei Behandlungsbeginn erforderlich. Dieser Bewertungstag sollte bereits zu Beginn der Medikation mit dem Patienten vereinbart werden. Bei vielen Antidepressiva sollte schrittweise bis zur Standarddosierung aufdosiert werden. Diese Aufdosierungsphase sollte so lange sein, wie es die Verträglichkeit erfordert, aber so kurz wie möglich, da diese Zeit nicht zur Wirklatenz hinzu gezählt werden kann (siehe Abbildung). Während der Aufdosierungsphase und der Beobachtung der Wirklatenz sollte eine sorgfältige Überwachung möglicher Nebenwirkungen erfolgen. Bei Response am Entscheidungstag sollte die Fortsetzung der Medikation bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie erfolgen. Bei Non-Response sollte dem Patienten eine Veränderung der Behandlungsstrategie empfohlen werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	77

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NVL 2015	**Wirkungsprüfung und Therapiemonitoring** **Empfehlung/Statement 3-19** In den ersten 4 Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2-4 Wochen und nach 3 Monate in längeren Intervallen empfohlen. ▪ Spätestens nach 3-4 Wochen sollte eine genaue Wirkungsprüfung erfolgen und entschieden werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht. ▪ Ist keine Verbesserung erkennbar, sollte die Mitarbeit des Patienten und bei den dafür in Frage kommenden Medikamenten der Plasmaspiegel geprüft werden. ▪ Grundsätzlich angeraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Problemen in der Mitarbeit des Patienten. ▪ Im Fall des ausbleibenden erwarteten Therapieeffekts ist das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum inzwischen für die meisten Antidepressiva gut etabliert (Ausnahmen: nicht etabliert für Tranylcypromin und Agomelatin, eingeschränkt etabliert für Paroxetin, Mianserin und Bupropion). ▪ Bei Beginn einer Medikation mit Antidepressiva sollten Blutbild und Transaminasen untersucht werden. ▪ Bei Gabe von Lithium sind initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin-Clearance, die Elektrolyte (inkl. Calcium) und das Erfassen der Schilddrüsengröße sowie der TSH-Wert wichtig.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	80

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NVL 2015 (Forts.)	▪ Gewichtskontrollen sind bei einigen Pharmaka wegen der möglichen Gewichtszunahme wichtig, vor allem unter Mirtazapin und den meisten Trizyklika (z. B. Trimipramin und Amitriptylin) sowie Lithium. ▪ Wegen der chinidinartigen Effekte von TZA auf die Reizleitung mit der Gefahr von Blockbildungen und Arrhythmien sowie wegen des Risikos der QTc-Zeit-Verlängerung unter SSRI (insb. in höheren Dosierungen) sind vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im Verlauf EKG-Kontrollen notwendig. ▪ Jedem Patient, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Symptome, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten, geachtet werden. ▪ Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden.						
NVL 2015	**Maßnahmen bei Nichtansprechen** **Serumspiegelbestimmung und Therapeutisches Drug-Monitoring** **Empfehlung/Statement 3-24** Spricht ein Patient nach 4 Wochen nicht auf eine Antidepressivamonotherapie an, sollten zunächst Ursachen für diesen Verlauf evaluiert werden. Zu diesen Ursachen gehören gegebenenfalls die mangelnde Mitarbeit des Patienten, eine nicht angemessene Dosis und ein zu niedriger Serumspiegel.	III	nein	B	nein	ja	83

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-25** **Serumspiegelkontrolle von Antidepressiva (TDM)** Spricht ein Patient nach angemessener Behandlungsdauer und -dosis sowie bestimmungsgemäßer Einnahme nicht auf eine Antidepressiva-Medikation an, sollte der Plasmaspiegel des Medikaments kontrolliert werden. Für die meisten Antidepressiva sind inzwischen Empfehlungen für einen therapeutischen Plasmaspiegel etabliert. Die Blutabnahme soll im steady state (das ist bei den allermeisten Antidepressiva vier bis fünf Tage nach Einnahme einer konstanten Dosierung) und als so genannter Talspiegel erfolgen. Sowohl ein zu niedriger als auch ein zu hoher Plasmaspiegel sollte im Sinne des Therapeutischen Drug Monitorings (TDM) durch eine Dosisadaptation korrigiert werden. Ferner sind Plasmaspiegelkontrollen angeraten bei Hochdosisbehandlung, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und unsicherer Einnahmeregelmäßigkeit.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	83
NVL 2015	**Dosiserhöhung** **Empfehlung/Statement 3-26** Bei zahlreichen Antidepressiva (z. B. TZA, Venlafaxin, Tranylcypromin) kann eine sinnvolle Maßnahme bei Non-Response im Aufdosieren der Substanz im Einklang mit den Anwendungsempfehlungen des Herstellers bestehen. Dies gilt nicht für SSRI.	n. a.	fehlt	0	nein	ja	84
NVL 2015	**Augmentation** **Empfehlung/Statement 3-27** Ein Versuch zur Wirkungsverstärkung (Augmentation) mit Lithium sollte vom erfahrenen Arzt bei Patienten erwogen werden, deren Depression auf Antidepressiva nicht angesprochen hat.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	87

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-28** Wenn bei einem Patienten 2-4 Wochen nach Erreichen wirksamer Lithiumspiegel keine Wirkung festzustellen ist, sollte Lithium wieder abgesetzt werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	87
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-29** Patienten, die gut auf ein Antidepressivum mit Lithium-Augmentation ansprachen, sollten unter diesem Regime für mindestens 6 Monate bleiben.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	87
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-30** Die Augmentation von Antidepressiva mittels Carbamazepin, Lamotrigin, Pindolol, Valproat, Dopaminagonisten, Psychostimulanzien, Schilddrüsen- oder anderen Hormonen kann nicht als Routineeinsatz bei therapieresistenter Depression empfohlen werden.	Ib	ja	0	nein	ja	87
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-31** Bei Patienten, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollte eine Augmentation von Antidepressiva mit den Antipsychotika Quetiapin (zugelassen), Aripiprazol, Olanzapin und Risperidon (jeweils off-label) in verhältnismäßig niedrigen Dosierungen erwogen werden, um depressive Symptome zu reduzieren.	Ia	ja	B	nein	ja	87
NVL 2015	**Wechsel des Antidepressivums („Switching“)** **Empfehlung/Statement 3-32** Beim Wechsel zwischen Antidepressiva sollten wegen möglicher Wechselwirkungen eine schrittweise Aufdosierung des neuen und ein ausschleichendes Absetzen des alten Antidepressivums erfolgen.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	88
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-33** Der Wechsel des Antidepressivums ist bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl. Jeder Wechsel sollte daher sorgfältig geprüft werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	88

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-34** Bei der Umstellung von SSRIs, SNRI und Clomipramin auf MAO-Hemmer ist ein ausreichender Sicherheitsabstand von 2 Wochen, bei Fluoxetin von 5 Wochen zu berücksichtigen. Eine Kombination der MAO-Hemmer mit diesen Antidepressiva ist kontraindiziert.	n. a.	fehlt	KKP	nein	nein	88
NVL 2015	**Antidepressiva-Kombination** **Empfehlung/Statement 3-35** Bei einem Patienten, der auf eine Antidepressivamonotherapie nicht respondiert hat, kann als einzige Antidepressivakombination die Kombination von Mianserin (unter Berücksichtigung des Agranulozytoserisikos) oder Mirtazapin einerseits mit einem SSRI oder einem TZA andererseits empfohlen werden. Nur für diese Kombination wurde in mehreren randomisierten und doppelblinden Studien gezeigt, dass sie wirksamer ist als die Monotherapie mit nur einem der Wirkstoffe.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	89
NVL 2015	**Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Elektrokonvulsive Therapie** **EKT als Erhaltungstherapie** **Empfehlung/Statement 3-55** EKT soll bei schweren, vital bedrohlichen oder therapieresistenten depressiven Episoden als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden.	Ia	ja	A	ja	ja	121
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
KPCI 2012	**5. Length of treatment with antidepressants in patients with MDD** **Patients who achieve symptom remission** 5A: The GDT recommends that patients with MDD who achieve symptom remission with antidepressants should continue antidepressants at the same dose for at least an additional six to 12 months.	n. a.	fehlt	evidence-based [d]	fehlt	n. z.	63

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
KPCI 2012	**Patients with one lifetime episode of MDD** 5B: Based on patient and provider preference, the GDT recommends that a trial of antidepressant discontinuation is optional for patients in their first lifetime episode of MDD, who are being treated with antidepressants, achieve remission, and remain asymptomatic for six to 12 months after acute phase treatment.	n. a.	fehlt	consens us-based	nein	n. z.	63
KPCI 2012	**Patients with two or more lifetime episodes of MDD** 5C: The GDT recommends that patients with two or more lifetime episodes of MDD, who are being treated with antidepressants and remain asymptomatic after acute phase treatment should be maintained on the medication and dose with which they achieved remission for at least an additional 15 months to five years after acute phase treatment.	n. a.	fehlt	consens us-based	nein	n. z.	63
KPCI 2012	**Patients with chronic MDD or MDD with concurrent dysthymia*** 5D: The GDT recommends that patients with chronic MDD (continual symptoms for more than two years) or Double Depression (MDD and dysthymia) who improve with antidepressants during acute phase treatment should continue antidepressants for at least an additional 15 to 28 months after acute phase treatment. *Dysthymia: depressed mood plus at least two additional DSM-IV symptoms present more days than not for at least two years.	n. a.	fehlt	evidence -based [d]	fehlt	n. z.	63
NCCMH 2010 adults	**High-intensity psychological interventions** **Delivering high-intensity psychological interventions** For all high-intensity psychological interventions, the duration of treatment should normally be within the limits indicated in this guideline.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	298

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	As the aim of treatment is to obtain significant improvement or remission the duration of treatment may be: ▪ reduced if remission has been achieved ▪ increased if progress is being made, and there is agreement between the practitioner and the person with depression that further sessions would be beneficial (for example, if there is a comorbid personality disorder or significant psychosocial factors that impact on the person's ability to benefit from treatment).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	298
NCCMH 2010 adults	**Psychological interventions for relapse prevention** People with depression who are considered to be at significant risk of relapse (including those who have relapsed despite antidepressant treatment or who are unable or choose not to continue antidepressant treatment) or who have residual symptoms, should be offered the following psychological interventions: ▪ individual CBT for people who have relapsed despite antidepressant medication and for people with a significant history of depression and residual symptoms despite treatment ▪ mindfulness-based cognitive therapy for people who are currently well but have experienced three or more previous episodes of depression.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	299
NCCMH 2010 adults	**Delivering psychological interventions for relapse prevention** For all people with depression who are having individual CBT for relapse prevention, the duration of treatment should typically be in the range of 16 to 20 sessions over 3 to 4 months. If the duration of treatment needs to be extended to achieve remission it should: ▪ consist of two sessions per week for the first 2 to 3 weeks of treatment ▪ include additional follow-up sessions, typically consisting of four to six sessions over the following 6 months.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	299

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
NCCMH 2010 adults	Mindfulness-based cognitive therapy should normally be delivered in groups of eight to 15 participants and consist of weekly 2-hour meetings over 8 weeks and four follow-up sessions in the 12 months after the end of treatment.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	299
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Electroconvulsive therapy** If a person's depression has responded to a course of ECT, antidepressant medication should be started or continued to prevent relapse. Consider lithium augmentation of antidepressants.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	528
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological management of relapse prevention** Support and encourage a person who has benefited from taking an antidepressant to continue medication for at least 6 months after remission of an episode of depression. Discuss with the person that: ▪ this greatly reduces the risk of relapse ▪ antidepressants are not associated with addiction.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	534
NCCMH 2010 adults	Review with the person with depression the need for continued antidepressant treatment beyond 6 months after remission, taking into account: ▪ the number of previous episodes of depression ▪ the presence of residual symptoms ▪ concurrent physical health problems and psychosocial difficulties.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	534

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
NCCMH 2010 adults	For people with depression who are at significant risk of relapse or have a history of recurrent depression, discuss with the person treatments to reduce the risk of recurrence, including continuing medication, augmentation of medication or psychological treatment (CBT). Treatment choice should be influenced by: ▪ previous treatment history, including the consequences of a relapse, residual symptoms, response to previous treatment and any discontinuation symptoms ▪ the person's preference.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	534
NCCMH 2010 adults	Advise people with depression to continue antidepressants for at least 2 years if they are at risk of relapse. Maintain the level of medication at which acute treatment was effective (unless there is good reason to reduce the dose, such as unacceptable adverse effects) if: ▪ they have had two or more episodes of depression in the recent past, during which they experienced significant functional impairment ▪ they have other risk factors for relapse such as residual symptoms, multiple previous episodes, or a history of severe or prolonged episodes or of inadequate response ▪ the consequences of relapse are likely to be severe (for example, suicide attempts, loss of functioning, severe life disruption, and inability to work).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	534/ 535
NCCMH 2010 adults	When deciding whether to continue maintenance treatment beyond 2 years, re-evaluate with the person with depression, taking into account age, comorbid conditions and other risk factors.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	535
NCCMH 2010 adults	People who have had multiple episodes of depression, and who have had a good response to treatment with an antidepressant and an augmenting agent, should remain on this combination after remission if they find the side effects tolerable and acceptable. If one medication is stopped, it should usually be the augmenting agent.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	535

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
NCCMH 2010 adults (Forts.)	Lithium should not be used as a sole agent to prevent recurrence.	n. z.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	535
NVL 2015	**Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Therapiebeginn** **Empfehlung/Statement 3-14** Ab Erreichen der Standarddosierung sollten vier Wochen (bei älteren Patienten: sechs Wochen) wegen der Wirklatenz abgewartet werden, bis gemeinsam mit dem Patienten beurteilt wird, ob eine Response vorliegt. Hierzu ist eine gute Dokumentation der Symptomatik bei Behandlungsbeginn erforderlich. Dieser Bewertungstag sollte bereits zu Beginn der Medikation mit dem Patienten vereinbart werden. Bei vielen Antidepressiva sollte schrittweise bis zur Standarddosierung aufdosiert werden. Diese Aufdosierungsphase sollte so lange sein, wie es die Verträglichkeit erfordert, aber so kurz wie möglich, da diese Zeit nicht zur Wirklatenz hinzu gezählt werden kann (siehe Abbildung). Während der Aufdosierungsphase und der Beobachtung der Wirklatenz sollte eine sorgfältige Überwachung möglicher Nebenwirkungen erfolgen. Bei Response am Entscheidungstag sollte die Fortsetzung der Medikation bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie erfolgen. Bei Non-Response sollte dem Patienten eine Veränderung der Behandlungsstrategie empfohlen werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	77

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Erhaltungstherapie** **Empfehlung/Statement 3-20** Antidepressiva sollen mindestens 4-9 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Risiko eines Rückfalls erheblich vermindern lässt. In dieser Erhaltungsphase soll die gleiche Dosierung wie in der Akutphase fortgeführt werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	81
NVL 2015	**Rezidivprophylaxe** **Empfehlung/Statement 3-21** Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit sollten dazu angehalten werden, das Antidepressivum mindestens 2 Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	82
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-22** Zur Vorbeugung eines Rezidivs sollte die gleiche Dosierung des Antidepressivums verabreicht werden, die bei der Akuttherapie wirksam war.	n. a.	fehlt	0	nein	n. z.	82
NVL 2015	**Psychotherapie** **Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie** **Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung** **Empfehlung/Statement 3-53** Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.	n. a.	fehlt	A	ja	ja	116

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
NVL 2015	**Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Elektrokonvulsive Therapie** **EKT als Erhaltungstherapie** **Empfehlung/Statement 3-56** Nach einer erfolgreichen EKT-Behandlungsserie sollte eine Erhaltungstherapie mit Pharmakotherapie und Psychotherapie erfolgen, mit oder ohne zusätzliche EKT.	Ia	ja	B	nein	ja	121
NVL 2015	**Empfehlung/Statement 3-57** Eine EKT-Erhaltungstherapie nach einer erfolgreichen EKT-Behandlungsserie sollte eingesetzt werden bei Patienten, die ▪ unter einer adäquaten sonstigen Rezidivprophylaxe in der Anamnese einen Rückfall erlitten hatten bzw. ▪ eine Unverträglichkeit gegenüber einer Rezidivprophylaxe aufweisen bzw. ▪ eine entsprechende Präferenz haben.	Ib	ja	B	nein	ja	121
SIGN 2010	**Psychological therapies** **Mindfulness based cognitive therapy** Mindfulness based cognitive therapy in a group setting may be considered as a treatment option to reduce relapse in patients with depression who have had three or more episodes.	1++	ja	B	fehlt	ja	7

(Fortsetzung)

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Der GoR und LoE „evidence-based“ wird in den Klassifizierungssystemen der Leitlinie zum GoR und LoE nicht erläutert.

CBT: Cognitive behavioral Therapy; CCBT: Computerised cognitive behavioural Therapy; DMS-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV edition Text Revision; ECG: Electrocardiogram; ECT: Electroconvulsive Therapy; EKG: Elektrokardiogramm; EKT: Elektrokonvulsionstherapie;G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GDT: Guideline Development Team; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenpunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MAO: Monoaminoxidase; MAOI: Monoamine Oxidase Inhibitors; MDD: Major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; NRI: Norepinephrine reuptake Inhibitor; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; QTc- Zeit: frequenzkorrigierte QT-Zeit; SNRI: Serotonin norepinephrine reuptake Inhibitors; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors; TCAs: Tricyclic Antidepressants; TDM: Therapeutical Drug Monitoring;TSH-Wert: TSH-Wert: Wert für Thyreoidea-Stimulierendes Hormon = Thyreotropin; TZA: Trizyklische Antidepressiva; UK: United Kingdom

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akuttherapie)							
NCCMH 2010 physical	**Psychological and psychosocial interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Delivery of low-intensity psychosocial interventions** Physical activity programmes for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ be modified (in terms of the duration of the programme and frequency and length of the sessions) for different levels of physical ability as a result of the particular chronic physical health problem, in liaison with the team providing care for the physical health problem ▪ be delivered in groups with support from a competent practitioner ▪ consist typically of two or three sessions per week of moderate duration (45 minutes to 1 hour) over 10 to 14 weeks (average 12 weeks) ▪ be coordinated or integrated with any rehabilitation programme for the chronic physical health problem.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	209

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akuttherapie)							
NCCMH 2010 physical	Group-based peer support (self-help) programmes for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ be delivered to groups of patients with a shared chronic physical health problem ▪ focus on sharing experiences and feelings associated with having a chronic physical health problem ▪ be supported by practitioners who should: ▫ facilitate attendance at the meetings ▫ have knowledge of the patients' chronic physical health problem and its relationship to depression ▫ review the outcomes of the intervention with the individual patients ▪ consist typically of one session per week delivered over a period of 8 to 12 weeks.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	209
NCCMH 2010 physical	Individual guided self-help programmes based on the principles of CBT (and including behavioural activation and problem-solving techniques) for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ include the provision of written materials of an appropriate reading age (or alternative media to support access) ▪ be supported by a trained practitioner, who typically facilitates the self-help programme and reviews progress and outcome ▪ consist of up to six to eight sessions (face-to-face and via telephone) normally taking place over 9 to 12 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	210

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akuttherapie)							
NCCMH 2010 physical	CCBT for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ be provided via a stand-alone computer-based or web-based programme ▪ include an explanation of the CBT model, encourage tasks between sessions, and use thought-challenging and active monitoring of behaviour, thought patterns and outcomes ▪ be supported by a trained practitioner, who typically provides limited facilitation of the programme and reviews progress and outcome ▪ typically take place over 9 to 12 weeks, including follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	210
NCCMH 2010 physical	**Delivery high-intensity psychological interventions** For all high-intensity psychological interventions, the duration of treatment should normally be within the limits indicated in this guideline.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	211
	As the aim of treatment is to obtain significant improvement or remission the duration of treatment may be: ▪ reduced if remission has been achieved ▪ increased if progress is being made, and there is agreement between the practitioner and the patient with depression that further sessions would be beneficial (for example, if there is a comorbid personality disorder or psychosocial factors that impact on the patient's ability to benefit from treatment)*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	211

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akuttherapie)							
NCCMH 2010 physical	Group-based CBT for patients with depression and a chronic physical health problem should be: ▪ delivered in groups (typically of between six and eight patients) with a common chronic physical health problem ▪ typically delivered over a period of 6 to 8 weeks.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	211
NCCMH 2010 physical	Individual CBT for patients with moderate depression and a chronic physical health problem should be: ▪ delivered until the symptoms of depression have remitted (over a period that is typically 6 to 8 weeks and should not normally exceed 16 to 18 weeks) ▪ followed up by two further sessions in the 6 months after the end of treatment, especially if treatment was extended.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	211/ 212
NCCMH 2010 physical	Individual CBT for patients with severe depression and a chronic physical health problem should be: ▪ delivered until the symptoms of depression have remitted (over a period that is typically 16 to 18 weeks) ▪ focused in the initial sessions (which typically should take place twice weekly for the first 2 to 3 weeks) on behavioural activation ▪ followed up by two or three further sessions in the 12 months after the end of treatment.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	212
NCCMH 2010 physical	Behavioural couples therapy for depression should normally be based on behavioural principles, and an adequate course of therapy should be 15 to 20 sessions over 5 to 6 months*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	212

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer (Akuttherapie)							
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Failure of treatment to provide benefit**						
	If the patient's depression shows some improvement by 4 weeks, continue treatment for another 2 to 4 weeks.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	266
	Consider switching to another antidepressant as described in Section 1.8 of the Depression guideline (CG90)* if: ▪ response is still not adequate or ▪ there are side effects or ▪ the patient prefers to change treatment**. *NICE (2009). **This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	266
NCCMH 2010 physical	**Stopping or reducing antidepressants** When stopping an antidepressant, gradually reduce the dose, normally over a 4-week period, although some patients may require longer periods particularly with drugs with a shorter half-life (such as paroxetine and venlafaxine). This is not required with fluoxetine because of its long half-life*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	267

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Risk assessment and monitoring** Advise patients with depression and a chronic physical health problem of the potential for increased agitation, anxiety and suicidal ideation in the initial stages of treatment for depression; actively seek out these symptoms and: ▪ ensure that the patient knows how to seek help promptly ▪ review the patient's treatment if they develop marked and/or prolonged agitation*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 physical	**Psychological and psychosocial interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Effective delivery of interventions for depression** All interventions for depression should be delivered by competent practitioners. Psychological and psychosocial interventions should be based on the relevant treatment manual(s)*, which should guide the structure and duration of the intervention. Practitioners should consider using competence frameworks developed from the relevant treatment manual(s) and for all interventions should: ▪ receive regular high-quality supervision ▪ use routine outcome measures and ensure that the patient with depression is involved in reviewing the efficacy of the treatment ▪ engage in monitoring and evaluation of treatment adherence and practitioner competence – for example, by using video and audio tapes, and external audit and scrutiny where appropriate**. *A treatment manual describes how an intervention should be delivered. Typically it contains an account of the disorder and/or problem to be treated, and the specific population for which the intervention was developed. It sets out the theoretical rationale for the intervention and specifies the knowledge and skills required to deliver the intervention competently. In many cases manuals also specify the frequency, intensity and duration of the intervention. Manuals usually contain a mix of indicative as well as prescriptive elements, because effective implementation of most intervention involves an element of clinical judgement. **This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	208

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Starting treatment** For patients started on antidepressants who are not considered to be at increased risk of suicide, normally see them after 2 weeks. See them regularly thereafter, for example at intervals of 2 to 4 weeks in the first 3 months, and then at longer intervals if response is good*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE guideline (NICE, 2004a, 2007a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265
NCCMH 2010 physical	If a patient with depression and a chronic physical health problem develops side effects early in antidepressant treatment, provide appropriate information and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265
	consider one of the following strategies: ▪ monitor symptoms closely where side effects are mild and acceptable to the patient or ▪ stop the antidepressant or change to a different antidepressant if the patient prefers or ▪ in discussion with the patient, consider short-term concomitant treatment with a benzodiazepine if anxiety, agitation and/or insomnia are problematic, but: ▫ do not offer benzodiazepines to patients with chronic symptoms of anxiety ▫ use benzodiazepines with caution in patients at risk of falls ▫ in order to prevent the development of dependence, do not use benzodiazepines for longer than 2 weeks.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	265

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NCCMH 2010 physical	A patient with depression started on antidepressants who is considered to present an increased suicide risk or is younger than 30 years (because of the potential increased prevalence of suicidal thoughts in the early stages of antidepressant treatment for this group) should normally be seen after 1 week and frequently thereafter as appropriate until the risk is no longer considered clinically important*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE guideline (NICE, 2004a, 2007a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265
NCCMH 2010 physical	**Stopping or reducing antidepressants** Inform the patient that they should seek advice from their practitioner if they experience significant discontinuation symptoms. If discontinuation symptoms occur: ▪ monitor symptoms and reassure the patient if symptoms are mild	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	267
	▪ consider reintroducing the original antidepressant at the dose that was effective (or another antidepressant with a longer half-life from the same class) if symptoms are severe, and reduce the dose gradually while monitoring symptoms*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	267

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Maßnahmen bei Nichtansprechen** **Serumspiegelbestimmung und Therapeutisches Drug-Monitoring** **Empfehlung/Statement 3-25** **Serumspiegelkontrolle von Antidepressiva (TDM)** Spricht ein Patient nach angemessener Behandlungsdauer und -dosis sowie bestimmungsgemäßer Einnahme nicht auf eine Antidepressiva-Medikation an, sollte der Plasmaspiegel des Medikaments kontrolliert werden. Für die meisten Antidepressiva sind inzwischen Empfehlungen für einen therapeutischen Plasmaspiegel etabliert. Die Blutabnahme soll im steady state (das ist bei den allermeisten Antidepressiva vier bis fünf Tage nach Einnahme einer konstanten Dosierung) und als so genannter Talspiegel erfolgen. Sowohl ein zu niedriger als auch ein zu hoher Plasmaspiegel sollte im Sinne des Therapeutischen Drug Monitorings (TDM) durch eine Dosisadaptation korrigiert werden. Ferner sind Plasmaspiegelkontrollen angeraten bei Hochdosisbehandlung, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und unsicherer Einnahmeregelmäßigkeit.	n. a.	fehlt	KKP	nein	ja	83
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 physical	**Service level interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Collaborative care** Consider collaborative care for patients with moderate to severe depression and a chronic physical health problem with associated functional impairment whose depression has not responded to initial high-intensity psychological interventions, pharmacological treatment or a combination of psychological and pharmacological interventions.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	154

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 physical	Collaborative care for patients with depression and a chronic physical health problem should normally include: ▪ case management which is supervised and has support from a senior mental health professional ▪ close collaboration between primary and secondary physical health services and specialist mental health services ▪ a range of interventions consistent with those recommended in this guideline, including patient education, psychological and pharmacological interventions, and medication management ▪ long-term co-ordination of care and follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	154
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Failure of treatment to provide benefit** If the patient's depression shows no improvement after 2 to 4 weeks with the first antidepressant, check that the drug has been taken regularly and in the prescribed dose*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	266
NCCMH 2010 physical	If response is absent or minimal after 3 to 4 weeks of treatment with a therapeutic dose of an antidepressant, increase the level of support (for example, by weekly face-to-face or telephone contact)	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	266

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 physical (Forts.)	and consider: ▪ increasing the dose in line with the SPC if there are no significant side effects or ▪ switching to another antidepressant as described in Section 1.8 of the Depression guideline (CG90)* if there are side effects or if the patient prefers**. *NICE 2009 **This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	266
NCCMH 2010 physical	If the patient's depression shows some improvement by 4 weeks, continue treatment for another 2 to 4 weeks.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	266
	Consider switching to another antidepressant as described in Section 1.8 of the Depression guideline (CG90)* if: ▪ response is still not adequate or ▪ there are side effects or ▪ the patient prefers to change treatment**. *NICE (2009). **This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	266

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	**Empfehlung**	**LoE[a]**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]**	**GoR[a]**	**NVL-Kategorie A[b]**	**Literatur[c]**	**Seite**
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 physical	When switching from one antidepressant to another, be aware of: ▪ the need for gradual and modest incremental increases in dose ▪ interactions between antidepressants ▪ the risk of serotonin syndrome when combinations of serotonergic antidepressants are prescribed*. *Features of serotonin syndrome include confusion, delirium, shivering, sweating, changes in blood pressure and myoclonus.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	266
NCCMH 2010 physical	If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated: ▪ consider offering other treatment options, including high-intensity psychological treatments	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	266
	▪ prescribe another single antidepressant (which can be from the same class) if the decision is made to offer a further course of antidepressants.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	266

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
NCCMH 2010 physical	**Psychological and psychosocial interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Delivery high-intensity psychological interventions**						
	For all high-intensity psychological interventions, the duration of treatment should normally be within the limits indicated in this guideline.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	211
	As the aim of treatment is to obtain significant improvement or remission the duration of treatment may be: ▪ reduced if remission has been achieved ▪ increased if progress is being made, and there is agreement between the practitioner and the patient with depression that further sessions would be beneficial (for example, if there is a comorbid personality disorder or psychosocial factors that impact on the patient's ability to benefit from treatment)*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	211
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Continuing treatment**						
	Review with the patient with depression and a chronic physical health problem the need for continued antidepressant treatment beyond 6 months after remission, taking into account: ▪ the number of previous episodes of depression ▪ the presence of residual symptoms ▪ concurrent physical health problems and psychosocial difficulties* ▪ *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	266

(Fortsetzung)

Tabelle 33: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2010 physical	Support and encourage a patient with a chronic physical health problem who has benefited from taking an antidepressant to continue medication for at least 6 months after remission of an episode of depression. Discuss with the patient that: ▪ this greatly reduces the risk of relapse ▪ antidepressants are not associated with addiction*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	265

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

CBT: Cognitive behavioral Therapy; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenpunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; TDM: therapeutisches Drug Monitoring

Tabelle 34: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei älteren Patienten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 adults	**Factors influencing choice of antidepressants** **The pharmacological management of depression in older adults** When prescribing antidepressants for older people: ▪ prescribe at an age-appropriate dose taking into account the effect of general physical health and concomitant medication on pharmacokinetics and pharmacodynamics ▪ carefully monitor for side effects.	n. z.	fehlt	should be used	ja	ja	424
NCCMH 2010 adults	**Pharmacological interventions** **Choice of antidepressant[a]** When prescribing drugs other than SSRIs, take the following into account: ▪ The increased likelihood of the person stopping treatment because of side effects (and the consequent need to increase the dose gradually) with venlafaxine, duloxetine and TCAs. ▪ The specific cautions, contraindications and monitoring requirements for some drugs. For example: ▫ the potential for higher doses of venlafaxine to exacerbate cardiac arrhythmias and the need to monitor the person's blood pressure ▫ the possible exacerbation of hypertension with venlafaxine and duloxetine ▫ the potential for postural hypotension and arrhythmias with TCAs ▫ the need for haematological monitoring with mianserin in elderly People*. ▪ Non-reversible monoamine oxidase inhibitors (MAOIs), such as phenelzine, should normally be prescribed only by specialist mental health professionals. ▪ Dosulepin should not be prescribed. *Consult the BNF for detailed information.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	413

(Fortsetzung)

Tabelle 34: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei älteren Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NVL 2015	**Pharmakotherapie** **Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung** **Therapiebeginn** **Empfehlung/Statement 3-14** Ab Erreichen der Standarddosierung sollten vier Wochen (bei älteren Patienten: sechs Wochen) wegen der Wirklatenz abgewartet werden, bis gemeinsam mit dem Patienten beurteilt wird, ob eine Response vorliegt. Hierzu ist eine gute Dokumentation der Symptomatik bei Behandlungsbeginn erforderlich. Dieser Bewertungstag sollte bereits zu Beginn der Medikation mit dem Patienten vereinbart werden. Bei vielen Antidepressiva sollte schrittweise bis zur Standarddosierung aufdosiert werden. Diese Aufdosierungsphase sollte so lange sein, wie es die Verträglichkeit erfordert, aber so kurz wie möglich, da diese Zeit nicht zur Wirklatenz hinzu gezählt werden kann (siehe Abbildung). Während der Aufdosierungsphase und der Beobachtung der Wirklatenz sollte eine sorgfältige Überwachung möglicher Nebenwirkungen erfolgen. Bei Response am Entscheidungstag sollte die Fortsetzung der Medikation bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie erfolgen. Bei Non-Response sollte dem Patienten eine Veränderung der Behandlungsstrategie empfohlen werden.	n. a.	fehlt	KKP	nein	n. z.	77
RNAO 2010	**3. Practice recommendations for depression** 3.7 Nurses should monitor the older adult for re-occurrence of depression for 6 months to 2 years in the early stages of recovery and ongoing for those with chronic depression.	Ib	ja	n. a.	fehlt	ja	75

(Fortsetzung)

Tabelle 34: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei älteren Patienten (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

BNF. British National Formulary; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar ; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors;TCAs: tricyclic Antidepressants

Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
DGKJP 2013	**Empfehlung 10: Überprüfung des Therapieerfolgs** Zu Beginn der therapeutischen Maßnahme sollen mit den Patientinnen, Patienten und ihren Bezugspersonen Zielkriterien der Therapie festgelegt werden. Es sollte eine regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolges stattfinden. Der Therapieerfolg kann frühestens nach vier Wochen durch die Patientinnen und Patienten selbst, ihre Bezugspersonen und die Behandelnden eingeschätzt werden. Wenn sich nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsame Verbesserung eingestellt hat bzw. wenn bei Pharmakotherapie nach vier Wochen keine Response vorliegt, kann eine Veränderung der Behandlungsmodalitäten vorgenommen werden.	n. a.	fehlt	KKP (Zustimmung 100 %)	ja	ja	53
DGKJP 2013	**Empfehlung 12: Fortsetzung der Behandlung** Bei medikamentösen Behandlungen sollte eine regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Überprüfung des Therapieerfolges stattfinden.	n. z.	fehlt	KKP (Zustimmung n. a.)	fehlt	n. z.	55
DGKJP 2013	**Empfehlung 13: Abschluss der Behandlung** Wenn sich Kinder oder Jugendliche in der Phase der Erholung befinden (d. h. in einer Zeit von mindestens zwei Monaten ohne klinisch relevante Symptome) sollten ihre Behandelnden ihnen für mindestens 12 Monate regelmäßige Wiedervorstellungen anbieten. Wenn die Kinder oder Jugendlichen bereits zwei oder mehr Episoden einer depressiven Störung erlebt haben und sich in Erholung befinden, oder wenn aufgrund von fortbestehenden Belastungsfaktoren ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv besteht, sollten ihre Behandelnden ihnen für mindestens 24 Monate regelmäßige Wiedervorstellungen anbieten.	n. a.	fehlt	0	nein	ja	56

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Verlaufskontrolle							
NICE 2015	**Review question 2 and 3: antidepressants, psychological therapy and combination therapy fort he treatment of depression in children and young people** 9. Do not offer antidepressant medication to a child or young person with moderate to severe depression except in combination with a concurrent psychological therapy. Specific arrangements must be made for careful monitoring of adverse drug reactions, as well as for reviewing mental state and general progress; for example, weekly contact with the child or young person and their parent(s) or carer(s) for the first 4 weeks of treatment. The precise frequency will need to be decided on an individual basis, and recorded in the notes. In the event that psychological therapies are declined, medication may still be given, but as the young person will not be reviewed at psychological therapy sessions, the prescribing doctor should closely monitor the child or young person's progress on a regular basis and focus particularly on emergent adverse drug reactions.	n. z.	fehlt	should not be	ja	n. z.	32
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
DGKJP 2013	**Empfehlung 10: Überprüfung des Therapieerfolgs** Zu Beginn der therapeutischen Maßnahme sollen mit den Patientinnen, Patienten und ihren Bezugspersonen Zielkriterien der Therapie festgelegt werden. Es sollte eine regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolges stattfinden. Der Therapieerfolg kann frühestens nach vier Wochen durch die Patientinnen und Patienten selbst, ihre Bezugspersonen und die Behandelnden eingeschätzt werden. Wenn sich nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsame Verbesserung eingestellt hat bzw. wenn bei Pharmakotherapie nach vier Wochen keine Response vorliegt, kann eine Veränderung der Behandlungsmodalitäten vorgenommen werden.	n. a.	fehlt	KKP (Zustimmung 100 %)	ja	ja	53

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
DGKJP 2013	**Empfehlung 11: Vorgehen nach einem gescheiterten ersten Behandlungsversuch** Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen, die nach einem ersten Behandlungsversuch gemäß den Empfehlungen dieser Leitlinie keine Verbesserung zeigen, können eine bisher nicht verwendete Form der Psychotherapie oder ein bisher nicht verwendetes Medikament (Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram oder Sertralin) oder eine bisher nicht eingesetzte Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und einem der genannten Medikamente erhalten. Auch kann ein Wechsel des Behandlungssettings gemäß den Empfehlungen dieser Leitlinie erwogen werden.	2, 3	nein	0	nein	ja	54
NICE 2015	**Review question 2 and 3: antidepressants, psychological therapy and combination therapy for the treatment of depression in children and young people** 5. If moderate to severe depression in a child or young person is unresponsive to psychological therapy after four to six treatment sessions, a multidisciplinary review should be carried out. (2005)	n. z.	fehlt	should be	ja	nein	9
NICE 2015	6. Following multidisciplinary review, if the child or young person's depression is not responding to psychological therapy as a result of other coexisting factors such as the presence of comorbid conditions, persisting psychosocial risk factors such as family discord, or the presence of parental mental ill-health, alternative or perhaps additional psychological therapy for the parent or other family members, or alternative psychological therapy for the patient, should be considered. (2005)	n. z.	fehlt	should be	ja	nein	9

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NICE 2015	7. Following multidisciplinary review, offer fluoxetine* if moderate to severe depression in a young person (12–18 years) is unresponsive to a specific psychological therapy after 4 to 6 sessions. *At the time of publication (March 2015), Fluoxetine was the only antidepressant with UK marketing authorisation for use for children and young people aged 8 to 18 years.	n. z.	fehlt	should be	ja	n. z.	32
NICE 2015	8. Following multidisciplinary review, cautiously consider fluoxetine* if moderate to severe depression in a child (5–11 years) is unresponsive to a specific psychological therapy after 4 to 6 sessions, although the evidence for fluoxetine's effectiveness in this age group is not established. *At the time of publication (March 2015), Fluoxetine did not have UK marketing authorisation for use for children under the age of 8 years. For children under the age of 8 years, the prescriber should follow relevant professional guidance, taking full responsibility for the decision. Informed consent should be obtained and documented. See the General Medical Council's Good practice in prescribing medicines – guidance for doctors for further information.	n. z.	fehlt	could be	nein	n. z.	32

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe							
DGKJP 2013	**Empfehlung 12: Fortsetzung der Behandlung** Nach einer Erholung (d. h. einer Zeit von mindestens zwei Monaten ohne klinisch relevante Symptome) sollte eine medikamentöse Behandlung für mindestens sechs weitere Monate fortgesetzt werden.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	55
DGKJP 2013	Nach einer Erholung von mindestens sechs Monaten Dauer kann bei einer Erstmanifestation einer depressiven Störung das Absetzen der Pharmakotherapie erwogen werden.	n. z.	fehlt	KKP (Zustimmung n. a.)	fehlt	n. z.	55
DGKJP 2013	**Empfehlung 14: Prävention von Rückfällen und Rezidiven** Die Behandelnden sollen mit Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen und ihren Bezugspersonen Lösungsstrategien entwickeln, um Rückfälle und Rezidive zu verhindern. Die Behandelnden sollen Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen und ihre Bezugspersonen über das Rückfall- und Rezidivrisiko aufklären und ihnen vermitteln, welche Krankheitsmerkmale und frühe Warnzeichen erkennbar sein können. Sie sollen mit den Betroffenen Strategien entwickeln, wie sie sich bei Auftreten dieser Merkmale verhalten können. Dies sollte den Primärärztinnen und –ärzten (Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin), die aufgrund der niederschwelligen Erreichbarkeit die Kinder und Jugendlichen häufiger in der Remissions- oder Erholungsphase sehen, zur Kenntnis gebracht werden, sofern die Patientinnen und Patienten dem zugestimmt haben. Ziel ist, dass die Primärärztinnen und -ärzte die Kinder und Jugendlichen im Sinne der vereinbarten Strategien unterstützen können. Die Bezugspersonen sollten über mögliche Hilfen informiert werden.	3	nein	KKP (Zustimmung 100 %)	ja	ja	57

(Fortsetzung)

Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; UK: United Kingdom

Tabelle 36: Leitlinienempfehlungen zur Rehabilitation – unipolaren depressiven Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Acute day hospital care** For people with long-standing moderate or severe depression who would benefit from additional social or vocational support, consider: ▪ befriending as an adjunct to pharmacological or psychological treatments; befriending should be by trained volunteers providing, typically, at least weekly contact for between 2 and 6 months* ▪ a rehabilitation programme if a person's depression has resulted in loss of work or disengagement from other social activities over a longer term. * The evidence for this part of the recommendation has not been updated since the previous guideline. Any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	could be used	nein	ja	155

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a." bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z." bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja" bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein" bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt" wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a."), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.") oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja" bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein" bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z." bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
ICSI 2013	**Comprehensive Treatment Plan with Shared Decision-Making** A collaborative care approach is recommended for patients with depression in primary care	high	ja	strong	ja	ja	38
KPCI 2012	**3. Antidepressants in patients with MDD expressing suicidal ideation, intent, or plan** 3A: For patients with major depression expressing sucidial intent or plan, the GDT recommends consultation with specialty behavioral health.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	44
KPCI 2012	3B: For patients with suicidal ideation or who have made previous suicide attempts, the GDT recommends consultation or collaboration with a psychiatrist before prescribing TCAs or venlafaxine.	n. a.	fehlt	consensus-based	nein	n. z.	44
NCCMH 2010 adults	**Experience of care** **Advanced decisions and statements** For people with recurrent severe depression or depression with psychotic symptoms and for those who have been treated under the Mental Health Act, consider developing advance decisions and advance statements collaboratively with the person.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	95
	Record the decisions and statements and include copies in the person's care plan in primary and secondary care. Give copies to the person and to their family or carer, if the person agrees.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	95
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** If a person answers 'yes' to either of the depression identification questions (see 5.2.13.1 [der Leitlinie]) but the practitioner is not competent to perform a mental health assessment, they should refer the person to an appropriate professional. If this professional is not the person's GP, inform the GP of the referral.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	118

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NCCMH 2010 adults	**Learning disabilities** When assessing a person with suspected depression, be aware of any learning disabilities or acquired cognitive impairments	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	119
	and, if necessary, consider consulting with a relevant specialist when developing treatment plans and strategies.	n. z.	fehlt	could be used	ja	n. z.	119
NCCMH 2010 adults	**Risk assessment and monitoring** If a person with depression presents considerable immediate risk to themselves or others, refer them urgently to specialist mental health services*. *Ibid.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
NCCMH 2010 adults	If a person with depression is assessed to be at risk of suicide: take into account toxicity in overdose if an antidepressant is prescribed or the person is taking other medication; if necessary, limit the amount of drug(s) available	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	120
	consider increasing the level of support, such as more frequent direct or telephone contacts	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	120
	▪ consider referral to specialist mental health services*. ▪ *Ibid.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	120

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NCCMH 2010 adults	**Collaborative Care** For people with severe depression and those with moderate depression and complex problems, consider: ▪ referring to specialist mental health services for a programme of coordinated multiprofessional care ▪ providing collaborative care if the depression is in the context of a chronic physical health problem with associated functional impairment*. ▪ *Refer to 'Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management' (NICE, 2009c; NCCMH, 2010) for the evidence base for this.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	141
NCCMH 2010 adults	Teams working with people with complex and severe depression should develop comprehensive multidisciplinary care plans in collaboration with the person with depression (and their family or carer, if agreed with the person). The care plan should: ▪ identify clearly the roles and responsibilities of all health and social care professionals involved ▪ develop a crisis plan that identifies potential triggers that could lead to a crisis and strategies to manage such triggers ▪ be shared with the GP and the person with depression and other relevant people involved in the person's care.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	141
NCCMH 2010 adults	**Crisis resolution and home treatment teams** Consider inpatient treatment for people with depression who are at significant risk of suicide, self-harm or self-neglect*. *Ibid.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	149

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NCCMH 2010 adults	The full range of high-intensity psychological interventions should normally be offered in inpatient settings.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	149
	However, consider increasing the intensity and duration of the interventions and ensure that they can be provided effectively and efficiently on discharge.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	149
NCCMH 2010 adults	**The pharmacological and physical management of depression that has not adequately responded to treatment, and relapse prevention** **Pharmacological „next-step“ treatment for depression that has not adequately responded to treatment** Medication in secondary care mental health services should be started under the supervision of a consultant psychiatrist.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
NCCMH 2010 adults	When using combinations of medications (which should only normally be started in primary care in consultation with a consultant psychiatrist): ▪ select medications that are known to be safe when used together	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ be aware of the increased side-effect burden this usually causes	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ discuss the rationale for any combination with the person with depression, follow GMC guidance if off-label medication is prescribed, and monitor carefully for adverse effects	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	▪ be familiar with primary evidence and	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508
	consider obtaining a second opinion when using unusual combinations, the evidence for the efficacy of a chosen strategy is limited or the risk–benefit ratio is unclear	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	508
	▪ document the rationale for the chosen combination.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	508

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Risk assessment and monitoring** If a patient with depression and a chronic physical health problem presents considerable immediate risk to themselves or others, refer them urgently to specialist mental health services*. ▪ *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100
NCCMH 2010 physical	If a patient with depression and a chronic physical health problem is assessed to be at risk of suicide: ▪ take into account toxicity in overdose if an antidepressant is prescribed or the patient is taking other medication; if necessary, limit the amount of drug(s) available	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	100
	▪ consider increasing the level of support, such as more frequent direct or telephone contacts	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	100
	▪ consider referral to specialist mental health services*. *This recommendation also appears in NICE (2009) and has been taken from the previous NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	100

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NVL 2015	**Diagnostik** **Differenzialdiagnostik** **Suizidalität** **Empfehlung/Statement 2-6** Bei akuter Suizidgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten vereinbarten Termin sollen die Patienten unter Berücksichtigung der individuell erforderlichen Sicherheitskautelen in psychiatrische Behandlung überwiesen werden.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	39
NVL 2015	**Management bei Suizidgefahr** **Indikationen für eine stationäre Therapie** **Empfehlung/Statement 3-115** Eine stationäre Einweisung sollte für suizidale Patienten erwogen werden, ▪ die akut suizidgefährdet sind; ▪ die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen; ▪ die wegen der zugrunde liegenden depressiven Störung einer intensiven psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedürfen; ▪ wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität anders nicht möglich ist, oder ▪ wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt.	Ib	ja	B	nein	ja	164

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 adults	**Case identification and service delivery** **Collaborative Care** For people with severe depression and those with moderate depression and complex problems, consider: ▪ referring to specialist mental health services for a programme of coordinated multiprofessional care ▪ providing collaborative care if the depression is in the context of a chronic physical health problem with associated functional impairment*. ▪ *Refer to 'Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management' (NICE, 2009c; NCCMH, 2010) for the evidence base for this.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	141
NCCMH 2010 physical	**The identification of depression in people with a chronic physical health problem** **Case identification and recognition** If a patient with a chronic physical health problem answers 'yes' to either of the depression identification questions (see Section 9.3.1.1 [der Leitlinie]) but the practitioner is not competent to perform a mental health assessment, they should refer the patient to an appropriate professional. If this professional is not the patient's GP, inform the GP of the referral.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	98
NCCMH 2010 physical	**Principles for assessment, coordination of care and choosing treatments** When assessing a patient with a chronic physical health problem and suspected depression, be aware of any learning disabilities or acquired cognitive impairments,	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	99

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical (Forts.)	and if necessary consider consulting with a relevant specialist when developing treatment plans and strategies*. *This recommendation also appears in NICE (2009).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	99
NCCMH 2010 physical	**Service level interventions for people with depression and a chronic physical health problem** **Effective delivery of interventions for depression** Where a patient's management is shared between primary and secondary care, there should be clear agreement between practitioners (especially the patient's GP) on the responsibility for the monitoring and treatment of that patient. The treatment plan should be shared with the patient and, where appropriate, with their family or carer*. *This recommendation has been taken from the first NICE clinical guideline (NICE, 2004a). The evidence for this recommendation has not been updated and any wording changes have been made for clarification only.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	153
NCCMH 2010 physical	**Collaborative care** Consider collaborative care for patients with moderate to severe depression and a chronic physical health problem with associated functional impairment whose depression has not responded to initial high-intensity psychological interventions, pharmacological treatment or a combination of psychological and pharmacological interventions.	n. z.	fehlt	could be used	nein	n. z.	154

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	Collaborative care for patients with depression and a chronic physical health problem should normally include: ▪ case management which is supervised and has support from a senior mental health professional ▪ close collaboration between primary and secondary physical health services and specialist mental health services ▪ a range of interventions consistent with those recommended in this guideline, including patient education, psychological and pharmacological interventions, and medication management ▪ long-term co-ordination of care and follow-up.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	154
NCCMH 2010 physical	**Complex and severe depression** Practitioners providing treatment in specialist mental health services for patients with complex and severe depression and a chronic physical health problem should: ▪ refer to the NICE guideline on the treatment of depression* ▪ be aware of the additional drug interactions associated with the treatment of patients with both depression and a chronic physical health problem (see recommendations 8.9.1.11 to 8.9.1.21 [der Leitlinie]) ▪ work closely and collaboratively with the physical health services. *NICE (2009)	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	154

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
NCCMH 2010 physical	**Pharmacological interventions in the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem** **Choice of antidepressants[a]** When an antidepressant is to be prescribed, be aware of drug interactions and: ▪ refer to appendix 1 of the BNF*and the table of interactions in Appendix 16 [of this guideline] for information ▪ seek specialist advice if there is uncertainty ▪ if necessary, refer the patient to specialist mental health services for continued prescribing. *Available from: www.bnf.org.	n. z.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263
Ältere Patienten							
RNAO 2010	**4. Practice recommendations for delirium, dementia and depression** 4.1 In consultation/collaboration with the interdisciplinary team: Nurses should determine if a client is capable of personal care, treatment and financial decisions. ▪ If client is incapable, nurses should approach substitute decision-makers regarding care issues. ▪ Nurses should determine whom the client has appointed as Power of Attorney (POA) for personal care and finances, and whenever possible include the Power of Attorney along with the client in decision-making, consent, and care planning. ▪ If there is no Power of Attorney, nurses should encourage and facilitate the process for older adults to appoint Power of Attorney and to have discussions about end of life treatment and wishes while mentally capable.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	80

(Fortsetzung)

Tabelle 37: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Ältere Patienten							
RNAO 2010	**6. Organizations & policy recommendations** 6.6 Healthcare agencies should ensure the coordination of care through the appropriate processes to transfer information (e. g., appropriate referrals, communication, documentation, policies that support formal methods of information transfer, and networking between healthcare providers).	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	94
RNAO 2010	6.9 Caregiving activities for the older adult presenting with depression and/or suicidal ideation should encompass primary, secondary and tertiary prevention practices.	IV	nein	n. a.	fehlt	ja	96

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

BNF: British National Formulary; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GDT: Guideline Development Team; GMC: ; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); GP: General Practitioner; LoE: Level of Evidence (evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; RCT: Randomised controlled Trial; TCAs: tricyclic antidepressants

Tabelle 38: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib	GoR[a]	NVL-Kategorie A	Literatur[c]	Seite
DGKJP 2013	**Empfehlung 14: Prävention von Rückfällen und Rezidiven** Die Behandelnden sollen mit Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen und ihren Bezugspersonen Lösungsstrategien entwickeln, um Rückfälle und Rezidive zu verhindern. Die Behandelnden sollen Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen und ihre Bezugspersonen über das Rückfall- und Rezidivrisiko aufklären und ihnen vermitteln, welche Krankheitsmerkmale und frühe Warnzeichen erkennbar sein können. Sie sollen mit den Betroffenen Strategien entwickeln, wie sie sich bei Auftreten dieser Merkmale verhalten können. Dies sollte den Primärärztinnen und –ärzten (Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin), die aufgrund der niederschwelligen Erreichbarkeit die Kinder und Jugendlichen häufiger in der Remissions- oder Erholungsphase sehen, zur Kenntnis gebracht werden, sofern die Patientinnen und Patienten dem zugestimmt haben. Ziel ist, dass die Primärärztinnen und -ärzte die Kinder und Jugendlichen im Sinne der vereinbarten Strategien unterstützen können. Die Bezugspersonen sollten über mögliche Hilfen informiert werden.	3	nein	KKP (Zustimmung 100 %)	ja	ja	57
NICE 2015	5. If moderate to severe depression in a child or young person is unresponsive to psychological therapy after four to six treatment sessions, a multidisciplinary review should be carried out. (2005)	n. z.	fehlt	should be	ja	nein	9

(Fortsetzung)

Tabelle 38: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – unipolare depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

B1.3 Tabellarische Darstellung der Empfehlungen zu bipolaren Störungen bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen

Tabelle 39: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung bipolarer Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Früherkennung							
DGBS 2014	**Dimensionale Diagnostik** **Selbstbeurteilung einer manischen Symptomatik** **Diagnostik 3** Es gibt validierte Instrumente zur Selbstbeurteilung der Manie. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	54
DGBS 2014	**Fremdbeurteilung einer manischen Symptomatik** **Diagnostik 4** Es gibt validierte Instrumente zur Fremdbeurteilung der Manie. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	55
DGBS 2014	**Selbstbeurteilung einer depressiven Symptomatik** **Diagnostik 5** Es gibt validierte Instrumente zur Selbstbeurteilung der Depression. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	55
DGBS 2014	**Fremdbeurteilung einer depressiven Symptomatik** **Diagnostik 6** Es gibt validierte Instrumente zur Fremdbeurteilung der Depression. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	56
DGBS 2014	**Screening von Risikopersonen mit Verdacht auf das Vorliegen einer Bipolaren Störung** **Diagnostik 7** Es gibt validierte Screeninginstrumente zum Screening auf das Vorliegen einer Bipolaren Störung im Lebenszeitverlauf. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz bei Risikopersonen ist wünschenswert.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	57

(Fortsetzung)

Tabelle 39: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Früherkennung							
DGBS 2014	**Diagnostik 8** Screeninginstrumente allein eigenen sich nicht zur Diagnosestellung. Bei positivem Screening sollte zur Diagnosesicherung ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/für Nervenheilkunde hinzugezogen werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	57
NCCMH 2014	Do not use questionnaires in primary care to identify bipolar disorder in adults.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	106

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; CCT: craniale Computertomografie; DSM-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV Edition Text Revision; EEG: Elektroenzephalografie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); ICD: International Classifcation of Diseases; KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MRT: Magnetresonanztomografie; n. a.: nicht angegeben; n. ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 40: Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Früherkennung							
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Recognising, diagnosing and managing bipolar disorder in children and young people** **Recognition and referral** Do not use questionnaires in primary care to identify bipolar disorder in children or young people.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	109
NCCMH 2014	If bipolar disorder is suspected in primary care in children or young people aged under 14 years, refer them to child and adolescent mental health services (CAMHS).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	109

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; CCT: craniale Computertomografie; DSM-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV Edition Text Revision; EEG: Elektroenzephalografie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); ICD: International Classifcation of Diseases; KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MRT: Magnetresonanztomografie; n. a.: nicht angegeben; n. ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Klassifikatorische Diagnostik** **Klassifikation der Bipolaren Störungen nach ICD-10** **Diagnostik 1** Es wird empfohlen, sich in der Diagnostik an die Kriterien und die Klassifikation des ICD-10 zu halten. Werden diagnostische Feststellungen getroffen, die mit Hauptkriterien des ICD-10 nicht abgedeckt sind, wie bspw. eine Bipolar-II-Störung, wird die Nutzung der Kategorie F31.8 empfohlen.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	n. z.	53
DGBS 2014	**Diagnostik 2** Es wird empfohlen, die multiaxialen Möglichkeiten des ICD-10 zu nutzen und auch störungsrelevante somatische, psychologische und soziale Faktoren sowie die Funktionsbeeinträchtigung zu beschreiben.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	n. z.	53
DGBS 2014	**Differentialdiagnostik** **Diagnostik 9** Bei jungen Erwachsenen mit Störungen der Emotionsregulation (z. B. bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung, komplexen Impulskontrollstörungen, und Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit) wird eine sorgfältige Differentialdiagnostik in Richtung einer Bipolaren Störung empfohlen.	n. a.	fehlt	0	nein	nein	58

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
DGBS 2014	**Diagnostik 10** Folgende Risikofaktoren bzw. Prädiktoren für die Entwicklung einer Hypomanie oder Manie sind publiziert worden: ▪ Positive Familienanamnese für Bipolare Störungen ▪ Schwere, melancholische oder psychotische Depression im Kindes- oder Jugendalter ▪ Schneller Beginn und/oder rasche Rückbildung der Depression ▪ Vorliegen saisonaler oder atypischer Krankheitsmerkmale ▪ Subsyndromale hypomanische Symptome im Rahmen depressiver Episoden und ▪ Hypomanische oder manische Symptomentwicklung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Therapie mit Antidepressiva oder bei Exposition gegenüber Psychostimulanzien.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	58
DGBS 2014	**Diagnostik 11** Beim Auftreten eines oder mehrerer der oben genannten Risikofaktoren bzw. Prädiktoren ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob die Depression im Rahmen einer Bipolaren Störung auftritt.	n. a.	fehlt	0	nein	nein	59
DGBS 2014	**Früherkennung** **Diagnostik 32** Das frühe Erkennen, die ausführliche Beratung und eine ggf. rechtzeitige adäquate Behandlung Bipolarer Störungen sind wichtig zur Verhinderung oder zumindest Minderung schwerwiegender Einschränkungen des psychosozialen Funktionsvermögens.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	76
DGBS 2014	**Diagnostik 33** Da bislang keine validierten Screening- und Diagnoseinstrumente für die Prodromalphase Bipolarer Störungen existieren und Therapieoptionen nicht in randomisierten, kontrollierten Studien untersucht wurden, erfolgen Diagnostik und Behandlung in der Prodromalphase Bipolarer Störungen derzeit experimentell. Eine prospektive, langfristige klinische Verlaufsforschung ist notwendig.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	77

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
DGBS 2014	**Versorgung und Versorgungssystem** **Ansätze zur Annäherung von SOLL und IST in der Versorgung der Patienten** **Funktionen der am Betreuungsprozess beteiligten Partner** **Versorgung 7** Hausärzte und andere Behandler sollten bei Verdacht auf das Vorliegen einer bipolaren Erkrankung einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/für Nervenheilkunde hinzuziehen.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	366
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Recognising and managing bipolar disorder in adults in primary care** **Recognising bipolar disorder in primary care and referral** When adults present in primary care with depression, ask about previous periods of overactivity or disinhibited behaviour.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	106
	If the overactivity or disinhibited behaviour lasted for 4 days or more, consider referral for a specialist mental health assessment.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	106
NCCMH 2014	Refer people urgently for a specialist mental health assessment if mania or severe depression is suspected or they are a danger to themselves or others.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	106

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
NCCMH 2014	**Assessing suspected bipolar disorder in adults in secondary care** When assessing suspected bipolar disorder:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ undertake a full psychiatric assessment, documenting a detailed history of mood, episodes of overactivity and disinhibition or other episodic and sustained changes in behaviour, symptoms between episodes, triggers to previous episodes and patterns of relapse, and family history						
	▪ assess the development and changing nature of the mood disorder and associated clinical problems throughout the person's life (for example, early childhood trauma, developmental disorder or cognitive dysfunction in later life)	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess social and personal functioning and current psychosocial stressors	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess for potential mental and physical comorbidities	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess the person’s physical health and review medication and side effects, including weight gain	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ discuss treatment history and identify interventions that have been effective or ineffective in the past	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ encourage people to invite a family member or carer to give a corroborative history	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ discuss possible factors associated with changes in mood, including relationships, psychosocial factors and lifestyle changes	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ identify personal recovery goals.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Complete assessment; review current medication; assess suicide risk** **Action statement** Patients with a bipolar mania, hypomania or mixed episode require a thorough evaluation to determine level of risk and appropriate acute treatment.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	4
VADoD 2010	1. A complete clinical assessment should be obtained for patients with a manic, hypomanic, or mixed episode to include: a) clinical status b) medical comorbidities c) psychiatric comorbidities d) psychosocial status e) current medications f) past medications g) medication compliance h) substance use.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	4
VADoD 2010	2. A standardized tool combined with a clinical interview should be used to obtain the necessary information about symptoms, symptom severity, and effects on daily functioning that is required to diagnose BD mania/hypomania based on DSM-IV-TR criteria.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	4
VADoD 2010	3. Assess the severity of mania episode using a standardized rating scale (e. g., Young Mania Rating Scale).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	4
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Complete assessment; review current medications; assess suicide risk** **Action statement** Patients with a bipolar depressive episode require a thorough evaluation to determine level of risk and appropriate treatment.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	22

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Symptomatik und Diagnosestellung							
VADoD 2010	1. A complete clinical assessment should be obtained for patients with BD depression episode to include: a) clinical status b) medical comorbidities c) psychiatric comorbidities d) psychosocial status e) current medications f) past medications g) medication compliance h) substance use See Appendix B: Dangerous to Self or Others [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	22
VADoD 2010	2. A standardized tool combined with a clinical interview should be used to obtain the necessary information about symptoms, symptom severity, and effects on daily functioning that is required to diagnose BD depression based on DSM-IV-TR criteria.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	22
Differentialdiagnostik							
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Differentialdiagnostik** **Diagnostik 12** Die Zyklothymia (ICD-10 F34.0) ist durch Hypomanien und zeitlich getrennt davon auftretende depressive Symptome charakterisiert, die jedoch nicht die vollständigen Kriterien für eine mittelgradige oder schwere depressive Episode nach ICD-10 erfüllen. Bei dieser klinischen Konstellation darf die Diagnose Bipolar-II-Störung (ICD-10 Sonstige bipolare affektive Störungen – F31.8) nicht gestellt werden.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	59

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Differentialdiagnostik							
DGBS 2014	**Diagnostik 13** Die Abgrenzung der Manie von der Schizophrenie ist schwierig, besonders wenn die Entwicklung der initialen Hypomanie bzw. leichten Manie übersehen wurde und der Betroffene nur auf dem Höhepunkt der Erkrankung untersucht wird, wenn ausgedehnte Wahnideen, unverständliche Sprache und gewalttätige Erregung die grundlegende Störung des Affekts verdecken. Zitat aus der ICD-10	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	59
DGBS 2014	**Diagnostik 14** Als Grundlage der Differenzialdiagnostik der Manie gegenüber der Schizophrenie ist eine sorgfältige Anamneseerhebung (Beachtung des bisherigen Krankheitsverlaufes) und eine ebenso sorgfältige Aktualanamnese mit Beachtung der Akuität der Symptomentwicklung und der Symptomatik im Frühstadium der aktuellen Episode zu empfehlen.	n. a.	fehlt	0	nein	nein	60
DGBS 2014	**Diagnostik 15** Die Differenzialdiagnose schizoaffektive Störung kann besonders schwierig bis unmöglich sein. Das Problem besteht in der geringen Zuverlässigkeit (d. h. Validität und Reliabilität) der Diagnosestellung sowohl gegenüber der Bipolaren Störung als auch der Schizophrenie. Die Diagnose schizoaffektive Störung sollte nur als Ausschlussdiagnose nach längerer Verlaufsbeobachtung gestellt werden.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	nein	60
DGBS 2014	**Diagnostik 16** Abhängigkeit und Missbrauch von Substanzen (z. B. von Kokain, Ecstasy oder Amphetaminen) sind in der Differenzialdiagnostik der Hypomanie und Manie zu beachten, deshalb sollte bei entsprechendem Verdacht eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese sowie gegebenenfalls ein Drogenscreening durchgeführt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	60

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Differentialdiagnostik							
DGBS 2014	**Diagnostik 17** Bei Auftreten eines klinischen Verdachts sollte zum Ausschluss oder zur Verifizierung einer organisch bedingten Manie/Hypomanie neben dem Ganzkörperstatus und der neurologischen Untersuchung eine weiterführende Diagnostik erfolgen, z. B.: ▪ eine bildgebende Diagnostik (MRT oder CCT) und/oder ▪ ein EEG und/oder ▪ eine neuropsychologische Diagnostik und/oder ▪ die Bestimmung neuroendokrinologischer Parameter.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	61
DGBS 2014	**Diagnostik 18** Bei einer ganzen Reihe von Substanzen, die therapeutisch verordnet werden, kann es zum Auftreten von Hypomanien oder Manien kommen. Dies betrifft z. B. Hormonsubstitutionstherapien oder -behandlungen, Dopaminagonisten, Stimulanzien, Antidepressiva.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	62
DGBS 2014	**Diagnostik 19** Es wird empfohlen, eine detaillierte Medikamentenanamnese und ggf. einen Absetzversuch durchzuführen.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	n. z.	62
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Assessing suspected bipolar disorder in adults in secondary care** Take into account the possibility of differential diagnoses including schizophrenia spectrum disorders, personality disorders, drug misuse, alcohol-use disorders, attention deficit hyperactivity disorder and underlying physical disorders such as hypo- or hyperthyroidism.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Suizidalität, Fremd- und Eigengefährdung							
DGBS 2014	**Spezifische Situation: Suizidialität** **Diagnostik** **Suizidalität 1** Aufgrund des besonders hohen Risikos muss der Behandler Suizidalität bei jedem Patientenkontakt klinisch einschätzen und ggf. direkt thematisieren, präzise und detailliert erfragen und vor dem Hintergrund der Anamnese früherer Suizidalität und vorhandener Eigenkompetenz und sozialer Bindungen beurteilen.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	n. z.	336
DGBS 2014	**Suizidalität 2** Die Diagnostik bei suizidalen Patienten schließt die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und die Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks bzw. die aktuelle Distanziertheit von Suizidalität ein.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	336
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Assessing suspected bipolar disorder in adults in secondary care** Carry out a risk assessment in conjunction with the person with bipolar disorder, and their carer if possible, focusing on areas that are likely to present possible danger or harm, such as self-neglect, self-harm, suicidal thoughts and intent, risks to others, including family members, driving, spending money excessively, financial or sexual exploitation, disruption in family and love relationships, disinhibited and sexualised behaviour, and risks of sexually transmitted diseases. For the management of risk, follow the recommendations 5.6.1.26, 6.6.1.21 and 6.6.1.22 [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	108
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Severe mania, dangerousness, or psychotic features present?** 1. Patients with BD mania, hypomania, or mixed episode should be assessed for suicidality, acute or chronic psychosis or other unstable or dangerous conditions.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	7
VADoD 2010	**Is patient responding to therapy?** 3. Patients with suicidal ideation should have a careful evaluation of suicide risk.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	14

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Suizidalität, Fremd- und Eigengefährdung							
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Is the patient at high risk of harming self or others?** **Action statement** Identify patients who are at high risk of harm to self or others.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	23
VADoD 2010	1. Patients with a possible diagnosis of BD depression should be assessed for suicidality, acute or chronic psychosis or other unstable or dangerous conditions.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	23
VADoD 2010	**Is patient responding to treatment** 3. Patients with suicidal ideation should have a careful evaluation of suicide risk.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	30
Diagnostik bei Komorbiditäten							
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Komorbdität** **Psychische Komorbidität** **Diagnostik 20** Bei Bipolaren Störungen kommen eine oder mehrere psychische Störungen häufig komorbid vor. Die epidemiologisch häufigsten Störungen sind: ▪ Angst- und Zwangsstörungen ▪ Substanzmissbrauch und -abhängigkeit ▪ Impulskontrollstörungen und Essstörungen sowie Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHD) ▪ Persönlichkeitsstörungen.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	65
DGBS 2014	**Diagnostik 21** Komorbide psychische Störungen sollten bei Bipolaren Störungen zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	65

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Diagnostik bei Komorbiditäten							
DGBS 2014	**Somatische Komorbidität** **Diagnostik 22** Bei Bipolaren Störungen kommen eine oder mehrere somatische Erkrankungen häufig komorbid vor. Die epidemiologisch bedeutsamsten Störungen sind: ▪ Kardiovaskuläre Erkrankungen ▪ Metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus ▪ Muskuloskeletale Erkrankungen ▪ Migräne.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	66
DGBS 2014	**Diagnostik 23** Komorbide somatische Erkrankungen sollten zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	66
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Assessing suspected bipolar disorder in adults in secondary care** When assessing suspected bipolar disorder: ▪ undertake a full psychiatric assessment, documenting a detailed history of mood, episodes of overactivity and disinhibition or other episodic and sustained changes in behaviour, symptoms between episodes, triggers to previous episodes and patterns of relapse, and family history	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess the development and changing nature of the mood disorder and associated clinical problems throughout the person's life (for example, early childhood trauma, developmental disorder or cognitive dysfunction in later life)	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess social and personal functioning and current psychosocial stressors	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess for potential mental and physical comorbidities	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Diagnostik bei Komorbiditäten							
NCCMH 2014 (Forts.)	▪ assess the person's physical health and review medication and side effects, including weight gain	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ discuss treatment history and identify interventions that have been effective or ineffective in the past	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ encourage people to invite a family member or carer to give a corroborative history	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ discuss possible factors associated with changes in mood, including relationships, psychosocial factors and lifestyle changes	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ identify personal recovery goals.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Complete assessment; review current medication; assess suicide risk** 1. A complete clinical assessment should be obtained for patients with a manic, hypomanic, or mixed episode to include: a) clinical status b) medical comorbidities c) psychiatric comorbidities d) psychosocial status e) current medications f) past medications g) medication compliance h) substance use.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	4

(Fortsetzung)

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Diagnostik bei Komorbiditäten							
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Complete assessment; review current medications; assess suicide risk** 1. A complete clinical assessment should be obtained for patients with BD depression episode to include: a) clinical status b) medical comorbidities c) psychiatric comorbidities d) psychosocial status e) current medications f) past medications g) medication compliance h) substance use See Appendix B: Dangerous to Self or Others [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	22

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; CCT: craniale Computertomografie; DSM-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV Edition Text Revision; EEG: Elektroenzephalografie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); ICD: International Classifcation of Diseases; KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MRT: Magnetresonanztomografie; n. a.: nicht angegeben; n. ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 42: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Diagnosis and assessment** Diagnosis of bipolar disorder in children or young people should be made only after a period of intensive, prospective longitudinal monitoring by a healthcare professional or multidisciplinary team trained and experienced in the assessment, diagnosis and management of bipolar disorder in children and young people, and in collaboration with the child or young person's parents or carers.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	110
NCCMH 2014	When diagnosing bipolar disorder in children or young people take account of the following: ▪ mania must be present ▪ euphoria must be present on most days and for most of the time, for at least 7 days ▪ irritability is not a core diagnostic criterion.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	110
NCCMH 2014	Do not make a diagnosis of bipolar disorder in children or young people on the basis of depression with a family history of bipolar disorder but follow them up.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	110
NCCMH 2014	When assessing suspected bipolar disorder in children or young people, follow recommendations 5.6.1.5-5.6.1.7 [der Leitlinie] for adults, but involve parents or carers routinely and take into account the child or young person's educational and social functioning.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	110

(Fortsetzung)

Tabelle 42: Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 43: Leitlinienempfehlungen zu Therapiezielen – bipolare Störungen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Therapie** **Grundsätzliches zur Behandlung und Behandlungsoptionen** **Allgemeine Aspekte** **Ziele der Behandlung** **Ziele im weiteren Verlauf einer Behandlung** **Therapie-Grundsätzliches 2** Ziele der Behandlung sollen nach Möglichkeit gemeinsam von Patient, Behandler und, wenn vereinbart, den Angehörigen definiert werden. Entscheidungen sollen partizipativ gefunden werden. Die Zielerreichung muss im Verlauf beobachtet werden, ggf. müssen Ziele angepasst werden.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	82
DGBS 2014	**Behandlungsoptionen** **Unterstützende Therapieverfahren** **Kunsttherapie und Musik- und Tanztherapie** **Therapie-Grundsätzliches 11** Unterstützende Therapieverfahren (wie z. B. Entspannungs-, Bewegungs, Ergo-, Kunst- oder Musik-/Tanztherapie) sollten Bestandteil des individuellen integrierten Behandlungsplans sein. Die spezifischen Behandlungsziele sollten in Absprache mit allen Beteiligten festgelegt und im Verlauf überprüft werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	101

(Fortsetzung)

Tabelle 43: Leitlinienempfehlungen zu Therapiezielen – bipolare Störungen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Assessing suspected bipolar disorder in adults in secondary care** When assessing suspected bipolar disorder: ▪ undertake a full psychiatric assessment, documenting a detailed history of mood, episodes of overactivity and disinhibition or other episodic and sustained changes in behaviour, symptoms between episodes, triggers to previous episodes and patterns of relapse, and family history	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess the development and changing nature of the mood disorder and associated clinical problems throughout the person's life (for example, early childhood trauma, developmental disorder or cognitive dysfunction in later life)	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess social and personal functioning and current psychosocial stressors	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess for potential mental and physical comorbidities	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess the person’s physical health and review medication and side effects, including weight gain	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ discuss treatment history and identify interventions that have been effective or ineffective in the past	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ encourage people to invite a family member or carer to give a corroborative history	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ discuss possible factors associated with changes in mood, including relationships, psychosocial factors and lifestyle changes	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ identify personal recovery goals.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 43: Leitlinienempfehlungen zu Therapiezielen – bipolare Störungen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
DGBS 2014	**Trialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe** **Triaolog Patienten-Angehörige-Behandler** **Trialog 1** Im Rahmen der Behandlung der Bipolaren Störung ist die trialogische Zusammenarbeit besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation zwischen betroffenen Patienten, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie Behandlern, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	36
DGBS 2014	**Voraussetzungen für das trialogische Handeln** **Trialog 2** In professionellen Fort- und Weiterbildungen soll der trialogische Aspekt besonders berücksichtigt werden. Die direkte Beteiligung engagierter Betroffener, Angehöriger und anderer Bezugspersonen soll selbstverständlich sein.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	37
DGBS 2014	**Selbsthilfe** **Familienhilfe** **Trialog 11** Aufgrund der starken Dynamik der bipolaren Erkrankung sind die nahen Angehörigen oft in besonderer Weise belastet. Gleichzeitig gibt es häufiger nicht nur Primär- (d. h. Eltern/Geschwister), sondern auch Sekundärfamilien (d. h. Partner/Kinder/andere Bezugspersonen). Der Erhalt dieser Beziehungen hat große prognostische Bedeutung.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	45

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
DGBS 2014	**Trialog 12** Angehörige sollten von Beginn an und über alle Phasen der Behandlung des Erkrankten einbezogen werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	45
DGBS 2014	**Trialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe** **Selbsthilfe** **Familienhilfe** **Trialog 13** Lehnt der Patient oder der Angehörige eine Einbeziehung ab, sollte im Interesse der Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	45
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Früherkennung** **Diagnostik 32** Das frühe Erkennen, die ausführliche Beratung und eine ggf. rechtzeitige adäquate Behandlung Bipolarer Störungen sind wichtig zur Verhinderung oder zumindest Minderung schwerwiegender Einschränkungen des psychosozialen Funktionsvermögens.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	76
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Früherkennung** **Diagnostik 33** Da bislang keine validierten Screening- und Diagnoseinstrumente für die Prodromalphase Bipolarer Störungen existieren und Therapieoptionen nicht in randomisierten, kontrollierten Studien untersucht wurden, erfolgen Diagnostik und Behandlung in der Prodromalphase Bipolarer Störungen derzeit experimentell. Eine prospektive, langfristige klinische Verlaufsforschung ist notwendig.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	77

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
DGBS 2014	**Versorgung und Versorgungssystem** **Aktueller Zustand des deutschen Versorgungssystems (IST)** **Settings bzw. Versorgungsebenen** **Versorgung 2** Gemeindenahe und bedarfsorientierte ambulante Angebote mit dem Ziel der Rehabilitation und Integration wie z. B. Informations- und Beratungsangebote, Ergotherapie, Sozialpsychiatrische Dienste, Tages- und Begegnungsstätten, ambulant betreutes Wohnen oder auch Angebote der Selbsthilfe sind unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von bipolar affektiven Patienten weiter auszubauen.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	357
DGBS 2014	**Ansätze zur Annäherung von SOLL und IST in der Versorgung der Patienten** **Notwendige Rahmenbedingungen** **Versorgung 5** Ein strukturiertes Vorgehen, bestehend aus leitlinienorientierter ärztlicher (medikamentöser) Therapie, verbindlicher und kontinuierlicher Behandlung inklusive Telefonkontakten und Krisenmanagement wie auch Angeboten der Psychoedukation und des Empowerment (d. h. Stärkung der eigenen Fähigkeiten) für Betroffene, reduziert die Dauer manischer Episoden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	365

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
DGBS 2014	**Perspektiven der Versorgung und deren Umsetzung in Deutschland** **Umschriebene Versorgungsmodule** **Care and Case Management sowie andere gemeindepsychiatrische Konzepte** **Versorgung 3** Für Patienten mit Bipolaren Störungen sollten Ansätze des Case Management ausgebaut und dann angeboten werden. Dabei kommt dem Aspekt der Verbindlichkeit und der bedarfsweise nachgehenden Hilfegewährung besondere Bedeutung zu. Insbesondere die Vorgehensweise des Assertive Community Treatment (aufsuchende, teambasierte, gemeindenahe Versorgung) ist besonders zu empfehlen. Die Versorgung von Patienten mit Bipolaren Störungen in akuten Phasen durch Kriseninterventions- und Home Treatment Teams sollte außerdem angestrebt werden. Entsprechende Angebote sollten ausgebaut werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	361
DGBS 2014	**Weiterführende Versorgungsansätze** **Weitere besondere Organisations- und Vergützungssysteme (MVZ, regionales Psychiatriebudget, neues Entgeltsystem)** **Versorgung 4** Sektorübergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, die die strikte Trennung in ambulant, teilstationär und stationär überwinden, sollten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und somit auch für einen Teil der bipolar affektiven Patienten in Deutschland weiter entwickelt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	363

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
DGBS 2014	**Ansätze zur Annäherung von SOLL und IST in der Versorgung der Patienten** **Notwendige Rahmenbedingungen** **Versorgung 6** Für eine qualitativ gute Versorgung von Menschen mit bipolar affektiven Störungen ist zu fordern: ▪ Zeitnaher Zugang zu entsprechender qualifizierter störungsspezifischer psychiatrischer Behandlung, Psychoedukation und psychotherapeutischer Behandlung ▪ Verfügbarkeit verbindlicher und bei Bedarf nachgehender Hilfen ▪ Verfügbarkeit von Kriseninterventionsbehandlungsplätzen (stationär ggf. teilstationär) ▪ Zugang und Verfügbarkeit zu rehabilitativen Angeboten mit störungsspezifischen Schwerpunkten, wenn Bedarf besteht ▪ Verfügbarkeit und Zugang zu störungsspezifischen Selbsthilfegruppen. Dabei muss das Versorgungssystem von einer Grundhaltung des Respekts und des trialogisch-partnerschaftlichen Umgangs zwischen Behandlern, Angehörigen und Betroffenen geprägt sein.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	365

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Assessing suspected bipolar disorder in adults in secondary care** Assessment of suspected bipolar disorder, and subsequent management, should be conducted in a service that can: ▪ offer the full range of pharmacological, psychological, social, occupational and educational interventions for people with bipolar disorder consistent with this guideline ▪ be competent to provide all interventions offered ▪ place emphasis on engagement as well as risk management ▪ provide treatment and care in the least restrictive and stigmatising environment possible, and in an atmosphere of hope and optimism in line with the NICE clinical guidance on Service User Experience in Adult Mental Health. This might be an early intervention in psychosis service, a specialist bipolar disorder team, or a specialist integrated community-based team.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
NCCMH 2014	**Care for adults, children and young people across all phases of biplor disorder** **Improving the experience of care** Use this guideline in conjunction with the NICE clinical guidance On Service User Experience in Adult Mental Health to improve the experience of care for adults with bipolar disorder using mental health services, and for adults, children and young people: ▪ promote a positive recovery message from the point of diagnosis and throughout care ▪ build supportive and empathic relationships as an essential part of care.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	108
NCCMH 2014	**Treatment and support for specific population** Ensure that people with bipolar disorder and a coexisting learning disability are offered the same range of treatments and services as other people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	108

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
NCCMH 2014	Offer people with rapid cycling bipolar disorder the same interventions as people with other types of bipolar disorder because there is currently no strong evidence to suggest that people with rapid cycling bipolar disorder should be treated differently.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	109
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Support and advice** Ensure that people with mania or hypomania have access to calming environments and reduced stimulation. Advise them not to make important decisions until they have recovered from mania or hypomania and encourage them to maintain their relationships with their carers if possible.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	174
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Promoting recovery and return to primary care** **Continuing treatment in secondary care** Consider intensive case management for people with bipolar disorder who are likely to disengage from treatment or services*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	245
NCCMH 2014	**Managing bipolar disorder in primary care** When working with people with bipolar disorder in primary care: ▪ engage with and develop an ongoing relationship with them and their carers ▪ support them to carry out care plans developed in secondary care and achieve their recovery goals ▪ follow crisis plans developed in secondary care and liaise with secondary care specialists if necessary ▪ review their treatment and care, including medication, at least annually and more often if the person, carer or healthcare professional has any concerns.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	246

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Allgemeine Empfehlungen							
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Provide psychoeducation, psychotherapy, and family intervention as indicated**						
	3. Consider psychoeducation and care management for patients with BD.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	29
	For best effect consider offering in a structured group setting with ongoing care/disease management.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	29
VADoD 2010	**Module C: Maintenance/prophylaxis phase** **Providing psychoeducation, psychotherapy, and family intervention as indicated**						
	2. Consider psychoeducation and care management for patients with BD.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	40
	For best effect consider offering in a structured group setting with ongoing care/disease management.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	40
VADoD 2010	**Module D: Psychosocial interventions** **Chronic care models interventions**						
	1. Patients, who have BD, should be offered chronic care model-based interventions,	I	ja	B	nein	ja	57
	especially when patients are more symptomatic or were recently hospitalized.	I	ja	A	ja	ja	57

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
DGBS 2014	**Therapie** **Grundsätzliches zur Behandlung und Behandlungsoptionen** **Allgemeine Aspekte** **Ziele der Behandlung** **Therapie-Grundsätzliches 1** Die Akutbehandlung einer Episode der bipolaren Erkrankung muss bereits unter Berücksichtigung einer ggf. notwendigen Phasenprophylaxe gestaltet werden. Neben der akuten Symptomatik müssen dafür der anamnestische Verlauf der Erkrankung sowie Risiko- bzw. prädiktive Faktoren für den weiteren Verlauf berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	80
DGBS 2014	**Ziele im weiteren Verlauf einer Behandlung** **Therapie-Grundsätzliches 2** Ziele der Behandlung sollen nach Möglichkeit gemeinsam von Patient, Behandler und, wenn vereinbart, den Angehörigen definiert werden. Entscheidungen sollen partizipativ gefunden werden. Die Zielerreichung muss im Verlauf beobachtet werden, ggf. müssen Ziele angepasst werden.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	82
DGBS 2014	**Trialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe** **Partizipative Entscheidungsfindung** **Trialog 3** Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus soll mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung von Behandler, Patienten und, wenn zugestimmt, auch Angehörigen über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	37

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
DGBS 2014	**Versorgung und Versorgungssystem** **Ansätze zur Annäherung von SOLL und IST in der Versorgung der Patienten** **Funktionen der am Betreuungsprozess beteiligten Partner** **Versorgung 11** Der Behandler muss gemeinsam mit dem Patienten, und bei Zustimmung des Patienten auch mit dessen Angehörigen, verfügbare Behandlungsangebote besprechen und es sollte gemeinsam entschieden werden, welche davon genutzt werden sollen. Der Behandler bzw. das Behandlungsteam sollten koordinierend tätig werden und bei Bedarf Rückmeldung über den Verlauf einholen.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	367
NCCMH 2014	**Improving the experience of carers** **Support for carers of people with bipolar disorder** Include carers in decision-making if the person agrees*. *Adapted from Psychosis and Schizophrenia in Adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	89
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Assessing suspected bipolar disorder in adults in secondary care** When assessing suspected bipolar disorder: ▪ undertake a full psychiatric assessment, documenting a detailed history of mood, episodes of overactivity and disinhibition or other episodic and sustained changes in behaviour, symptoms between episodes, triggers to previous episodes and patterns of relapse, and family history	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess the development and changing nature of the mood disorder and associated clinical problems throughout the person's life (for example, early childhood trauma, developmental disorder or cognitive dysfunction in later life)	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
NCCMH 2014 (Forts.)	▪ assess social and personal functioning and current psychosocial stressors	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess for potential mental and physical comorbidities	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ assess the person's physical health and review medication and side effects, including weight gain	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ discuss treatment history and identify interventions that have been effective or ineffective in the past	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ encourage people to invite a family member or carer to give a corroborative history	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ discuss possible factors associated with changes in mood, including relationships, psychosocial factors and lifestyle changes	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
	▪ identify personal recovery goals.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	107
NCCMH 2014	If bipolar disorder is diagnosed, develop a care plan in collaboration with the person with bipolar disorder based on the assessment carried out in 5.6.1.5 [der Leitlinie], as soon as possible after assessment and, depending on their needs, using the care programme approach. Give the person and their GP a copy of the plan, and encourage the person to share it with their carers*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	107/108

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
NCCMH 2014	**Care for adults, children and young people across all phases of biplor disorder** **Information and support** Encourage people with bipolar disorder to develop advance statements while their condition is stable, in collaboration with their carers if possible.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	109
NCCMH 2014	**Managing crisis, risk and behaviour that challenges in adults with bipolar disorder in secondary care** Develop a risk management plan jointly with the person, and their carer if possible, covering: ▪ personal, social, occupational, or environmental triggers and early warning signs and symptoms of relapse ▪ a protocol for applying the person's own coping strategies and increasing doses of medication or taking additional medication (which may be given to the person in advance) for people at risk of onset of mania or for whom early warning signs and symptoms can be identified ▪ agreements between primary and secondary care about how to respond to an increase in risk or concern about possible risk ▪ information about who to contact if the person with bipolar disorder and, if appropriate, their carer, is concerned or in a crisis, including the names of healthcare professionals in primary and secondary care who can be contacted. ▪ Give the person and their GP a copy of the plan, and encourage the person to share it with their carers.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	110

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung							
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **How to use medication** When using any psychotropic medication for bipolar disorder ensure that: ▪ the person is given information that is suitable for their developmental level about the purpose and likely side effects of treatment including any monitoring that is required, and give them an opportunity to ask questions ▪ the choice of medication is made in collaboration with the person with bipolar disorder, taking into account the carer's views if the person agrees ▪ the overall medication regimen is regularly reviewed so that drugs that are not needed after the acute episode are stopped.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
DGBS 2014	**Trialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe** **Wissensvermittlung** **Trialog 4** Angemessene Informationsvermittlung hat Einfluss auf Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue (Adherence), aber auch auf Selbstbewusstsein und Lebensqualität.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	39
DGBS 2014	**Trialog 5** Patienten und Angehörige sollten auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikations-Trainings, Selbstmanagement-Trainings) hingewiesen werden, konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	39

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
DGBS 2014	**Selbsthilfe** **Selbsthilfegruppen** **Trialog 8** Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden. Dabei ist die konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstellen (z. B. NAKOS, DGBS, weitere Angehörigenverbände) hilfreich. Selbsthilfegruppen sollten als therapeutische Option mehr Beachtung finden. Neben der direkten Integration in das stationäre therapeutische Angebot ist auch eine kontinuierliche Kooperation mit regionalen Gruppen oder einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen denkbar. Auf diese Weise können Selbsthilfegruppen als Element der Nachsorge zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	42
DGBS 2014	**Therapie** **Grundsätzliches zur Behandlung und Behandlungsoptionen** **Behandlungsoptionen** **Pharmakotherapie** **Therapie-Grundsätzliches 3** Eine intensive, wiederholte Aufklärung des Patienten und mit Einverständnis des Patienten auch seiner Angehörigen über angeratene Pharmakotherapie-möglichkeiten soll erfolgen, auch um die Zusammenarbeit von Patient und Arzt zu verbessern. Wichtige Inhalte dieser Aufklärungsgespräche sind: Erläuterung der Ziele und Inhalte einer Akuttherapie und ggf. einer Phasenprophylaxe, Erörterung von Bedenken gegenüber den Medikamenten, Erläuterung biologischer Wirkmechanismen, Hinweis auf Wirklatenzen, Information über Wechselwirkungen und Nebenwirkungen, Erläuterung der angestrebten Behandlungsdauer bereits zu Beginn der Therapie. Bei medikamentöser Phasenprophylaxe sollte auch eine Aufklärung zu Langzeitnebenwirkungen erfolgen.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	83

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
DGBS 2014	**Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** **Therapie-Grundsätzliches 10** Neben der obligaten Aufklärung und Einwilligung der Patienten oder des gesetzlichen Vertreters zur EKT sollen, im Falle des Einverständnisses der Patienten, Angehörige ebenfalls hinzugezogen werden, ein gemeinsamer Konsens ist anzustreben.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	93
DGBS 2014	**Therapie-Manie 31** Neben der obligaten Aufklärung und Einwilligung der Patienten oder des gesetzlichen Vertreters zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sollen, im Falle des Einverständnisses der Patienten, Angehörige ebenfalls hinzugezogen werden, ein gemeinsamer Konsens ist anzustreben.	gering	fehlt	KKP „soll“	ja	n. z.	169
NCCMH 2014	**Improving the experience of carers** **Support for carers of people with bipolar disorder** Advise carers about their statutory right to a formal carer’s assessment provided by social care services and explain how to access this*. *From Psychosis and Schizophrenia in Adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	89
NCCMH 2014	**Improving the experience of carers** **Support for carers of people with bipolar disorder** Give carers written and verbal information in an accessible format about: ▪ diagnosis and management of bipolar disorder ▪ positive outcomes and recovery ▪ types of support for carers ▪ role of teams and services ▪ getting help in a crisis	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	89

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	When providing information, offer the carer support if necessary*. *Adapted from Psychosis and Schizophrenia in Adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	89
NCCMH 2014	**Improving the experience of carers** **Support for carers of people with bipolar disorder** As early as possible negotiate with the person with bipolar disorder and their carers about how information about the person will be shared. When discussing rights to confidentiality, emphasise the importance of sharing information about risks and the need for carers to understand the person's perspective. Foster a collaborative approach that supports both people with bipolar disorder and their carers, and respects their individual needs and interdependence*. *Adapted from Psychosis and Schizophrenia in Adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	89
NCCMH 2014	Review regularly how information is shared, especially if there are communication and collaboration difficulties between the person and their carer*. *From Psychosis and Schizophrenia in Adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	89

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	Offer carers of people with bipolar disorder an assessment (provided by mental health services) of their own needs and discuss with them their strengths and views.	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	89
	Develop a care plan to address any identified needs, give a copy to the carer and their GP and	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	89
	ensure it is reviewed annually*. *Adapted from Psychosis and Schizophrenia in Adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	89
NCCMH 2014	Offer a carer-focused education and support programme, which may be part of a family intervention for bipolar disorder, as early as possible to all carers. The intervention should: ▪ be available as needed ▪ have a positive message about recovery*. ▪ *Adapted from Psychosis and Schizophrenia in Adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	90
NCCMH 2014	Within 4 weeks of resolution of symptoms, discuss with the person, and their carers if appropriate, whether to continue treatment for mania or start long-term treatment (see 7.6.1.2-7.6.1.5 and 8.3.1.5-8.3.1.7 [der Leitlinie]). Explain the potential benefits of long-term treatment and the risks, including side effects of medication used for long-term treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	175

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Reviewing treatment for bipolar depression** Within 4 weeks of resolution of symptoms, discuss with the person, and their carers if appropriate, whether to continue psychological or pharmacological treatment for bipolar depression or start long-term treatment (see section 7.6.1.2-7.6.1.5 and 8.3.1.5-8.3.1.7 [der Leitlinie]). Explain the potential benefits of long-term treatment and the risks, including side effects of medication used for long-term treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	178

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Managing bipolar disorder in adults in the longer term in secondary care** **Discussing long-term treatment** After each episode of mania or bipolar depression, discuss with the person, and their carers if appropriate, managing their bipolar disorder in the longer term. Discussion should aim to help people understand that bipolar disorder is commonly a long-term relapsing and remitting condition that needs selfmanagement and engagement with primary and secondary care professionals and involvement of carers. The discussion should cover: ▪ the nature and variable course of bipolar disorder ▪ the role of psychological and pharmacological interventions to prevent relapse and reduce symptoms ▪ the risk of relapse after reducing or stopping medication for an acute episode ▪ the potential benefits and risks of long-term medication and psychological interventions, and the need to monitor mood and medication ▪ the potential benefits and risks of stopping medication, including for women who may wish to become pregnant ▪ the person's history of bipolar disorder, including: ▫ the severity and frequency of episodes of mania or bipolar depression, with a focus on associated risks and adverse consequences ▫ previous response to treatment ▫ symptoms between episodes ▫ potential triggers for relapse, early warning signs, and selfmanagement strategies ▪ possible duration of treatment, and when and how often this should be reviewed.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	238
	Provide clear written information about bipolar disorder, including NICE's information for the public, and ensure there is enough time to discuss options and concerns.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	238

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Pharmacological interventions**						
	When planning long-term pharmacological treatment to prevent relapse, take into account drugs that have been effective during episodes of mania or bipolar depression.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	238
	Discuss with the person whether they prefer to continue this treatment or switch to lithium, and explain that lithium is the most effective long-term treatment for bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	238
NCCMH 2014	Offer lithium as a first-line, long-term pharmacological treatment for bipolar disorder and:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
	▪ if lithium is ineffective, consider adding valproate	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	239
	▪ if lithium is poorly tolerated, or is not suitable (for example, because the person does not agree to routine blood monitoring), consider valproate or olanzapine instead or, if it has been effective during an episode of mania or bipolar depression, quetiapine.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	239
	Discuss with the person the possible benefits and risks of each drug for them.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
NCCMH 2014	If stopping long-term pharmacological treatment: ▪ discuss with the person how to recognise early signs of relapse and what to do if symptoms recur ▪ stop treatment gradually (see section 7.6.1 [der Leitlinie]) and monitor the person for signs of relapse.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**How to use medication** Discuss the use of alcohol, tobacco, prescription and non-prescription medication and illicit drugs with the person, and their carer if appropriate. Explain the possible interference of these substances with the therapeutic effects of prescribed medication and psychological interventions*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
NCCMH 2014	When using any psychotropic medication for bipolar disorder ensure that: ▪ the person is given information that is suitable for their developmental level about the purpose and likely side effects of treatment including any monitoring that is required, and give them an opportunity to ask questions ▪ the choice of medication is made in collaboration with the person with bipolar disorder, taking into account the carer's views if the person agrees ▪ the overall medication regimen is regularly reviewed so that drugs that are not needed after the acute episode are stopped.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Using antipsychotic medication** **Starting antipsychotic medication** Treatment with antipsychotic medication should be considered an explicit individual therapeutic trial. Carry out the following: ▪ Discuss and record the side effects that the person is most willing to tolerate. ▪ Record the indications and expected benefits and risks of antipsychotic medication, and the expected time for a change in symptoms and appearance of side effects. ▪ At the start of treatment prescribe a dose that is appropriate for the phase and severity of the illness. ▪ Justify and record reasons for doses outside the range given in the BNF or SPC, and inform the person that such treatment is unlicensed. ▪ Record the rationale for continuing, changing or stopping medication, and the effects of such changes*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	240/241
	▪ Do not routinely prescribe a dose above the maximum recommended in the BNF or SPC.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	240/241

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Using lithium** **Starting lithium** When starting lithium: ▪ advise the person that poor adherence or rapid discontinuation may increase the risk of relapse	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ measure the person's weight or BMI and arrange tests for urea and electrolytes including calcium, estimated glomerular filtration rate (eGFR), thyroid function and a full blood count	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ arrange an ECG for people with cardiovascular disease or risk factors for it	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ ensure the person is given appropriate national information (or a locally available equivalent) on taking lithium safely	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ establish a shared-care arrangement with the person's GP for prescribing lithium and monitoring adverse effects.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
NCCMH 2014	Advise people taking lithium to: ▪ seek medical attention if they develop diarrhoea or vomiting or become acutely ill for any reason	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ ensure they maintain their fluid intake, particularly after sweating (for example, after exercise, in hot climates or if they have a fever), if they are immobile for long periods or if they develop a chest infection or pneumonia	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ talk to their doctor as soon as possible if they become pregnant or are planning a pregnancy.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
NCCMH 2014	Warn people taking lithium not to take over-the-counter non-steroidal antiinflammatory drugs and avoid prescribing these drugs for people with bipolar disorder if possible; if they are prescribed, this should be on a regular (not p.r.n.) basis and the person should be monitored monthly until a stable lithium level is reached and then every 3 months.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Using valproat** **Starting valproat** Advise people taking valproate, and their carers, how to recognise the signs and symptoms of blood and liver disorders and to seek immediate medical help if any of these develop. Stop valproate immediately if abnormal liver function* or blood dyscrasia is detected. *Although the absolute values of hepatic enzymes are a poor indicator of the extent of hepatic damage, it is generally accepted that if these are persistently elevated to over 3 times the upper normal limit, continuing to rise or accompanied by clinical symptoms, the suspected drug should be withdrawn. Raised hepatic enzymes of any magnitude accompanied by reduced albumin or impaired clotting suggest severe liver disease.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Using lamotrigine** **Starting lamotrigine** Advise people taking lamotrigine to: ▪ contact their doctor immediately if they develop a rash while the dose of lamotrigine is being increased ▪ tell you if they are pregnant or planning a pregnancy.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Psychological and psychosocial interventions for acute episodes and long-term management in adults** **Managing bipolar disorder in primary care** Offer people with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based* manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression. *This is defined as being based on at least RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263/264
	Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood and if there are signs of hypomania or deterioration of the depressive symptoms, liaise with or refer the person to secondary care. If the person develops mania or severe depression, refer them urgently to secondary care.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263/264

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Managing bipolar depression in adults in secondary care** Offer adults with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based *manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression. *This is defined as being based on at least RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
	Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood for signs of mania or hypomania or deterioration of the depressive symptoms.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Is patient responding to therapy?** 4. Providers should give simple educational messages regarding medication therapy (e. g., take daily, understand gradual nature of benefits, continue even when feeling better, do not stop without checking with the provider, and specific instructions on how to address issues or concerns) in order to increase adherence to treatment.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	15
VADoD 2010	5. Patient, family and/or caregiver should be educated about the risk of relapse to mania or hypomania that may occur. They should be instructed on identifying symptoms and the importance of contacting their provider immediately if they notice these symptoms.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	15

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Information und Aufklärung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen							
VADoD 2010	**Add/Change anti manic medication until stable or consider alternative therapy** 7. Risks and benefits of long-term pharmacotherapy should be discussed prior to starting medication and should be a continued discussion item during treatment.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	17
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Modify dose or medication of indicated, using medications effective for bipolar depression** 8. Risks and benefits of long term pharmacotherapy should be discussed prior to starting medication and should be a continuing discussion item during treatment.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	27
VADoD 2010	**Provide psychoeducation, psychotherapy, and family intervention as indicated** 1. Providers should give simple educational messages regarding medication therapy (e. g., take daily, understand gradual nature of benefits, continue even when feeling better, do not stop without checking with the provider, and specific instructions on how to address issues or concerns) in order to increase adherence to treatment.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	29
VADoD 2010	2. Patient, family and/or caregiver should be educated about the risk of switching to mania or hypomania that may occur naturally or as a result of medications. They should be instructed on identifying symptoms and the importance of contacting their provider immediately if they notice these symptoms.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	29

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychosoziale Unterstützung von Patienten, Angehörige und Bezugspersonen							
NCCMH 2014	**Improving the experience of carers** **Support for carers of people with bipolar disorder** Identify children, young people and adults at risk of abuse or neglect who are dependent on, living with or caring for a person with bipolar disorder and: ▪ review the need for an assessment according to local safeguarding procedures for children or adults as appropriate	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	90
	▪ offer psychological and social support as needed.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	90
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Care for adults, children and young people across all phases of biplor disorder** **Information and support** Consider identifying and offering assistance with education, financial and employment problems that may result from the behaviour associated with bipolar disorder, such as mania and hypomania. If the person with bipolar disorder agrees, this could include talking directly with education staff, creditors and employers about bipolar disorder and its possible effects, and how the person can be supported.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	109
NCCMH 2014	Explain and discuss making a lasting power of attorney with adults with bipolar disorder and their carers if there are financial problems resulting from mania or hypomania.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	109

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Empfehlungen zur somatischen und laborchemischen Diagnostik vor und während einer Pharmakotherapie** **Diagnostik 27** Die Erfassung und Bestimmung der folgenden Parameter vor Beginn einer Psychopharmakotherapie ist obligat: ▪ Differentialblutbild ▪ Elektrolyte ▪ Leberenzyme ▪ Nüchternglukosespiegel ▪ Serum-Kreatinin ▪ Blutdruck und Puls ▪ Körpergewicht und Körpergröße ▪ Schwangerschaftstest bei Frauen im gebärfähigen Alter ▪ als apparative Diagnostik ein Elektrokardiogramm (EKG).	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	n. z.	74
DGBS 2014	**Diagnostik 28** Individuell ist die Erfassung und Bestimmung der folgenden Parameter vor Beginn einer Psychopharmakotherapie zusätzlich indiziert. Für Therapie mit: ▪ Lithium: TSH, T3, T4, SD-Sonographie (bei geplanter Langzeittherapie), Kreatinin-Clearance ▪ Valproat: Bilirubin, Lipase, Gerinnungshemmer (PPT und Quick oder PTT und INR) ▪ Zugelassene Atypika: Cholesterin gesamt, LDL-Cholesterine, Triglyzeride.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	n. z.	74

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Using antipsychotic medication** **Starting antipsychotic medication** Before starting antipsychotic medication, measure and record the person's: ▪ weight or BMI ▪ pulse ▪ blood pressure ▪ fasting blood glucose or HbA1c ▪ blood lipid profile*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	240
NCCMH 2014	Before starting antipsychotic medication, offer the person an electrocardiogram (ECG) if: ▪ it is specified in the drug's summary of product characteristics (SPC) or ▪ a physical examination has identified a specific cardiovascular risk (such as hypertension) or ▪ there is a family history of cardiovascular disease, a history of sudden collapse, or other cardiovascular risk factors such as cardiac arrhythmia or ▪ the person is being admitted as an inpatient*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	240

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
NCCMH 2014	**Using lithium** **Starting lithium** When starting lithium:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ advise the person that poor adherence or rapid discontinuation may increase the risk of relapse						
	▪ measure the person's weight or BMI and arrange tests for urea and electrolytes including calcium, estimated glomerular filtration rate (eGFR), thyroid function and a full blood count	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ arrange an ECG for people with cardiovascular disease or risk factors for it	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ ensure the person is given appropriate national information (or a locally available equivalent) on taking lithium safely	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ establish a shared-care arrangement with the person's GP for prescribing lithium and monitoring adverse effects.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
NCCMH 2014	**Using valproat** **Starting valproat** When starting valproate, measure the person's weight or BMI and carry out a full blood count and liver function tests.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	**Using lamotrigine** **Starting lamotrigine** When starting lamotrigine:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244
	▪ carry out a full blood count, urea and electrolytes and liver function tests						
	▪ be aware of its interaction with valproate	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244
	▪ follow the instructions for initial dosage and dosage titration outlined in the SPC and BNF, taking into account the need for slow titration in people who have not taken lamotrigine before.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Assess adherence, side effects, and psychosocial barriers to therapy; assess risk for suicide**						
	1. Patients should be followed by a scheduled visit to the clinic periodically, depending on their response, for a thorough assessment that includes:	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	31
	a) Adherence to therapy. Reasons for noncompliance should be explored with the patient.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	31
	b) Assessment of potential adverse effects. (See Table E - 1 Adverse Events – Lithium; Table E - 4 Adverse Events Antiepileptic Medications; Table E - 6 Adverse Events – Antipsychotics [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	31
	c) Monitoring of serum concentration for lithium and other appropriate blood work to maintain efficacy and avoid toxicity (See Table E - 5 Recommended Pharmacotherapy Monitoring [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	31
	d) For antipsychotics monitor weight (BMI), waist circumference, blood pressure, BMI, plasma glucose and fasting lipids. (See Table E - 8 Monitoring Parameters and Frequency for Metabolic Adverse Effects Secondary to Second Generation Antipsychotics [der Leitlinie])	I, III	ja	C	nein	n. z.	31
	e) Assess for co-occurring medical conditions that can mimic or exacerbate bipolar disorder depression.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	31
	f) Assessment of any changes in patient's family and community support (housing, care givers, employment, income, social networks).	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	31

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
VADoD 2010 (Forts.)	**Table E – 5: Recommended pharmacotherapy monitoring: lithium, antiepileptics** **Medication:** Lithium 0,6 to 1,2 mEq/L **Starting therapy:** Baseline: sCr, eCrCl, electrolytes, Thyroid profile, pregnancy test* During Titration: Lithium serum concentration every 4-14 days **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ every 6 months serum concentration, ▪ annual sCr, ECrCl**, ▪ annual thyroid profile***, ▪ annual CBC w/diff *For women of child-bearing potential **If sCr is elevated, even after a repeat check, then a 24-hour creatinine clearance should be obtained every 6 months (q3-9 months) if sCr < 2 mg/dL and if > 2 mg/dL then a 24-hour creatinine should be obtained and the patients primary care provider notified. Defer to the patient's nephrologist if the patients under the care of nephrology. *** Obtain annually (e. g., 9 – 15 months) for 5-years while on lithium. If after 5-years and no abnormalities, a thyroid profile should be ordered when a patient's clinical presentation warrants it.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
VADoD 2010 (Forts.)	**Medication:** Carbamazepine 4 to 12 mcg/ml **Starting therapy:** Baseline: CBC w/diff, LFTs During Titration: CBZ concentration every 2 weeks for 3 months, CBC w/diff, LFTs at 1 and 3 months **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Annual serum concentration, ▪ Annual CBC w/diff, ▪ Annual LFTs ▪ Annual electrolytes	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77
	Medication: Valproate 50 to 125 mcg/ml **Starting therapy:** Baseline: CBC w/diff, LFTs During Titration: Valproate serum concentration no sooner than 5-7 days after a change in dose. CBC w/diff, LFTs at 1 and 3 months **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Annual serum concentration, ▪ Annual CBC w/diff, ▪ Annual LFTs ▪ Annual electrolytes	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
VADoD 2010	**Module C: Maintenance/prophylaxis phase** **Assess response after 1-3 months; monitor all medications and manage adverse effects. Monitor and encourage adherence. Discuss with patient risks and benefits of long-term pharmacotherapy** 3. Monitor serum concentration for lithium, carbamazepine, or valproate and other appropriate blood work every 3 to 6 months to maintain efficacy and avoid toxicity. (See Table E – 5 Recommended Pharmacotherapy Monitoring [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	A, B	ja	n. z.	41

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
VADoD 2010 (Forts.)	**Table E – 5: Recommended pharmacotherapy monitoring: lithium, antiepileptics** **Medication:** Lithium 0,6 to 1,2 mEq/L **Starting therapy:** Baseline: sCr, eCrCl, electrolytes, Thyroid profile, pregnancy test* During Titration: Lithium serum concentration every 4-14 days **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Every 6 months serum concentration, ▪ Annual sCr, ECrCl**, ▪ Annual thyroid profile***, ▪ Annual CBC w/diff *For women of child-bearing potential **If sCr is elevated, even after a repeat check, then a 24-hour creatinine clearance should be obtained every 6 months (q3-9 months) if sCr < 2 mg/dL and if > 2 mg/dL then a 24-hour creatinine should be obtained and the patients primary care provider notified. Defer to the patient's nephrologist if the patients under the care of nephrology. *** Obtain annually (e. g., 9 – 15 months) for 5-years while on lithium. If after 5-years and no abnormalities, a thyroid profile should be ordered when a patient's clinical presentation warrants it.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Notwendige Voruntersuchungen vor Beginn einer medikamentösen Behandlung							
VADoD 2010 (Forts.)	**Medication:** Carbamazepine 4 to 12 mcg/ml **Starting therapy:** Baseline: CBC w/diff, LFTs During Titration: CBZ concentration every 2 weeks for 3 months, CBC w/diff, LFTs at 1 and 3 months **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Annual serum concentration, ▪ Annual CBC w/diff, ▪ Annual LFTs ▪ Annual electrolytes	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77
	Medication: Valproate 50 to 125 mcg/ml **Starting therapy:** Baseline: CBC w/diff, LFTs During Titration: Valproate serum concentration no sooner than 5-7 days after a change in dose. CBC w/diff, LFTs at 1 and 3 months **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Annual serum concentration, ▪ Annual CBC w/diff, ▪ Annual LFTs ▪ Annual electrolytes	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Komorbdität** **Psychische Komorbidität** **Diagnostik 21** Komorbide psychische Störungen sollten bei Bipolaren Störungen zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	65
DGBS 2014	**Somatische Komorbidität** **Diagnostik 23** Komorbide somatische Erkrankungen sollten zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	66
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen** **Komorbidität** **Psychiatrische Komorbidität** **Therapie-spezifisch 28** Komorbidität mit Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen kommt sehr häufig vor. Bei der Therapieplanung ist es wichtig, im Einzelfall vorliegende komorbide psychische Störungen hinreichend zu berücksichtigen und das therapeutische Vorgehen anzupassen.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	322

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
DGBS 2014	**Somatische Komorbidität** **Therapie-spezifisch 29** Komorbidität mit somatischen Erkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, metabolisches Syndrom bzw. Diabetes mellitus, muskuloskeletale Erkrankungen und Migräne kommt sehr häufig vor. Bei der Therapieplanung ist es wichtig, im Einzelfall vorliegende komorbide somatische Erkrankung hinreichend zu berücksichtigen und das therapeutische Vorgehen anzupassen. Präventive Ansätze, inklusive Früherkennungsmaßnahmen für häufige komorbide somatische Erkrankungen, sollten auf die besonderen Bedürfnisse bipolarer Patienten (wenn diese im speziellen Fall eine wesentliche Rolle spielen) ausgerichtet werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	325
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Care for adults, children and young people across all phases of biplor disorder** **Treatment and support for specific population** Offer people with bipolar disorder and coexisting disorders, such as personality disorder, attention deficit hyperactivity disorder, anxiety disorders or substance misuse, treatment in line with the relevant NICE clinical guideline, in addition to their treatment for bipolar disorder. See the NICE clinical guidelines on antisocial personality disorder, attention deficit hyperactivity disorder, borderline personality disorder, generalised anxiety disorder and psychosis with coexisting substance misuse, and be alert to the potential for drug interactions and use clinical judgement.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	108/ 109
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Initiate/Adjust treatment with an anti-maniac medication** **General considerations** 4. In selecting a drug treatment regimen for patients with bipolar disorder, clinicians should be aware of the patient's other psychiatric and medical conditions and should try to avoid exacerbating them.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	12

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Patienten mit Komorbiditäten							
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Pharmacotherapy for bipolar depression** **General considerations** 6. In selecting a drug treatment regimen for patients with bipolar disorder, clinicians should be aware of the patient's other psychiatric and medical conditions and should try to avoid exacerbating them.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	26
VADoD 2010	7. In selecting a drug treatment regimen for patients with diabetes or obesity consider the risk and benefit of utilizing medications that are less associated with weight gain.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	26
Ältere Patienten							
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen** **Altersspezifische Besonderheiten** **Pharmakotherapie** **Therapie-spezifisch 19** Bei der Pharmakotherapie von älteren Patienten sind die veränderte Pharmakokinetik, Pharmakodynamik und die Interaktion mit anderen Medikamenten zu beachten. Die im Alter erhöhte somatische und psychische Komorbidität und die häufige Multimorbidität müssen berücksichtigt werden. Zudem weisen ältere Patienten eine erhöhte Empfindlichkeit für Nebenwirkungen auf. Dosierungen sind dementsprechend anzupassen.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	311
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Care for adults, children and young people across all phases of biplor disorder** **Treatment and support for specific population** Ensure that older people with bipolar disorder are offered the same range of treatments and services as younger people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	108

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Ältere Patienten							
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **How to use medication** When offering psychotropic medication to older people, take into account its impact on cognitive functioning in older people and: ▪ use medication at lower doses ▪ take into account the increased risk of drug interactions ▪ take into account the negative impact that anticholinergic medication, or drugs with anticholinergic activity, can have on cognitive function and mobility ▪ ensure that medical comorbidities have been recognised and treated.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	240
VADoD 2010	**Modul F: Bipolar disorder in older adults** 1. The likelihood of possible benefits with all medications used to treat BD in older adults needs to be balanced against potential risks.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	2. Polypharmacy in older adults should be avoided.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	11. There is growing concern regarding metabolic issues related to second-generation antipsychotics. The risk is greatest with clozapine and olanzapine, followed by quetiapine and risperidone, and then followed by aripiprazole and ziprasidone. If an older individual is to be maintained on a second-generation antipsychotic, baseline measures of weight, waist circumference, fasting blood glucose, and HbA1c should be obtained. Weight or waist circumference can be monitored every two months and fasting blood glucose checked every six months or sooner if there is significant weight gain.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Bipolare Störungen in der Peripartalzeit							
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen Kinderwunsch/Schwangerschaft/Stillzeit** **Psychotherapie** **Therapie-spezifisch 16** Wenn eine schwangere oder stillende Patientin trotz eingehender Aufklärung über die Notwendigkeit einer akuten oder langfristigen Pharmakotherapie oder anderer biologischer Behandlungsmaßnahmen diese ablehnt, kann ihr eine spezifische Psychotherapie angeboten werden.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	nein	309
SIGN 2012	**Prescribing issues** **General principles** When prescribing psychotropic medication during pregnancy or breast feeding the following principles should be applied: ▪ involve the woman, and her family where appropriate, in all decisions about treatment, including an individualised assessment of benefit versus risk ▪ be aware that not treating mental illness in pregnancy or the postpartum period may in itself be associated with adverse outcomes for the woman, her pregnancy, and her infant ▪ establish a clear indication for drug treatment (ie the presence of significant illness in the absence of acceptable or effective alternatives) ▪ choose treatments with the lowest known risk	n. a.	fehlt	☑	nein	ja	19

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Bipolare Störungen in der Peripartalzeit							
SIGN 2012 (Forts.)	▪ in choosing medication in pregnancy consider the implications for breast feeding and the benefits of avoiding the need to switch drugs (including the minimisation of withdrawal effects) ▪ use treatments in the lowest effective dose for the shortest period necessary ▪ be aware of potential drug interactions, particularly with non-psychotropics, and aim for monotherapy ▪ where there is no clear evidence base that one drug is safer than another, the safest option is not to switch. The only drug with a clear indication for switching on safety grounds is valproate (see section 6.3.4 [der Leitlinie]) ▪ be aware of the potential effects of pregnancy and childbirth on drug pharmacokinetics and pharmacodynamics (eg the need for dose adjustments as pregnancy progresses and specific risks during labour and following birth) ▪ be aware that although knowledge of teratogenic effects of psychotropic drugs is increasing, understanding of the long term neurodevelopmental effects of such medications in pregnancy and breast feeding is extremely limited ▪ be aware of the need for close monitoring for change in mental state where a woman decides to cease her usual medication. Stopping medication may lead to relapse of illness ▪ where there is known risk, ensure that women are offered appropriate fetal screening and monitoring of the neonate for adverse effects. This may include involvement of neonatal and or paediatric services ▪ be aware that premature or ill babies are more at risk of harmful drug effects ▪ monitor the infant for specific drug side effects as well as feeding patterns, growth and development ▪ caution women against sleeping in bed with the infant, particularly if taking sedative drugs.						

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Bipolare Störungen in der Peripartalzeit							
SIGN 2012	**Psychotropic medication use in the pre-pregnancy period** All women of childbearing potential who take psychotropic medication should be made aware of the potential effects of medications in pregnancy. The use of reliable contraceptive methods should be discussed.	n. z.	fehlt	D	nein	n. z.	20
SIGN 2012	If a woman taking psychotropic drugs is planning a pregnancy, consideration should be given to discontinuing treatment if the woman is well and at low risk of relapse.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	20
SIGN 2012	**Psychotropic medications in pregnancy** **Antidepressants** **Summary** General practitioners should review antidepressant therapy as soon as possible in pregnancy to discuss whether the current medication should be continued and any other alternative pharmacological or non-pharmacological treatments initiated.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	Choice of antidepressant in pregnancy should take into account implications for breastfeeding.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	Since the evidence base for safety of antidepressant prescribing in pregnancy is a rapidly developing area, clinicians should update their knowledge frequently.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	**Lithium** Where a woman is taking lithium in pregnancy, mental health services should provide maternity services with information on the recognition of lithium toxicity, lithium-drug interactions and pregnancy-related events which may precipitate toxicity.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23
SIGN 2012	**Psychotropic medications during breast feeding** **Antiepileptic drugs** Antiepileptic mood stabiliser prescription is not, of itself, a contraindication to breastfeeding, but decisions should be made individually with the woman, after full discussion of the risks and benefits.	2-, 3	nein	☑	nein	ja	26

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Bipolare Störungen in der Peripartalzeit							
SIGN 2012	**Hypnotic and sedatives** If a benzodiazepine is required during breast feeding short-acting agents should be prescribed in divided doses. Mothers should be advised not to stop medication suddenly and to contact their doctor if the infant is observed to have sleepiness, low energy or poor suckling.	4	nein	☑	nein	ja	26

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; BMI: Body-Mass-Index; BNF: British National Formulary; CBC w/diff: Complete blood count with differntial; CBZ: Carbamazepine; DGBS: Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen; ECG: Electrocardiogram; ECrCl: Estimated/calculated Creatinine Clearance; EKT: Elektrokonvulsionstherapie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); GP: General Practitioner; HbA1c: Glycosylated Haemoglobin; INR: International normalised Ratio; KKP: Klinischer Konsenspunkt; LDL: Low density Lipoprotein; LFTs: Liver Function Tests; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NAKOS: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; n.ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; PPT: ; PTT: Partielle Thromboplastinzeit; RCT: Randomized controlled Trial; sCr: Serum Creatinine; SD-Sonographie: Schilddrüsen-Sonographie; SPC: Summary of Product Characteristics; TSH-Wert: Wert für Thyreoidea-Stimulierendes Hormon = Thyreotropin; UK: United Kingdom

Tabelle 45: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Care for adults, children and young people across all phases of biplor disorder** **Improving the experience of care** Use this guideline in conjunction with the NICE clinical guidance On Service User Experience in Adult Mental Health to improve the experience of care for adults with bipolar disorder using mental health services, and for adults, children and young people: ▪ promote a positive recovery message from the point of diagnosis and throughout care ▪ build supportive and empathic relationships as an essential part of care.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	108
NCCMH 2014	**Recognising, diagnosing and managing bipolar disorder in children and young people** **Recognition and referral** If bipolar disorder is suspected in primary care in young people aged 14 years or over, refer them to a specialist early intervention in psychosis service or a CAMHS team with expertise in the assessment and management of bipolar disorder in line with the recommendations in this guideline. The service should be multidisciplinary and have: ▪ engagement or assertive outreach approaches ▪ family involvement and family intervention ▪ access to structured psychological interventions and psychologically informed care ▪ vocational and educational interventions ▪ access to pharmacological interventions ▪ professionals who are trained and competent in working with young people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	109

(Fortsetzung)

Tabelle 45: Leitlinienempfehlungen zu Grundsätzen der Therapie – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Interventions for children and young people** **Management of young people** When offering treatment to young people with bipolar disorder, take into account their cognitive ability, emotional maturity, developmental level, their capacity to consent to treatment, the severity of their bipolar disorder and risk of suicide or self-harm or any other risk outlined in recommendation 5.6.1.8. [der Leitlinie]	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	303

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

CAMHS: Child and Adolescent Mental Health Services; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychoedukation und spezifische Psychotherapie							
DGBS 2014	**Therapie** **Grundsätzliches zur Behandlung und Behandlungsoptionen** **Behandlungsoptionen** **Psychotherapie** **Formen evidenzbasierter Psychotherapie von Patienten mit bipolaren Störungen** **Psychoeduktion: einfache Psychoeduktion und ausführliche und interaktive Psychoeduktion** **Therapie-Grundsätzliches 5** Obwohl entsprechende qualitativ hochwertige Studien fehlen, spricht die klinische Erfahrung und Rückmeldung von Betroffenen dafür, Psychoedukationsgruppen problem- oder störungsspezifisch durchzuführen. Eine Vermischung von Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen wird nicht empfohlen.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	88
DGBS 2014	**Therapie-Grundsätzliches 6** Auch wenn es keine klaren Wirksamkeitsnachweise gibt, sollte die einfache Psychoedukation das Minimum sein, das in jeder ärztlichen, psychologischen oder psychosozialen Behandlung mit Patienten mit Bipolaren Störungen durchgeführt wird.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	88
DGBS 2014	**Gemeinsamkeiten und verfahrensübergreifende Wirkfaktoren von Psychotherapie** **Therapie-Grundsätzliches 7** Eine phasenübergreifende tragfähige therapeutische Beziehung trägt wesentlich zum Behandlungserfolg in der Akut- und prophylaktischen Therapie bei.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	91

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychoedukation und spezifische Psychotherapie							
DGBS 2014	**Therapie-Grundsätzliches 8** Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst zumindest: ▪ Psychoedukation ▪ Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken ▪ Reflexion von Erwartungen und Maßstäben ▪ Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungsschwankungen und Frühwarnzeichen ▪ Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebensrhythmus ▪ Stressmanagement ▪ Aktivitätenmanagement ▪ Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ▪ Einbezug der Angehörigen ▪ Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle).	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	92
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Manie/Hypomanie** **Psychotherapie** **Psychotherapie in einer akuten (Hypo-)Manie** **Therapie-Manie 26** Es gibt bislang keine empirischen Belege, dass eine spezifische Psychotherapie oder eine Psychoedukation bei der Behandlung einer akuten manischen Episode wirkt.	gering	nein	state-ment	nein	ja	164

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychoedukation und spezifische Psychotherapie							
DGBS 2014	**Zusammenfassung zur Psychotherapie bei hypomanischer Symptomatik nach akuten Episoden oder im Verlauf der Erkrankung** **Therapie-Manie 27** Bei leichten Manien und Hypomanien kann eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familien-fokussierte Behandlung) angeboten werden, um positive Effekte auf die Dauer und Intensität der Symptome zu erzielen, indem gemeinsam verhaltensnahe Maßnahmen erarbeitet werden (z. B. konkrete tagesbezogene Aktivitätenpläne, klare Tagesstruktur, eindeutige und umrissene Zielvereinbarungen).	gering	nein	0	nein	ja	167
DGBS 2014	**Akute gemischte Episode** **Therapie-Manie 28** Die Frage, ob eine psychotherapeutische Behandlung bei der Behandlung einer gemischten Episode im Rahmen einer Bipolaren Störung wirksam ist, kann aufgrund der mangelnden Evidenz zu dieser Fragestellung nicht beantwortet werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	168
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Pharmakotherapie** **Allgemeine (substanzunabhängige) Empfehlungen zur Pharmakotherapie bipolarer Depresionen** **Therapie-Depression 3** Bei einer leichten depressiven Episode besteht nur in Ausnahmefällen die Indikation zu einer depressionsspezifischen Pharmakotherapie, da hier Risiken und Nebenwirkungen den erhofften Nutzen überwiegen. Psychoedukation, psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne, Anleitung zum Selbstmanagement und Einbeziehung von Selbsthilfegruppen stehen im Vordergrund.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	179

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychoedukation und spezifische Psychotherapie							
DGBS 2014	**Psychotherapie** **Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT)** **Therapie-Depression 29** Zur Behandlung akuter depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Empirische Belege liegen für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Familien-fokussierte Behandlung (FFT) und die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT) vor.	gering	nein	B	nein	ja	215
NCCMH 2014	**Psychological and psychosocial interventions for acute episodes and long-term management in adults** **Managing bipolar disorder in primary care** Offer people with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based* manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression. *This is defined as being based on at least RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263/ 264
	Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood and if there are signs of hypomania or deterioration of the depressive symptoms, liaise with or refer the person to secondary care. If the person develops mania or severe depression, refer them urgently to secondary care.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263/ 264

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychoedukation und spezifische Psychotherapie							
NCCMH 2014	Psychological therapists working with people with bipolar depression in primary care should have training in and experience of working with people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2014	**Managing bipolar depression in adults in secondary care** Offer adults with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based *manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression. *This is defined as being based on at least RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
	Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood for signs of mania or hypomania or deterioration of the depressive symptoms.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2014	Psychological therapists working with people with bipolar depression should have training in, and experience of, working with people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Provide psychoeducation, psychotherapy, and family intervention as indicated**						
	3. Consider psychoeducation and care management for patients with BD.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	29
	For best effect consider offering in a structured group setting with ongoing care/disease management.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	29

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychoedukation und spezifische Psychotherapie							
VADoD 2010	4. Patients who are currently in a depressive episode and are at high risk for non-adherence to medication, should be considered for one of the following evidence-based psychotherapeutic interventions						
	a) Cognitive behavioral therapy	n. a.	fehlt	A	ja	nein	29
	b) Family Therapy	n. a.	fehlt	B	nein	nein	29
	c) Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)	n. a.	fehlt	B	nein	nein	29
VADoD 2010	1. Patient should receive psychoeducation that emphasizes: a) The importance of active involvement in their treatment b) The nature and course of their bipolar illness c) The potential benefit and adverse effects of treatment options d) The recognition of early signs of relapse e) Behavioral interventions that can lessen the likelihood of relapse including careful attention to sleep regulation and avoidance of substance misuse.	I	ja	B	nein	ja	48
VADoD 2010	2. With the patient's permission, family members or significant other should be involved in the psychoeducation process.	n. z.	fehlt	C	nein	ja	48
VADoD 2010	3. A structured group format in providing psychoeducation and care management for patients with clinically significant mood symptoms should be considered.	I	ja	A	ja	ja	48

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychoedukation und spezifische Psychotherapie							
VADoD 2010	**Cognitive behavioral treatment (CBT)** 2. Implementation of CBT should include components of: a) Education regarding symptoms, course and treatment of BD, b) Scheduling of pleasurable events to alleviate inactivity, c) Teaching the skill of cognitive re-structuring, d) Learning to identify maladaptive thoughts and challenge them on logical grounds, e) Learning to replace maladaptive thoughts with balanced or adaptive thinking, f) Problem solving, and g) Learning to detect the earliest signs of recurrence and implement early intervention plans.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	50
VADoD 2010	3. In considering patients for CBT it is recommended that careful screening for hypomanic episodes be conducted (dynamism, persuasiveness, productiveness) as there is some evidence to support that CBT is less effective with these patients.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	50
VADoD 2010	4. CBT can be considered as an approach to reduce and prevent depressive symptoms in BD rather than manic symptoms as it has been found to be most effective in depression.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	50

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Psychoedukation und spezifische Psychotherapie							
VADoD 2010	**Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)** 2. Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) should contain the following components: a) Patients should complete the Social Rhythm Metric questionnaire which is a self-report instrument for tracking and quantifying daily and nightly routines, along with ratings of mood b) Providers need to assist patients in keeping regular routines (e.g., bed times, wake times, exercise) and minimizing the impact of events that could disrupt their moods and daily/nightly stability c) Providers need to maintain an interpersonal focus that concerns the resolution of the patient's current problems (e.g., how to communicate better with one's spouse) and developing strategies for preventing the same problems from recurring in the future.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	52
VADoD 2010	**Module D: Psychosocial interventions** **Family therapy** 1. Couples and families who are coping with BD should be considered for family therapy either on an inpatient or outpatient basis.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	54
VADoD 2010	2. Family focused therapy should contain the following four components: a) Initial assessment, b) Psychoeducation about the nature, course, and treatment of BD, including the importance of medication consistency, identifying early warning signs of relapse, and implementing relapse prevention strategies, c) Communication and enhancement skills, notably role playing and rehearsal of tools for active listening and expressing positive or negative feelings, and, d) Problem solving skills.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	54

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Manie/Hypomanie** **Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** **Therapie-Manie 29** Elektrokonvulsionstherapie (EKT) kann zur Behandlung schwerer manischer Episoden durchgeführt werden. Limitierende Faktoren: Diese Empfehlung basiert nicht auf Placebo-kontrollierten Studienergebnissen. Häufige Nebenwirkungen sind mögliche Kopfschmerzen und vorübergehende kognitive Beeinträchtigungen. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind die Risiken der Narkose.	gering	nein	0	nein	n. z.	169
DGBS 2014	**Neuere Hirnstiumulationsverfahren** **Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)** **Therapie-Manie 32** Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) ist in der Maniebehandlung derzeit noch als experimentelles Verfahren anzusehen. Es liegen keine ausreichenden Daten vor, die den Einsatz der rTMS bei Manie unterstützen.	gering	nein	state-ment	nein	ja	172
DGBS 2014	**Neuere Hirnstiumulationsverfahren** **Vagusnervstimulation** **Therapie-Manie 33** Es liegen keine Studienergebnisse zur Vagusnervstimulation (VNS) in der Manie vor.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	172

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
DGBS 2014	**Lichttherapie** **Therapie-Manie 34** Es liegen keine Studienergebnisse und keine hinreichende klinische Erfahrung zur Lichttherapie bei manischen Episoden vor.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	172
DGBS 2014	**Wachtherapie** **Therapie-Manie 35** Abratend: Ein therapeutischer Schlafentzug kann eine manische Symptomatik hervorrufen bzw. unterhalten und ist bei (Hypo-)Manie kontraindiziert.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	nein	173
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Nichtmedikamentöse somatische Verfahren** **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** **Therapie-Depression 30** Elektrokonvulsiontherapie (EKT) kann zur Behandlung schwerer depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung durchgeführt werden. Limitierende Faktoren: Diese Empfehlung basiert nicht auf Placebo-kontrollierten Studienergebnissen. Häufige Nebenwirkungen sind mögliche Kopfschmerzen und vorübergehende kognitive Beeinträchtigungen. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind die Risiken der Narkose.	gering	fehlt	0	nein	ja	217
DGBS 2014	**Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)** **Therapie-Depression 33** Bei depressiven Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung ist die Datenlage zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) unzureichend.	n. z.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	219

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
DGBS 2014	**Therapie-Depression 34** Unter Berücksichtigung neuerer Studien bei unipolaren Depressionen kann eine hochfrequente repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) des linken dorsolateralen präfrontalen Cortex (DLPFC) bei depressiven Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung in Betracht gezogen werden.	n. z.	fehlt	0	nein	n. z.	219
DGBS 2014	**VNS** **Therapie-Depression 35** Die Wirksamkeit der Vagusnervstimulation (VNS) in der Akuttherapie der bipolaren Depression ist nicht belegt.	gering	nein	state-ment	nein	ja	221
DGBS 2014	**Lichttherapie** **Therapie-Depression 36** Trotz spärlicher Evidenz bei der bipolaren Depression kann die Lichttherapie als nebenwirkungsarme Therapieoption mit guter Akzeptanz durch Patienten vor allem bei saisonalen Verläufen *zusätzlich* erwogen werden.	gering	nein	0	nein	ja	222
DGBS 2014	**Wachtherapie (Monotherapie)** **Therapie-Depression 37** Wachtherapie als Monotherapie kann bei einer akuten depressiven Episode im Rahmen einer Bipolaren Störung durchgeführt werden, wenn kurzfristig eine rasche antidepressive Wirkung angestrebt wird.	gering	nein	0	nein	n. z.	225
DGBS 2014	**Therapie-Depression 38** Es ist wichtig, zwischen depressiver und gemischter Episode möglichst genau zu unterscheiden, da Wachtherapie bei der gemischten Episode kontraindiziert ist.	gering	nein	KKP n. ü.[d]	fehlt	n. z.	225

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
DGBS 2014	**Kombination mit bzw. zusätzliche Anwendung von Wachtherapie zu Pharmakotherapie** **Therapie-Depression 39** Wachtherapie sollte zusätzlich zu einer anderen leitliniengerechten Behandlung in Erwägung gezogen werden, wenn kurzfristig eine rasche antidepressive Wirkung angestrebt wird.	gering	nein	B	nein	ja	228
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Add/Change anti manic medication until stable or consider alternative therapy** 6. Electroconvulsive therapy (ECT) may be considered for patients with severe mania patients or whose mania is treatment resistant, those patients who express a preference for ECT, and patients with severe mania during pregnancy.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	17
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Consider ECT or alternative therapies; monitor for risk for mood destabilization** **Action statement** ECT should be utilized for the treatment of severe and refractory bipolar depression in patients who consent and have no absolute medical contraindications.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	33
VADoD 2010	1. Electro-convulsive therapy (ECT) should be initiated in patients with severe or refractory bipolar depression who consent and have no absolute medical contraindications.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	33
VADoD 2010	**Modul E: pharmacotherapy interventions** **Electroconvulsive therapy** 1. Electroconvulsive therapy (ECT) may be considered for manic patients who are severely ill and/or whose mania is treatment resistant, those patients who express a preference for ECT and patients with severe mania during pregnancy	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren							
VADoD 2010	2. Electroconvulsive therapy (ECT) should be 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,	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	107
VADoD 2010	3. ECT for bipolar disorder is indicated as the primary therapy in the following: a) psychotic symptoms b) catatonia c) severe suicidality d) food refusal leading to nutritional compromise e) history of prior positive response to ECT	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	107
VADoD 2010	4. ECT is considered as first line therapy for the following conditions: a) need for rapid, definitive treatment response on either medical or psychiatric grounds b) risks of other treatments outweigh the risks of ECT c) adequate trial of other treatment options (including drugs) has proven ineffective d) patient preference	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	107

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen und Selbsthilfe							
DGBS 2014	**Trialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe** **Wissensvermittlung** **Trialog 6** Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten unabhängig von kommerziellen Interessen, leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein. Sie ersetzen keine Psychoedukation, sind jedoch eine sehr gute Ergänzung.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	40
DGBS 2014	**Selbsthilfe** **Selbstmanagement** **Trialog 7** Selbstmanagement sollte im therapeutischen Prozess fortlaufend gefördert werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	41
DGBS 2014	**Selbsthilfegruppen** **Trialog 8** Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden. Dabei ist die konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstellen (z. B. NAKOS, DGBS, weitere Angehörigenverbände) hilfreich. Selbsthilfegruppen sollten als therapeutische Option mehr Beachtung finden. Neben der direkten Integration in das stationäre therapeutische Angebot ist auch eine kontinuierliche Kooperation mit regionalen Gruppen oder einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen denkbar. Auf diese Weise können Selbsthilfegruppen als Element der Nachsorge zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	42

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen und Selbsthilfe							
DGBS 2014	**Trialog 9** Selbsthilfegruppen sollen durch das professionelle Hilfesystem unterstützt werden durch: ▪ Konkrete Ermutigung von Betroffenen zum Besuch von Selbsthilfegruppen, ▪ Bereitstellung von Räumen in sozialen Einrichtungen, kirchlichen Räumen, psychiatrischen Kliniken /Praxen, ▪ Aufnahme der Angebote der örtlichen Selbsthilfe in Aushänge, Flyer in sozialen Einrichtungen, kirchlichen Räumen, psychiatrischen Praxen, Kliniken, ▪ Bewusst gestaltete Übergänge von professionellen- zu Selbsthilfegruppen, ▪ Angebot von andauernder Beratung und Unterstützung in Krisen.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	n. z.	43
DGBS 2014	**Peer-Beratung** **Trialog 10** Peer-Beratung sollte bei bipolaren Patienten erprobt und auf beiden Seiten (Patient und Peer) evaluiert werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	43
DGBS 2014	**Familienhilfe** **Trialog 11** Aufgrund der starken Dynamik der bipolaren Erkrankung sind die nahen Angehörigen oft in besonderer Weise belastet. Gleichzeitig gibt es häufiger nicht nur Primär- (d. h. Eltern/Geschwister), sondern auch Sekundärfamilien (d. h. Partner/Kinder/andere Bezugspersonen). Der Erhalt dieser Beziehungen hat große prognostische Bedeutung.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	45
DGBS 2014	**Trialog 12** Angehörige sollten von Beginn an und über alle Phasen der Behandlung des Erkrankten einbezogen werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	45

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen und Selbsthilfe							
DGBS 2014	**Trialog 13** Lehnt der Patient oder der Angehörige eine Einbeziehung ab, sollte im Interesse der Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	45
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Verlaufsdiagnostik** **Diagnostik 26** Menschen mit Bipolaren Störungen wird empfohlen, Lifecharts / Stimmungs-tagebücher zu führen und ihre Selbstwahrnehmung zu schulen, und diese Informationen für Gespräche untereinander und mit den Behandlern nutzen.	n. a.	fehlt	KKP	fehlt	nein	68
DGBS 2014	**Therapie** **Grundsätzliches zur Behandlung und Behandlungsoptionen** **Behandlungsoptionen** **Unterstützende Therapieverfahren** **Kunsttherapie und Musik- und Tanztherapie** **Therapie-Grundsätzliches 11** Unterstützende Therapieverfahren (wie z. B. Entspannungs-, Bewegungs, Ergo-, Kunst- oder Musik-/Tanztherapie) sollten Bestandteil des individuellen integrierten Behandlungsplans sein. Die spezifischen Behandlungsziele sollten in Absprache mit allen Beteiligten festgelegt und im Verlauf überprüft werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	101

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse adjuvante Maßnahmen und Selbsthilfe							
NCCMH 2014	**Improving the experience of carers** **Support for carers of people with bipolar disorder** Offer a carer-focused education and support programme, which may be part of a family intervention for bipolar disorder, as early as possible to all carers. The intervention should: ▪ be available as needed ▪ have a positive message about recovery*. *Adapted from Psychosis and Schizophrenia in Adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	90
NCCMH 2014	**Psychological and psychosocial interventions for acute episodes and long-term management in adults** **Managing bipolar disorder in adults in the longer term in secondary care** Offer a family intervention to people with bipolar disorder who are living, or in close contact, with their family in line with recommendation 1.3.7.2 in the NICE clinical guideline on psychosis and schizophrenia in adults.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2014	**Management of physical health in adults** **Monitoring physical health in secondary care** People with bipolar disorder, especially those taking antipsychotics and long-term medication, should be offered a combined healthy eating and physical activity programme by their mental healthcare provider*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	279

(Fortsetzung)

Tabelle 46: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; CBT: Cognitive behavioral Treatment; DGBS: Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen; ECT: Electroconvulsive Therapy; EKT: Elektrokrampftherapie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlunsgsrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NAKOS: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; RCT: Randomized controlled Trial; rTMS: Repetitive Transkranielle Magnetstimulation

Tabelle 47: Leitlinienempfehlungen zur nichtmedikamentösen Behandlung (in der Akutphase) – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Interventions for children and young people** **Bipolar depression** Offer a structured psychological intervention (individual cognitive behavioural therapy or interpersonal therapy) to young people with bipolar depression. The intervention should be of at least 3 months' duration and have a published evidence-based* manual describing how it should be delivered. * This is defined as being based on at least one RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	303

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a." bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z." bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja" bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein" bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt" wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a."), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.") oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja" bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein" bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z." bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; RCT: Randomised controlled Trial

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Therapie** **Phasenspezifische Behandlung der akuten Manie/Hypomanie** **Pharmakotherapie** **Stimmungsstabilisierer** **Carbamazepin** **Therapie-Manie 1** Carbamazepin (Retard) sollte als Monotherapie zur Behandlung der Manie oder von Mischzuständen eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Off-Label-Use: Carbamazepin ist nicht zur Behandlung akuter Manien zugelassen. Mögliche Nebenwirkungen, insbesondere Sedierung und hohes Interaktionsrisiko, sind zu beachten.	moderat	fehlt	B	nein	ja	105
DGBS 2014	**Lamotrigin** **Therapie-Manie 2** Aufgrund der spärlichen Datenlage mit nur einer Studie mit geringer Fallzahl und ohne Placebo-Kontrolle kann aktuell zum Einsatz von Lamotrigin zur Behandlung der Manie keine Empfehlung formuliert werden. Off-Label use: Lamotrigin ist nicht zur Akutbehandlung der Manie zugelassen.	gering	nein	state-ment	nein	ja	106

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Lithium** **Therapie-Manie 3** Lithium sollte als Monotherapie zur Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Folgende Faktoren sind zu beachten: komplizierte Handhabbarkeit, insbesondere bei akut manischen Patienten (ausschließlich orale Verfügbarkeit; Erfordernis von Blutkontrollen vor Therapiebeginn und unter der Behandlung); enger Dosisbereich und Risiken bei Überdosierung; begrenzte Aufdosierungsgeschwindigkeit.	moderat	fehlt	B	nein	ja	110
DGBS 2014	**Oxcarbazepin** **Therapie-Manie 4** Aufgrund der spärlichen Datenlage mit nur einer Studie mit geringer Fallzahl und ohne Placebo-kontrolle kann aktuell zum Einsatz von Oxcarbazepin zur Behandlung der Manie keine Empfehlung formuliert werden. Off-Label Use: Oxcarbazepin ist nicht zur Akutbehandlung der Manie zugelassen.	gering	nein	state-ment	nein	ja	111
DGBS 2014	**Valproat** **Therapie-Manie 5** Valproat sollte als Monotherapie zur Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Mögliche Nebenwirkungen, vor allem gastrointestinale Beschwerden und Fatigue, sowie selten Thrombozytopenien, sind zu beachten. Einschränkend ist zu beachten, dass Valproat wegen der Teratogenität und des Risikos polyzistischer Ovarien *nicht* für Frauen im gebärfähigen Alter empfohlen wird.	moderat	fehlt	B	nein	ja	116

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Atypische Neuroleptika** **Aripiprazol** **Therapie-Manie 6** Aripiprazol sollte als Monotherapie zur Behandlung der Manie und von Mischzuständen eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Im Placebovergleich treten vermehrte Schlafstörungen, Unruhe und Akathisie mit Aripiprazol auf. Akathisie ist häufig und kann den Nutzen deutlich limitieren.	moderat	fehlt	B	nein	ja	119
DGBS 2014	**Asenapin** **Therapie-Manie 7** Asenapin kann als Monotherapie zur Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Es liegen aktuell nur zwei Studien mit kurzer Laufzeit vor. Das Risiko für unerwünschte metabolische Veränderungen scheint in dieser Kurzzeitbehandlung eher gering zu sein. Daten zur Langzeitbehandlung liegen nur aus einer Studie vor (siehe Kapitel Phasenprophylaxe), so dass im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen bei längerfristiger Einnahme noch Studienbedarf besteht.	moderat	fehlt	0	nein	ja	121
DGBS 2014	**Olanzapin** **Therapie-Manie 8** Olanzapin sollte als Monotherapie zur Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierender Faktor:** Das bei längerer Einnahme festgestellte häufigere Auftreten einer signifikanten Gewichtszunahme und die damit assoziierten Risiken müssen beachtet werden.	hoch	ja	B	nein	ja	126

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Paliperidon** **Therapie-Manie 9** Paliperidon kann als Monotherapie zur Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Off-Label-Use: Paliperidon ist nur für die Behandlung der Schizophrenie und manischer Symptome bei schizoaffektiven Störungen zugelassen. Gesetzlich krankenversicherte Patienten in Deutschland müssen bei einer ambulanten Behandlung mit Paliperidon erhebliche Zuzahlungen leisten, da nur das Festbetragsniveau von Risperidon übernommen wird (die Höhe der Zuzahlung ist abhängig von Dosierung und Packungsgröße). Weiteres: Es liegen aktuell nur zwei Studien mit kurzer Laufzeit vor. Die minimal effektive Dosis ist noch nicht hinreichend geklärt. Die Dosis von 12 mg/d, welche Placebo in der Wirksamkeit signifikant überlegen war, war mit einem erhöhten Risiko für EPMS assoziiert. Daten zur Langzeitbehandlung liegen nicht vor, so dass im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen bei längerfristiger Einnahme keine Aussage möglich ist.	moderat	fehlt	0	nein	ja	128
DGBS 2014	**Quetiapin** **Therapie-Manie 10** Quetiapin sollte in der Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Mögliche Nebenwirkungen wie Sedierung, extrapyramidale Nebenwirkungen und metabolische Veränderungen bei längerfristiger Behandlung sind zu beachten.	moderat	fehlt	B	nein	ja	133

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Risperidon** **Therapie-Manie 11** Risperidon sollte als Monotherapie zur Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Mögliche Nebenwirkungen, wie Gewichtszunahme, Prolaktinerhöhung und EPMS in höheren Dosierungen, sind zu beachten.	moderat	fehlt	B	nein	ja	135
DGBS 2014	**Ziprasidon** **Therapie-Manie 12** Ziprasidon sollte als Monotherapie zur Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Mögliche Nebenwirkungen, wie vermehrte Unruhe (fraglich Akathisie), sind zu beachten. Ziprasidon ist Mittel der nachgeordneten Wahl aufgrund initialer Hinweise auf kardiale Problem (QTc-Verlängerung).	moderat	fehlt	B	nein	ja	137
DGBS 2014	**Haloperidol** **Therapie-Manie 13** Haloperidol sollte als Monotherapie zur Behandlung der Manie in der Kurzzeittherapie eingesetzt werden. **Limitierender Faktor:** Der guten Evidenzlage für Wirksamkeit steht die hohe Nebenwirkungsrate (EPMS) gegenüber.	moderat	fehlt	B	nein	n. z.	141
DGBS 2014	**Therapie-Manie 14** Haloperidol sollte vor allem in der Notfallsituation und zur Kurzzeittherapie genutzt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	141

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Kombinationstherapien und zusätzliche Medikation** **Stimmungsstabilisierer und atypisches Neuroleptikum** **Stimmungsstabilisierer und Amisulprid** **Therapie-Manie 15** Für Amisulprid zur Behandlung der Manie liegt *kein* Wirksamkeitsnachweis aus placebo-kontrollierten Studien vor. In einer randomisierten Vergleichsstudie mit Haloperidol zeigte sich eine vergleichbare Wirksamkeit.	gering	nein	state-ment	nein	ja	143
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Pharmacological interventions** If a person develops mania or hypomania and is taking an antidepressant (as defined by the British national formulary [BNF]) as monotherapy: ▪ consider stopping the antidepressant and ▪ offer an antipsychotic as set out in recommendation 6.6.1.3 [der Leitlinie], regardless of whether the antidepressant is stopped.	n. a. n. a.	fehlt fehlt	could be used should be used	nein ja	n. z. n. z.	174 174
NCCMH 2014	If a person develops mania or hypomania and is not taking an antipsychotic or mood stabiliser, offer haloperidol, olanzapine, quetiapine or risperidone, taking into account any advance statements, the person's preference and clinical context (including physical comorbidity, previous response to treatment and side effects). Follow the recommendations on using antipsychotics in section 7.6. [der Leitlinie]	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	174
NCCMH 2014	If a person develops mania or hypomania and is taking an antidepressant (as defined by the BNF) in combination with a mood stabiliser, consider stopping the antidepressant.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	175
NCCMH 2014	If the person is already taking lithium, check plasma lithium levels to optimise treatment (see section 7.6.17.6.1 [der Leitlinie]). Consider adding haloperidol, olanzapine, quetiapine or risperidone, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a. n. a.	fehlt fehlt	should be used could be used	ja nein	n. z. n. z.	175 175

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
NCCMH 2014	If the person is already taking valproate or another mood stabiliser as prophylactic treatment, consider increasing the dose, up to the maximum level in the BNF if necessary, depending on clinical response.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	175
	If there is no improvement, consider adding haloperidol, olanzapine, quetiapine or risperidone, depending on the person's preference and previous response to treatment. Follow the recommendations on using antipsychotics in section 7.6.1. [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	175
NCCMH 2014	If the clinical presentation is of a mixed affective state, characterised by both manic and depressive symptoms, follow recommendations 6.6.1.1– 6.6.1.8 [der Leitlinie] for the treatment of mania, and monitor closely for the emergence of depression.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	175
NCCMH 2014	Do not offer lamotrigine to treat mania.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	175
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Is patient taking antidepressant or mania-inducing medication? Reduce/Stop antidepressant medications** **Action statement** Stop manic-inducing medications in patients who are experiencing a manic, hypomanic or mixed manic episode.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	5
VADoD 2010	5. Antidepressants or other manic inducing substances should be stopped in patients experiencing a manic, hypomanic, or mixed manic episode.	n. z.	fehlt	B	nein	ja	5

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
VADoD 2010	6. Antidepressant medications known to be associated with discontinuation syndromes may be tapered over 3 to 5 days rather than being abruptly stopped. The most common discontinuation symptoms include: ▪ dizziness ▪ headache ▪ paresthesia ▪ nausea ▪ diarrhea ▪ insomnia ▪ irritability	II	nein	C	nein	ja	5
VADoD 2010	**Modify dose of medication as needed** **Action statement** Adjust anti-manic agents to minimize adverse effects while maximizing clinical effectiveness and maintaining therapeutic plasma concentrations when those are known.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	11
VADoD 2010	1. If patient is having intolerable side effects switch to another effective treatment.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	11
VADoD 2010	3. Medications without known therapeutic plasma concentrations should be increased until significant improvement is seen, side effects become intolerable or the dose reaches the manufacturer's suggested upper limits.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	11
VADoD 2010	**Initiate/Adjust treatment with an anti-maniac medication** **General considerations** **Action statement** Patients with mania/hypomania or mixed episode should be started on a medication proven to effectively treat manic and mixed manic symptoms.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	12

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
VADoD 2010	1. Pharmacotherapy for bipolar mania or mixed episode should start with initiation or optimization of a medication that has been shown to be the most effective in treating bipolar manic episodes while minimizing the potential risks. (see Table A -2 [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	12
	Table A-2. Effectiveness of medication in bipolar mania/hypomania or mixed episode						
	Mania	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	13
	Likely to be beneficial:						
	▪ Lithium, valproate, carbamazepine, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, or ziprasidone						
	▪ Combining (lithium or valproate) with aripiprazole, olanzapine, quetiapine, or risperidone	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	13
	Trade off between benefit and harm:						
	▪ Clozapine	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	13
	▪ Oxcarbazepine	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	13
	Unlikely to be beneficial or may be harmful:						
	▪ Lamotrigine	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	13
	▪ Topiramate	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	13
	▪ Gabapentin	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	13
	▪ Antidepressant monotherapy	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	13

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
VADoD 2010 (Forts.)	**Mixed episode** **Likely to be beneficial:** Valproate, carbamazepine, aripiprazole, olanzapine, risperidone, or ziprasidone.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	13
	Trade off between benefit and harm:						
	▪ Clozapine	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	13
	▪ Oxcarbazepine	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	13
	▪ Quetiapine	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	13
	▪ Lithium	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	13
	Unlikely to be beneficial or may be harmful:						
	▪ Lamotrigine	n. a.	fehlt	D	ja	n. z.	13
	▪ Topiramate	n. a.	fehlt	D	ja	n. z.	13
	▪ Gabapentin	n. a.	fehlt	D	ja	n. z.	13
VADoD 2010	2. Consider using the agent(s) that have been effective in treating prior episodes of mania or mixed episode.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	12
VADoD 2010	3. Ensure that the patient has stopped taking any antidepressant or mania inducing substances.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	12
VADoD 2010	**Mania** 6. Patients with mania should be started on one of the following: lithium, valproate, carbamazepine, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, or ziprasidone.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	12
VADoD 2010	**Mixed episode** 7. Patients with mixed episode should be started on one of the following: valproate, carbamazepine olanzapine, aripiprazole, risperidone, or ziprasidone.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	12
VADoD 2010	8. Clozapine, haloperidol and oxcarbazepine may be considered in patients with mania or mixed episode.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	13

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
VADoD 2010	9. Lithium, or quetiapine may be considered in patients with mixed episode.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	13
VADoD 2010	10. Medications NOT recommended in patients with mania or mixed episode include topiramate, lamotrigine, and gabapentin.	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	13
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Pharmakotherapie** **Allgemeine (substanzunabhängige) Empfehlungen zur Pharmakotherapie bipolarer Depresionen** **Therapie-Depression 1** Bei der Auswahl eines Pharmakons für die Akutbehandlung einer bipolaren Depression sollte dessen Eignung für die (phasenprophylaktische) Langzeitbehandlung mitbedacht werden, da bei den meisten Patienten mit bipolar-affektiver Erkrankung eine Indikation für eine phasenprophylaktische Langzeitmedikation besteht (siehe Abschnitt Phasenprophylaxe [der Leitlinie]).	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	179
DGBS 2014	**Therapie-Depression 2** Bei der Indikation für die medikamentöse Behandlung einer bipolaren Depression ist der Schweregrad der depressiven Episode zu berücksichtigen.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	179
DGBS 2014	**Therapie-Depression 3** Bei einer leichten depressiven Episode besteht nur in Ausnahmefällen die Indikation zu einer depressionsspezifischen Pharmakotherapie, da hier Risiken und Nebenwirkungen den erhofften Nutzen überwiegen. Psychoedukation, psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne, Anleitung zum Selbstmanagement und Einbeziehung von Selbsthilfegruppen stehen im Vordergrund.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	179

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
DGBS 2014	**Therapie-Depression 4** Für eine akut-antidepressive Pharmakotherapie bei einer leichten depressiven Episode können u. a. sprechen: ▪ Wunsch/Präferenz des Patienten; ▪ positive Erfahrung des Patienten mit gutem Ansprechen aufeine medikamentöse Therapie in der Vergangenheit; ▪ Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen; ▪ Episoden mittelgradiger oder schwerer Depression in derVorgeschichte des Patienten; ▪ rasche Symptomprogredienz als Hinweis auf eine sichmöglicherweise entwickelnde schwere depressive Episode; ▪ psychiatrische Komorbidität.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	179
DGBS 2014	**Therapie-Depression 5** Wenn bei einem Patienten mit einer akuten bipolaren Depression eine Phasenprophylaxe besteht, dann ist es sinnvoll, diese bezüglich Dosis und ggf. Serumspiegel zu optimieren. Besteht keine Phasenprophylaxe, ist es sinnvoll, zu prüfen, ob eine Indikation besteht und diese ggf. in der akuten depressiven Phase zu beginnen.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	179
DGBS 2014	**Therapie-Depression 6** Bei einer mittelgradigen Episode einer bipolaren Depression stellt die depressionsspezifische pharmakotherapeutische Behandlung eine wesentliche Option dar.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	180
DGBS 2014	**Therapie-Depression 7** Eine schwere Episode einer bipolaren Depression sollte pharmakotherapeutisch behandelt werden (siehe spezifische Empfehlungen und Therapiealgorithmus).	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	180

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
DGBS 2014	**Antidepressiva in Mono- oder Kombinationstherapie** **Empfehlungen Monotherapie mit Antidepressivum** **Therapie-Depression 11** Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung dahingehend, ob in der Akutbehandlung einer bipolaren Depression ein Antidepressivum in Monotherapie gegeben werden kann oder nicht (placebo-kontrollierte Ergebnisse liegen nur für Fluoxetin (positiv) und für Paroxetin (negativ) vor).	gering	nein	state-ment	nein	nein	191
DGBS 2014	**Therapie-Depression 12** Auf Basis direkt vergleichender Studien kann in der Gruppe der Antidepressiva im Hinblick auf die Wirksamkeit keine Empfehlung für ein bestimmtes Präparat zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression gegeben werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	192
DGBS 2014	**Therapie-Depression 13** Im Verlauf einer bipolaren Depression kann es zum relativ plötzlichen Umschlagen der Symptomatik in eine manische oder gemischte Episode kommen. Es ist unklar, welchen Anteil am Risiko eines solchen Umschlagens die Gabe von Antidepressiva überhaupt die Wahl des Wirkstoffs und die Dauer der Behandlung sowie prädisponierende Faktoren des Patienten haben.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	192
DGBS 2014	**Therapie-Depression 14** Die verfügbare Datenlage spricht dafür, dass die Behandlung einer bipolaren Depression mit Fluoxetin, Paroxetin oder Bupropion nicht mit einem erhöhten Risiko für ein Umschlagen der Symptomatik in eine Manie oder gemischte Episode einhergeht.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	192
DGBS 2014	**Therapie-Depression 15** Die verfügbare Evidenz legt ein erhöhtes Risiko des Umschlagens einer bipolaren Depression in eine manische oder gemischte Episode unter einer Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva im Vergleich zu Placebo nahe.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	192

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
DGBS 2014	**Therapie-Depression 16** Trotz der erwähnten Unsicherheit sollten mit Blick auf das Risiko eines Umschlagens einer bipolaren Depression in eine manische oder gemischte Episode SSRI (positive Ergebnisse liegen für Fluoxetin und Sertralin vor) gegenüber Venlafaxin und trizyklischen Antidepressiva sowie Bupropion gegenüber Venlafaxin bevorzugt werden.	gering	nein	B	nein	n. z.	192
DGBS 2014	**Therapie-Depression 17** Bei der Abwägung, ob zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression ein trizyklisches Antidepressivum eingesetzt werden soll, ist es wichtig, dass folgende individuelle Aspekte berücksichtigt werden: ▪ Patientenpräferenz nach umfassender Aufklärung und Information ▪ Risiko für Switch höher bei höherer Anzahl und höherem Schweregrad bisheriger Manien oder gemischter Episoden ▪ Manieinduktion unter Antidepressiva in der Behandlungsanamnese ▪ Bisherige Wirksamkeit und Verträglichkeit trizyklischer Antidepressiva ▪ Vorerfahrungen mit und Verfügbarkeit von Behandlungsalternativen ▪ Komorbidität des Patienten, die eine Medikation mit einem trizyklischen Antidepressivum zum Risiko macht (s. allgemeine Einleitung zu den Medikamenten).	gering	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	193
DGBS 2014	**Monotherapie mit Antidepressivum vs. Monotherapie mit Stimmungsstabilisierer** **Therapie-Depression 18** Aufgrund der spärlichen Datenlage zum Vergleich von Antidepressiva und Stimmungsstabilisierern in der Monotherapie kann keine Empfehlung bezüglich einer Bevorzugung einer der Klassen gegeben werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	193

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
DGBS 2014	**Monotherapie mit Antidepressivum vs. Monotherapie mit Stimmungsstabilisierer** **Therapie-Depression 19** Lediglich bei Patienten mit einer Depression im Rahmen einer Bipolar-II-Erkrankung kann auf der Grundlage einer einzelnen Studie Venlafaxin bei Hinweisen auf eine stärkere Wirksamkeit gegenüber Lithium bevorzugt werden. Zwei stimmberechtigte Mitglieder der Konsensuskonferenz konnten sich dem Konsens für die offene Empfehlung nicht anschließen (Veto), da die Datenlage für eine solche Empfehlung als nicht ausreichend eingeschätzt wurde.	n. z.	fehlt	0	nein	n. z.	193
DGBS 2014	**Stimmungsstabilisierer in Monotherapie** **Carbamazepin** **Therapie-Depression 22** Carbamazepin kann zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression eingesetzt werden. Limitierende Faktoren**:** Off-Label-Use: Carbamazepin ist nicht zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression zugelassen. Mögliche Nebenwirkungen, insbesondere Sedierung und hohes Interaktionsrisiko, sind zu beachten.	moderat	fehlt	0	nein	ja	195

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
DGBS 2014	**Lamotrigin** **Therapie-Depression 23** Lamotrigin kann zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression eingesetzt werden, jedoch ist zu bedenken, dass aufgrund der Erfordernis des sehr langsamen Aufdosierens eine Wirkung erst nach mehreren Wochen zu erwarten ist. Limitierende Faktoren: Off-Label-Use: Lamotrigin ist nicht zur Akutbehandlung der bipolaren Depression zugelassen.	moderat	fehlt	0	nein	ja	197
DGBS 2014	**Lithium** **Therapie-Depression 24** Abratend: Lithium kann als alleinige Medikation nicht zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression empfohlen werden.	gering	nein	0	nein	ja	201
DGBS 2014	**Valproat** **Therapie-Depression 25** Abratend: Valproinsäure kann nicht zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression empfohlen werden, da Hinweise auf eine akut-antidepressive Wirkung fehlen.	n. a.	fehlt	0	nein	nein	201
DGBS 2014	**Atypische Neuroleptika in Monotherapie** **Aripiprazol** **Therapie-Depression 26** Abratend: Aripiprazol kann derzeit nicht zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression empfohlen werden.	n. a.	fehlt	0	nein	ja	202

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
DGBS 2014	**Atypische Neuroleptika in Monotherapie** **Olanzapin** **Therapie-Depression 27** Olanzapin kann in Monotherapie zur Akutbehandlung der bipolaren Depression eingesetzt werden. Die Wirksamkeit konnte bei Bipolar-I-Patienten nachgewiesen werden. Limitierende Faktoren: Off-Label-Use: Olanzapin ist nicht zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression zugelassen. Das bei längerer Einnahme festgestellte häufigere Auftreten einer signifikanten Gewichtszunahme und die damit assoziierten Risiken müssen beachtet werden.	moderat	fehlt	0	nein	ja	205
DGBS 2014	**Quetiapin** **Therapie-Depression 28** Quetiapin sollte als Monotherapie zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression eingesetzt werden. Limitierende Faktoren: Mögliche Arzneimittelnebenwirkungen wie Sedierung, extrapyramidale Nebenwirkungen und Gewichtszunahme müssen berücksichtigt werden.	hoch	ja	B	nein	ja	209

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Pharmacological interventions** If a person develops moderate or severe bipolar depression and is not taking a drug to treat their bipolar disorder, offer fluoxetine* combined with olanzapine, or quetiapine on its own, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176
	▪ If the person prefers, consider either olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine on its own.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176
	▪ If there is no response to fluoxetine combined with olanzapine, or quetiapine, consider lamotrigine on its own. Follow the recommendations on using antipsychotics and lamotrigine in section 7.6.1 [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176
NCCMH 2014	If a person develops moderate or severe bipolar depression and is already taking lithium, check their plasma lithium level. If it is inadequate, increase the dose of lithium; if it is at maximum level, add either fluoxetine combined with olanzapine or add quetiapine, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177
	▪ If the person prefers, consider adding olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine to lithium.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176/ 177
	▪ If there is no response to adding fluoxetine combined with olanzapine, or adding quetiapine, stop the additional treatment and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177
	consider adding lamotrigine to lithium.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176/ 177
	▪ Follow the recommendations in section 7.6.1 [der Leitlinie] on using lithium, antipsychotics and lamotrigine.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
NCCMH 2014	If a person develops moderate or severe bipolar depression and is already taking valproate, consider increasing the dose within the therapeutic range.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177
	If the maximum tolerated dose, or the top of the therapeutic range, has been reached and there is a limited response to valproate, add fluoxetine combined with olanzapine or add quetiapine, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	177
	Follow the recommendations in section 7.6.1 [der Leitlinie] on using valproate, antipsychotics and lamotrigine.						
	▪ If the person prefers, consider adding olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine to valproate.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177
	▪ If there is no response to adding fluoxetine combined with olanzapine, or adding quetiapine, stop the additional treatment	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	177
	and consider adding lamotrigine to valproate.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Pharmacotherapy for bipolar depression** **General considerations** **Action statement**						
	Patients with a bipolar depressive episode should be treated with medications that have demonstrated efficacy in treating that depressive episode while minimizing the risk of inducing a manic, hypomanic or mixed manic episode.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	25
VADoD 2010	1. Pharmacotherapy for bipolar depression should start with initiation or optimization of a medication that has been shown to be the most effective in treating bipolar depressive episodes, while minimizing the potential risks. (See Table B-2 [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	25

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
VADoD 2010 (Forts.)	**Table B-2: Effectiveness od medication in acute bipolar depression**						
	Likely to be Beneficial:						
	▪ Lithium	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
	▪ Quetiapine (in BD types I & II)	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	26
	▪ Lithium with adjuctive lamotrigine	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	26
	Trade off between Benefit and Harm:						
	▪ Olanzapine/Fluoxetine	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
	▪ Olanzapine	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	26
	▪ Lamotrigine	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
	▪ Augmentation with SSRI, SNRI, buproprion, and MAOI	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	26
	Unkown:						
	▪ Carbamazepine	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	26
	▪ Clozapine						
	▪ Haloperidol						
	▪ Oxcarbazepine						
	▪ Risperidone						
	▪ Topiramate						
	▪ Valproate						
	▪ Ziprasidone						
	Unlikely to Be Beneficial or May be Harmful:						
	▪ Aripiprazole monotherapy	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26
	▪ Gabapentin	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26
	▪ Antidepressant monotherapy	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
VADoD 2010	2. Consider using the agent(s) that have been effective in treating prior episodes of depression.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	25
VADoD 2010	3. The risk for mood destabilization or switching to mania should be evaluated and the patient should be monitored closely for emergent symptoms after initiation of pharmacotherapy for a depressive episode.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	25
VADoD 2010	4. For patients with BD depression with psychotic features, an antipsychotic medication should be started.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	25
VADoD 2010	**Monotherapy**						
	8. Quetiapine,	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	26
	lamotrigine,	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
	or lithium	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
	monotherapy should be considered as first-line treatment for adult patients with BD depression.						
VADoD 2010	10. Olanzapine alone may be considered for BD depression, but adverse effects require caution.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	26
VADoD 2010	11. There is insufficient evidence to recommend for or against the use of valproate, carbamazepine, topiramate, risperidone, ziprasidone, or clozapine for BD depression.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	26
VADoD 2010	12. Aripiprazole NOT recommended for monotherapy in the treatment of acute bipolar depression, unless there is a history of previous good response during depression without switch to mania or a history of treatment refractory depression.	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26
VADoD 2010	**Combination strategies**						
	17. Gabapentin and the tricyclic antidepressants (TCAs) are NOT recommended for monotherapy or augmentation in the treatment of acute bipolar depression, unless there is a history of previous good response during depression without switch to mania or a history of treatment refractory depression.	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26

(Fortsetzung)

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
VADoD 2010	**Modify dose or medication of indicated, using medications effective for bipolar depression** 1. If patient is having intolerable side effects switch to another effective treatment	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	27
VADoD 2010	5. Medications without known therapeutic plasma concentrations should be increased until significant improvement is seen, side effects become intolerable or the dose reaches the manufacturer's suggested upper limits.	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	27

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a." bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z." bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja" bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein" bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt" wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a."), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.") oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja" bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein" bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z." bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü." wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; BNF: British National Formulary; EPMS: Extrapyramidalmotorisches Symptom; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MAOI: Monoamine Oxidase Inhibitors; n. a.: nicht angegeben; n. ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; QTc : frequenzkorrigierte QT-Zeit; SNI: Serotonin norepinephrine reuptake Inhibitors; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors ;TCAs: tricyclic Antidepressants; UK: United Kingdom

Tabelle 49: Leitlinienempfehlungen zur medikamentösen Behandlung – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Interventions for children and young people** **Mania**						
	To treat mania or hypomania in young people see NICE's technology appraisal guidance on aripiprazole for treating moderate to severe manic episodes in adolescents with bipolar I disorder and also	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	303
	consider the recommendations for adults in section 6.6.1.[der Leitlinie]	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	303
	Refer to the BNF for children to modify drug treatments, be aware of the increased potential for a range of side effects, and do not routinely continue antipsychotic treatment for longer than 12 weeks.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	303
NCCMH 2014	Do not offer valproate to girls or young women of childbearing potential.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	303

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a." bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z." bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja" bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein" bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt" wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a."), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.") oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja" bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein" bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z." bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

BNF: British National Formulary; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Manie/Hypomanie** **Pharmakotherapie** **Kombinationstherapien und zusätzliche Medikation** **Stimmungsstabilisierer und atypisches Neuroleptikum** **Stimmungsstabilisierer und Aripiprazol** **Therapie-Manie 16** Aripiprazol kann *zusätzlich* zu einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Lithium oder Valproat in der Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierender Faktor:** Akathisie ist häufig und kann den Nutzen deutlich limitieren.	gering	nein	0	nein	ja	144
DGBS 2014	**Stimmungsstabilisierer und Olanzapin** **Therapie-Manie 17** Olanzapin sollte in der Akutbehandlung *zusätzlich* zu einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Valproat oder Lithium in der Behandlung der Manie (auch der gereizten Manie) eingesetzt werden. **Limitierender Faktor:** Das Risiko einer Gewichtszunahme bei langfristiger Einnahme ist individuell zu berücksichtigen.	moderat	fehlt	B	nein	ja	147

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Stimmungsstabilisierer und Quetiapin** **Therapie-Manie 18** Quetiapin kann *zusätzlich* zu einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Lithium oder Valproat in der Behandlung der Manie eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Mögliche Nebenwirkungen, wie Sedierung, extrapyramidale Nebenwirkungen und Gewichtszunahme, sind zu beachten.	gering	nein	0	nein	ja	149
DGBS 2014	**Stimmungsstabilisierer und Risperidon** **Therapie-Manie 19** Risperidon sollte zusätzlich zu einer bestehenden Phasenprophylaxe mit Lithium oder Valproat in der Behandlung der Manie eingesetzt werden. Limitierende Faktoren: Mögliche Nebenwirkungen, wie Gewichtszunahme, Prolaktinerhöhung und EPMS in höheren Dosierungen, sind zu beachten.	moderat	fehlt	B	nein	ja	152
DGBS 2014	**Zwei Stimmungsstabilisierer – Lithium und ein anderer Stimmungsstabilisierer** **Therapie-Manie 20** Aufgrund der spärlichen und widersprüchlichen Datenlage lässt sich derzeit keine Empfehlung zu einer Kombinationstherapie verschiedener Stimmungsstabilisierer in der Akuttherapie der Manie formulieren.	gering	nein	state-ment	nein	ja	154

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Stimmungsstabilisierer mit weiteren Psychopharmaka** **Lithium und Allopurinol** **Therapie-Manie 21** Allopurinol kann zusätzlich zu Lithium allein oder in Kombination mit Haloperidol in der Behandlung der akuten Manie eingesetzt werden. Limitierende Faktoren: Off-Label-Use: Allopurinol ist nicht für die Behandlung affektiver Erkrankungen zugelassen. Weiterer zu beachtender Faktor ist die fehlende klinische Erfahrung.	gering	nein	0	nein	ja	155
DGBS 2014	**Valproat und Levetiracetam** **Therapie-Manie 22** Abratend: Die Gabe von Levetiracetam in der Behandlung der akuten Manie zusätzlich zu Valproat kann nicht empfohlen werden.	gering	nein	0	nein	ja	157
DGBS 2014	**Lithium bzw. Valproat und Topiramat** **Therapie-Manie 23** Abratend: Wegen fehlender Wirksamkeit sollte Topiramat nicht *zusätzlich* zu Lithium oder Valproat zur Behandlung der akuten Manie eingesetzt werden.	moderat	fehlt	B	nein	ja	158
DGBS 2014	**Lithium bzw. Valproat bzw. deren Kombination und Gabapentin** **Therapie-Manie 24** Abratend: Die Gabe von Gabapentin zusätzlich zu Lithium und/oder Valproat zur Behandlung der Manie kann nicht empfohlen werden.	gering	nein	0	nein	ja	159

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
DGBS 2014	**Einsatz von Benzodiazepinen** **Therapie-Manie 25** Benzodiazepine können unterstützend zur Reduktion einer Agitiertheit im Rahmen einer manischen Episode gegeben werden. Wegen des Abhängigkeitsrisikos soll die Behandlung jedoch nur zeitlich eng begrenzt erfolgen.	n. a.	fehlt	0	nein	ja	162
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Pharmacological interventions**						
	If the person is already taking lithium, check plasma lithium levels to optimise treatment (see section 7.6.17.6.1 [der Leitlinie]).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	175
	Consider adding haloperidol, olanzapine, quetiapine or risperidone, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	175
NCCMH 2014	If the person is already taking valproate or another mood stabiliser as prophylactic treatment, consider increasing the dose, up to the maximum level in the BNF if necessary, depending on clinical response.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	175
	If there is no improvement, consider adding haloperidol, olanzapine, quetiapine or risperidone, depending on the person's preference and previous response to treatment. Follow the recommendations on using antipsychotics in section 7.6.1. [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	175
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Initiate/Adjust treatment with combinaton of anti-psychotic and anti-maniac medications** **Action statement**						
	Patients with severe mania or mixed episode, with or without psychotic features, should be started on a combination of an antipsychotic and another anti-manic agent.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	8

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
VADoD 2010	1. Patients with severe mania should be treated with a combination of antipsychotics and lithium or valproate. These antipsychotics include olanzapine, quetiapine, aripiprazole, or risperidone	n. z.	fehlt	B	nein	ja	8
	and may include and ziprasidone.	n. z.	fehlt	I	nein	ja	8
VADoD 2010	2. Patients with severe mixed episode should be treated with a combination of antipsychotics and lithium or valproate. These antipsychotics include aripiprazole, olanzapine, risperidone, or haloperidol	I	ja	B	nein	ja	9
	and may include quetiapine or ziprasidone.	III	nein	I	nein	ja	9
VADoD 2010	3. Clozapine, with its more serious side effect profile, may be added to existing medications for severe mania or mixed episode if it has been successful in the past or if other antipsychotics have failed.	III	nein	I	nein	ja	9
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Initiate/Adjust treatment with an anti-maniac medication** **General considerations** 1. Pharmacotherapy for bipolar mania or mixed episode should start with initiation or optimization of a medication that has been shown to be the most effective in treating bipolar manic episodes while minimizing the potential risks. (see Table A – 2 [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	12

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten (Hypo-)Manie und der gemischten Episode							
VADoD 2010 (Forts.)	**Table A-2. Effectiveness of medication in bipolar mania/hypomania or mixed episode**						
	Mania						
	Likely to be beneficial:						
	▪ Lithium, valproate, carbamazepine, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, or ziprasidone	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	13
	▪ Combining (lithium or valproate) with aripiprazole, olanzapine, quetiapine, or risperidone	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	13
	Trade off between benefit and harm:						
	▪ Clozapine	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	13
	▪ Oxcarbazepine	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	13
	Unlikely to be beneficial or may be harmful:						
	▪ Lamotrigine	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	13
	▪ Topiramate	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	13
	▪ Gabapentin	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	13
	▪ Antidepressant monotherapy	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	13

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Pharmakotherapie** **Antidepressiva in Mono- oder Kombinationstherapie** **Kombinationsbehandlung bzw. zusätzliche Gabe einer zweiten Substanz** **Therapie-Depression 20** Medikamentöse Kombinationsbehandlungen der bipolaren Depression sind trotz großer Praxisrelevanz bislang nur unzureichend untersucht, so dass keine Empfehlung formuliert werden kann.	n. z.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	193
DGBS 2014	**Therapie-Depression 21** Bei Patienten mit bipolarer Depression, die bereits mit einem Stimmungsstabilisierer vorbehandelt sind, wurde nur in einer Studie mit methodischen Mängeln die zusätzliche Gabe eines weiteren Stimmungsstabilisierers (Lithium bzw. Valproinsäure) mit der eines Antidepressivums (Paroxetin) zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression verglichen. Auf der Grundlage dieser spärlichen Daten kann keine Empfehlung für die Bevorzugung eines zusätzlichen (zweiten) Stimmungsstabilisierers gegenüber der eines zusätzlichen Antidepressivums gegeben werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	194
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Pharmacological interventions** If a person develops moderate or severe bipolar depression and is not taking a drug to treat their bipolar disorder, offer fluoxetine combined with olanzapine, or quetiapine on its own, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176
	▪ If the person prefers, consider either olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine on its own.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176
	▪ If there is no response to fluoxetine combined with olanzapine, or quetiapine, consider lamotrigine on its own. Follow the recommendations on using antipsychotics and lamotrigine in section 7.6.1 [der Leitlinie]	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
NCCMH 2014	If a person develops moderate or severe bipolar depression and is already taking lithium, check their plasma lithium level. If it is inadequate, increase the dose of lithium; if it is at maximum level, add either fluoxetine combined with olanzapine or add quetiapine, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177
	▪ If the person prefers, consider adding olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine to lithium.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176/ 177
	▪ If there is no response to adding fluoxetine combined with olanzapine, or adding quetiapine, stop the additional treatment and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177
	consider adding lamotrigine to lithium.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176/ 177
	▪ Follow the recommendations in section 7.6.1 [der Leitlinie] on using lithium, antipsychotics and lamotrigine.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177
NCCMH 2014	If a person develops moderate or severe bipolar depression and is already taking valproate, consider increasing the dose within the therapeutic range.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177
	If the maximum tolerated dose, or the top of the therapeutic range, has been reached and there is a limited response to valproate, add fluoxetine combined with olanzapine or add quetiapine, depending on the person's preference and previous response to treatment. Follow the recommendations in section 7.6.1 [der Leitlinie] on using valproate, antipsychotics and lamotrigine.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	177
	▪ If the person prefers, consider adding olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine to valproate.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177
	▪ If there is no response to adding fluoxetine combined with olanzapine, or adding quetiapine, stop the additional treatment	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	177
	and consider adding lamotrigine to valproate.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
NCCMH 2014	Follow the recommendations on using antipsychotics in section 7.6.1 [der Leitlinie] and be aware of the potential interactions between valproate and fluoxetine, lamotrigine and olanzapine.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	177
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Pharmacotherapy for bipolar depression** **General considerations** 1. Pharmacotherapy for bipolar depression should start with initiation or optimization of a medication that has been shown to be the most effective in treating bipolar depressive episodes, while minimizing the potential risks. (See Table B-2 [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	25

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
VADoD 2010 (Forts.)	**Table B-2: Effectiveness od medication in acute bipolar depression**						
	Likely to be Beneficial:						
	▪ Lithium	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
	▪ Quetiapine (in BD types I & II)	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	26
	▪ Lithium with adjuctive lamotrigine	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	26
	Trade off between Benefit and Harm:						
	▪ Olanzapine/Fluoxetine	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
	▪ Olanzapine	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	26
	▪ Lamotrigine	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
	▪ Augmentation with SSRI, SNRI, buproprion, and MAOI	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	26
	Unkown:						
	▪ Carbamazepine	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	26
	▪ Clozapine						
	▪ Haloperidol						
	▪ Oxcarbazepine						
	▪ Risperidone						
	▪ Topiramate						
	▪ Valproate						
	▪ Ziprasidone						
	Unlikely to Be Beneficial or May be Harmful:						
	▪ Aripiprazole monotherapy	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26
	▪ Gabapentin	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26
	▪ Antidepressant monotherapy	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Behandlung der akuten bipolaren Depression							
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Pharmacotherapy for bipolar depression** **General considerations** 5. Consider adding one of the evidence based psychotherapeutic interventions to improve adherence and patient outcome. (See Module D: Psychosocial Interventions [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	25
VADoD 2010	**Monotherapy** 9. Olanzapine/fluoxetine combination (OFC) should be considered for treatment of BD depression, but its adverse effects (weight gain, risk of diabetes, hypertriglyceridemia) places this combination as a second-line treatment.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	26
VADoD 2010	**Combination strategies** 15. Clozapine may be considered for augmentation, using caution regarding metabolic or other adverse effects.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	26
VADoD 2010	16. There is insufficient evidence to recommend for or against use of augmentation with aripiprazole, olanzapine, risperidone, haloperidol, oxcarbazepine, topiramate, ziprasidone, valproate, or carbamazepine for the treatment of bipolar depression.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	26
VADoD 2010	17. Gabapentin and the tricyclic antidepressants (TCAs) are NOT recommended for monotherapy or augmentation in the treatment of acute bipolar depression, unless there is a history of previous good response during depression without switch to mania or a history of treatment refractory depression.	n. z.	fehlt	D	ja	n. z.	26

(Fortsetzung)

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; BNF: British National Formulary; EPMS: Extrapyramidalmotorisches Symptom; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MDD: Major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; MAOI: Monoamine Oxidase Inhibitor; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; SNRI: Serotonin norepinephrine reuptake Inhibitors; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors

Tabelle 51: Leitlinienempfehlungen zu Kombinationsbehandlungen – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Interventions for children and young people** **Bipolar depression** If the young person's bipolar depression is moderate to severe, consider a pharmacological intervention in addition to a psychological intervention.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	304

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a." bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z." bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja" bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein" bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt" wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a."), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.") oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja" bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein" bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z." bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 52: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Pharmakotherapie** **Allgemeine (substanzunabhängige) Empfehlungen zur Pharmakotherapie bipolarer Depresionen** **Therapie-Depression 4** Für eine akut-antidepressive Pharmakotherapie bei einer leichten depressiven Episode können u. a. sprechen: ▪ Wunsch/Präferenz des Patienten; ▪ positive Erfahrung des Patienten mit gutem Ansprechen aufeine medikamentöse Therapie in der Vergangenheit; ▪ Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen; ▪ Episoden mittelgradiger oder schwerer Depression in derVorgeschichte des Patienten; ▪ rasche Symptomprogredienz als Hinweis auf eine sichmöglicherweise entwickelnde schwere depressive Episode; ▪ psychiatrische Komorbidität.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	179
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen** **Komorbidität** **Psychiatrische Komorbidität** **Therapie-spezifisch 28** Komorbidität mit Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen kommt sehr häufig vor. Bei der Therapieplanung ist es wichtig, im Einzelfall vorliegende komorbide psychische Störungen hinreichend zu berücksichtigen und das therapeutische Vorgehen anzupassen.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	324

(Fortsetzung)

Tabelle 52: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – psychische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Initiate/Adjust treatment with an anti-maniac medication** **General considerations** 4. In selecting a drug treatment regimen for patients with bipolar disorder, clinicians should be aware of the patient's other psychiatric and medical conditions and should try to avoid exacerbating them.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	12
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Pharmacotherapy for bipolar depression** **General considerations** 6. In selecting a drug treatment regimen for patients with bipolar disorder, clinicians should be aware of the patient's other psychiatric and medical conditions and should try to avoid exacerbating them.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	26

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a." bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z." bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja" bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein" bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt" wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a."), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.") oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja" bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein" bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z." bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 53: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Pharmakotherapie** **Antidepressiva in Mono- oder Kombinationstherapie** **Empfehlungen Monotherapie mit Antidepressivum** **Therapie-Depression 17** Bei der Abwägung, ob zur Akutbehandlung einer bipolaren Depression ein trizyklisches Antidepressivum eingesetzt werden soll, ist es wichtig, dass folgende individuelle Aspekte berücksichtigt werden: ▪ Patientenpräferenz nach umfassender Aufklärung und Information ▪ Risiko für Switch höher bei höherer Anzahl und höherem Schweregrad bisheriger Manien oder gemischter Episoden ▪ Manieinduktion unter Antidepressiva in der Behandlungsanamnese ▪ Bisherige Wirksamkeit und Verträglichkeit trizyklischer Antidepressiva ▪ Vorerfahrungen mit und Verfügbarkeit von Behandlungsalternativen ▪ Komorbidität des Patienten, die eine Medikation mit einem trizyklischen Antidepressivum zum Risiko macht (s. allgemeine Einleitung zu den Medikamenten).	gering	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	193

(Fortsetzung)

Tabelle 53: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen Komorbidität** **Somatische Komorbidität** **Therapie-spezifisch 29** Komorbidität mit somatischen Erkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, metabolisches Syndrom bzw. Diabetes mellitus, muskuloskeletale Erkrankungen und Migräne kommt sehr häufig vor. Bei der Therapieplanung ist es wichtig, im Einzelfall vorliegende komorbide somatische Erkrankung hinreichend zu berücksichtigen und das therapeutische Vorgehen anzupassen. Präventive Ansätze, inklusive Früherkennungsmaßnahmen für häufige komorbide somatische Erkrankungen, sollten auf die besonderen Bedürfnisse bipolarer Patienten (wenn diese im speziellen Fall eine wesentliche Rolle spielen) ausgerichtet werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	326
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Initiate/Adjust treatment with an anti-maniac medication** **General considerations** 4. In selecting a drug treatment regimen for patients with bipolar disorder, clinicians should be aware of the patient's other psychiatric and medical conditions and should try to avoid exacerbating them.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	12
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Pharmacotherapy for bipolar depression** **General considerations** 6. In selecting a drug treatment regimen for patients with bipolar disorder, clinicians should be aware of the patient's other psychiatric and medical conditions and should try to avoid exacerbating them.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	26

(Fortsetzung)

Tabelle 53: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – somatische Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Pharmacotherapy for bipolar depression** **General considerations** 7. In selecting a drug treatment regimen for patients with diabetes or obesity consider the risk and benefit of utilizing medications that are less associated with weight gain.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	26

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 54: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen** **Altersspezifische Besonderheiten** **Pharmakotherapie** **Therapie-spezifisch 19** Bei der Pharmakotherapie von älteren Patienten sind die veränderte Pharmakokinetik, Pharmakodynamik und die Interaktion mit anderen Medikamenten zu beachten. Die im Alter erhöhte somatische und psychische Komorbidität und die häufige Multimorbidität müssen berücksichtigt werden. Zudem weisen ältere Patienten eine erhöhte Empfindlichkeit für Nebenwirkungen auf. Dosierungen sind dementsprechend anzupassen.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	312
DGBS 2014	**Stimmungsstabilisierer** **Carbamazepin** **Therapie-spezifisch 20** Carbamazepin ist wegen der schlechteren Verträglichkeit nicht gut zur Behandlung älterer Patienten geeignet. Sollte dennoch eine Therapie mit Carbamazepin erfolgen, müssen die veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Komorbiditäten und mögliche Interaktion mit anderen Medikamenten berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	313
DGBS 2014	**Lamotrigin** **Therapie-spezifisch 21** Lamotrigin kann auch im Alter eine Behandlungsoption sein, eine abschließende Beurteilung ist jedoch noch nicht möglich.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	313
DGBS 2014	**Lithium** **Therapie-spezifisch 22** Lithium kann auch bei älteren Patienten mit Bipolaren Störungen angewandt werden. Die veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Komorbiditäten und mögliche Interaktion mit anderen Medikamenten müssen berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	314

(Fortsetzung)

Tabelle 54: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Valproat** **Therapie-spezifisch 23** Valproat kann auch bei älteren Patienten mit Bipolaren Störungen angewandt werden. Die veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Komorbiditäten und mögliche Interaktion mit anderen Medikamenten müssen berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	314
DGBS 2014	**Neuroleptika** **Typische Neuroleptika** **Therapie-spezifisch 24** Typische Neuroleptika können in der Notfallsituation und zur Kurzzeittherapie zum Einsatz kommen. Bei vorhandener Indikation zu einer längerfristigen neuroleptischen Behandlung stellen typische Neuroleptika nicht die erste Behandlungsoption dar.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	314
DGBS 2014	**Atypische Neuroleptika** **Therapie-spezifisch 25** Bei einer Indikation für eine neuroleptische Behandlung ist bei älteren Patienten den atypischen Neuroleptika der Vorzug zu geben. Kardiale und metabolische Nebenwirkungen, die bei den einzelnen Substanzen unterschiedlich ausgeprägt sind, sind bei der Indikationsstellung und im Monitoring der Behandlung besonders zu beachten.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	315

(Fortsetzung)

Tabelle 54: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Antidepressiva** **Therapie-spezifisch 26** Bei einer Indikation für eine Behandlung mit einem Antidepressivum ist bei älteren Patienten den neueren Substanzen wie den SSRI aufgrund des oftmals günstigeren Nebenwirkungs- und Interaktionsprofils der Vorzug zu geben. Die substanzspezifischen Risiken für unerwünschte Wirkungen und Interaktionen sind bei der Indikationsstellung und im Monitoring der Behandlung zu beachten.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	316
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen Altersspezifische Besonderheiten** **Psychotherapie** **Therapie-spezifisch 27** Es gibt bislang keine Hinweise auf altersspezifische Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Patienten mit Bipolaren Störungen.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	316
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **How to use medication** When offering psychotropic medication to older people, take into account its impact on cognitive functioning in older people and: ▪ use medication at lower doses ▪ take into account the increased risk of drug interactions ▪ take into account the negative impact that anticholinergic medication, or drugs with anticholinergic activity, can have on cognitive function and mobility ▪ ensure that medical comorbidities have been recognised and treated.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	240

(Fortsetzung)

Tabelle 54: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	**Modul F: Bipolar disorder in older adults** **Action statement** Older Adults with BD who are receiving psychopharmacological treatments should be monitored closely for evidence of efficacy, side effects, toxicity and interactions with other medications. They should also be considered for evidence-based psychotherapeutic interventions and caregiver supports.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	110
VADoD 2010	1. The likelihood of possible benefits with all medications used to treat BD in older adults needs to be balanced against potential risks.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	2. Polypharmacy in older adults should be avoided.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	3. Lithium can be used in older adults to treat acute mania, as maintenance, and also to treat bipolar depression.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	4. Overall, valproate appears to be better tolerated than lithium in older adult patients with BD.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	5. Carbamazepine is an alternative treatment to lithium for older patients with severe cardiovascular or renal disease.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	6. Generally, benzodiazepines should be used with caution. However, they may be needed to treat extreme agitation. Care should be taken in the presence of comorbid medical conditions or possible drug-drug interactions. Older adults may be more sensitive than younger adults to central effects of benzodiazepines leading to ataxia, confusion, disinhibition, and delirium. If needed, a shorter-acting benzodiazepine which is metabolized by conjugation could be used, e. g., lorazepam.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110

(Fortsetzung)

Tabelle 54: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	7. The role of antidepressants in the management of BD is complex and sometimes controversial. Older adults are more likely than younger adults to develop initial manic episodes during antidepressant therapy. The provider should use tricyclics with caution in the older populations as these have been shown to cause an increased risk of treatment-emergent affective switches in this age group. It has been reported that the first line treatments for bipolar depression are mood stabilizers, and that adjunctive antidepressant should be used with caution. However, older adults with BD treated with a mood stabilizer and an antidepressant may be less likely to attempt suicide.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	8. The treatment of secondary mania in older adults is relatively similar to the treatment of primary mania and typically does not usually require prophylaxis unlike primary mania. However, there may be increased sensitivity to side effects of medications, so dosages should be modified. Mania associated with structural central nervous system disease may respond better to carbamazepine or valproate. Newer anticonvulsant agents, such as topiramate and lamotrigine, have not been specifically studied yet in this patient population. Secondary	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	9. The preferred treatment for older adults with acute mania is an atypical antipsychotic (e. g. risperidone, quetiapine, olanzapine, and aripiprazole) combined with a mood stabilizer. Comorbid medical conditions such as diabetes, constipation, hypotension, weight may influence medication choice.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	10. The provider needs to consider that mood stabilizers may impact cognitive functioning in older adults. Adverse effects were reported to be least likely in those taking lamotrigine or oxcarbazepine, intermediate with lithium, and greatest with valproate, carbamazepine, and topiramate. In a study of older adults with BD, lithium was no more likely to impair cognition than other therapies, but this study was limited by low statistical power.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110

(Fortsetzung)

Tabelle 54: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – ältere Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	11. There is growing concern regarding metabolic issues related to second-generation antipsychotics. The risk is greatest with clozapine and olanzapine, followed by quetiapine and risperidone, and then followed by aripiprazole and ziprasidone. If an older individual is to be maintained on a second-generation antipsychotic, baseline measures of weight, waist circumference, fasting blood glucose, and HbA1c should be obtained. Weight or waist circumference can be monitored every two months and fasting blood glucose checked every six months or sooner if there is significant weight gain.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110
VADoD 2010	12. All pharmacological interventions for older adults with BD should be combined with cognitive, behavioral, family, interpersonal and social rhythm therapies in conjunction with psychoeducation and chronic disease management.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	111

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); HbA1c: Glycosylated Hemoglobin; n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen** **Kinderwunsch/Schwangerschaft/Stillzeit** **Psychotherapie** **Therapie-spezifisch 15** Bei schwangeren oder stillenden Patientinnen soll eine spezifische Psychotherapie, die wesentliche Elemente wie z. B. Psychoedukation, individuelle Rezidivanalyse und Identifikation von Frühwarnsymptomen beinhaltet, zur Behandlung depressiver oder manischer Episoden zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	310
DGBS 2014	**Therapie-spezifisch 16** Wenn eine schwangere oder stillende Patientin trotz eingehender Aufklärung über die Notwendigkeit einer akuten oder langfristigen Pharmakotherapie oder anderer biologischer Behandlungsmaßnahmen diese ablehnt, kann ihr eine spezifische Psychotherapie angeboten werden.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	nein	310
DGBS 2014	**Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** **Therapie-spezifisch 17** Trotz fehlender Evidenz stellt die EKT auf Grund klinischer Erfahrung bei Versagen oder Kontraindikation anderer Therapiemaßnahmen zur Behandlung Bipolarer Störungen in der Schwangerschaft und postpartal eine therapeutische Option dar. **Limitierender Faktor:** Spezielle Narkoserisiken für Mutter und Kind müssen beachtet werden.	n. a.	fehlt	statement	nein	nein	310

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Nichtmedikamentöse Behandlung							
DGBS 2014	**Neuere Hirnstimulationsverfahren** **Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)** **Therapie-spezifisch 18** Es liegen keine Studienergebnisse und keine hinreichende klinische Erfahrung zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) in Schwangerschaft und Stillzeit vor.	n. a.	fehlt	statement	nein	ja	310
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Add/Change anti manic medication until stable or consider alternative therapy** 6. Electroconvulsive therapy (ECT) may be considered for patients with severe mania patients or whose mania is treatment resistant, those patients who express a preference for ECT, and patients with severe mania during pregnancy.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	17

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen** **Kinderwunsch/Schwangerschaft/Stillzeit** **Pharmakotherapie** **Antidepressiva** **Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI)** **Therapie-spezifisch 1**						
	SSRI sollten zu einer Akutbehandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. In der Literatur wird ein teratogenes Risiko für die beiden Substanzen Paroxetin und Fluoxetin diskutiert.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	302
	Deshalb sollen diese beiden Substanzen in der Schwangerschaft nicht neu verordnet werden.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	302
	Ist eine Einstellung schon vor Eintreten der Schwangerschaft erfolgt, kann die Umstellung auf ein anderes SSRI erwogen werden. Für die Substanzen Sertralin und Citalopram liegt die beste Datenlage in Schwangerschaft und Stillzeit vor, so dass der Einsatz dieser Substanzen am ehesten in der Akutbehandlung empfohlen werden kann.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	ja	302
DGBS 2014	**SNRI** **Therapie-spezifisch 2**						
	SNRI können zu einer Akutbehandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von SNRI ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanzen sehr gering ist.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	ja	302
	Das erhöhte Switch-Risiko ist zu bedenken.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	ja	302

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
DGBS 2014	**Trizyklische Antidepressiva** **Therapie-spezifisch 3** Trizyklische Antidepressiva können zu einer Akutbehandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität trizyklischer AD ist nicht bekannt.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	ja	303
	Bei der Verordnung sollen unerwünschte Wirkungen für die Mutter bedacht werden.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	303
	Die Möglichkeit der Verabreichung nebenwirkungsärmerer Substanzen, wie z. B. SSRI sollte erwogen werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	303
	Das erhöhte Switch-Risiko ist zu bedenken.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	ja	303
DGBS 2014	**Weitere** **Therapie-spezifisch 4** Bupropion kann zu einer Akutbehandlung einer bipolaren Depression bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Bupropion ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	ja	303
DGBS 2014	**Neuroleptika** **Typische Neuroleptika** **Therapie-spezifisch 5** Haloperidol kann zu einer Akutbehandlung einer Manie bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Haloperidol ist nicht bekannt. Bei der Verordnung müssen unerwünschte Wirkungen (z. B. EPMS) bedacht werden.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	ja	304
	Die Möglichkeit der Verabreichung nebenwirkungsärmerer Substanzen, wie z. B. einiger atypischer Neuroleptika, sollte erwogen werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	304

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
DGBS 2014	**Atypische Neuroleptika** **Therapie-spezifisch 6** Olanzapin sollte zu einer Akutbehandlung einer Manie und zu einer Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Olanzapin ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	305
DGBS 2014	**Therapie-spezifisch 7** Quetiapin soll zu einer Akutbehandlung einer Depression, einer Manie und zu einer Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Quetiapin ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	n. z.	305
DGBS 2014	**Therapie-spezifisch 8** Risperidon sollte zu einer Akutbehandlung einer Manie bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Risperidon ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	305
DGBS 2014	**Therapie-spezifisch 9** Andere atypische Neuroleptika, wie z. B. Aripiprazol und Ziprasidon können zu einer Akutbehandlung einer Manie bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität dieser Substanzen ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanzen sehr gering ist.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	n. z.	305
DGBS 2014	**Therapie-spezifisch 10** Abratend: Clozapin sollte bei schwangeren Patientinnen nicht eingesetzt werden. Es besteht ein Risiko für schwere unerwünschte Nebenwirkungen bei Mutter und Kind.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	305

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
DGBS 2014	**Stimmungsstabilisierer** **Lamotrigin** **Therapie-spezifisch 12** Lamotrigin sollte zur Behandlung einer bipolaren Depression und als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Es besteht eine spezifische Teratogenität für diese Substanz (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte), diese wird jedoch als gering eingestuft. In Anbetracht des häufigen Einsatzes der Substanz bei Schwangeren in den letzten Jahrzehnten ist das Risiko für genannte Fehlbildungen als relativ gering einzustufen.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	306
DGBS 2014	**Valproat** **Therapie-spezifisch 14** Abratend: Valproinsäure soll als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden nicht verabreicht werden. Eine spezifische Teratogenität für diese Substanz besteht in Form komplexer Fehlbildungen. Valproinsäure soll vor Eintritt einer Schwangerschaft abgesetzt werden. Wissenschaftlich belegt sind die Entwicklungsverzögerungen der Kinder, die gegenüber Valproinsäure exponiert waren, bis zum dritten Lebensjahr. Erwogen werden muss, ob von der Verordnung von Valproinsäure bei Frauen im gebärfähigen Alter generell abgeraten werden soll.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	308
	Ist eine Schwangerschaft unter Valproinsäure eingetreten, kann die Substanz in der kleinstmöglichsten Dosierung weiter verordnet werden, die benötigt wird, um die Wirksamkeit aufrecht zu erhalten. Auf eine gleichzeitige Gabe von Folsäure ist zu achten.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	ja	306
	Eine Kombination von Valproinsäure und Carbamazepin soll vermieden werden, da das teratogene Risiko bei gleichzeitiger Gabe steigt.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	306

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012	**Prescribing issues[e]** **General principles** When prescribing psychotropic medication during pregnancy or breast feeding the following principles should be applied: ▪ involve the woman, and her family where appropriate, in all decisions about treatment, including an individualised assessment of benefit versus risk ▪ be aware that not treating mental illness in pregnancy or the postpartum period may in itself be associated with adverse outcomes for the woman, her pregnancy, and her infant ▪ establish a clear indication for drug treatment (ie the presence of significant illness in the absence of acceptable or effective alternatives) ▪ choose treatments with the lowest known risk ▪ in choosing medication in pregnancy consider the implications for breast feeding and the benefits of avoiding the need to switch drugs (including the minimisation of withdrawal effects) ▪ use treatments in the lowest effective dose for the shortest period necessary ▪ be aware of potential drug interactions, particularly with non-psychotropics, and aim for monotherapy ▪ where there is no clear evidence base that one drug is safer than another, the safest option is not to switch. The only drug with a clear indication for switching on safety grounds is valproate (see section 6.3.4 [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	☑	nein	ja	19

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012 (Forts.)	▪ be aware of the potential effects of pregnancy and childbirth on drug pharmacokinetics and pharmacodynamics (eg the need for dose adjustments as pregnancy progresses and specific risks during labour and following birth) ▪ be aware that although knowledge of teratogenic effects of psychotropic drugs is increasing, understanding of the long term neurodevelopmental effects of such medications in pregnancy and breast feeding is extremely limited ▪ be aware of the need for close monitoring for change in mental state where a woman decides to cease her usual medication. Stopping medication may lead to relapse of illness ▪ where there is known risk, ensure that women are offered appropriate fetal screening and monitoring of the neonate for adverse effects. This may include involvement of neonatal and or paediatric services ▪ be aware that premature or ill babies are more at risk of harmful drug effects ▪ monitor the infant for specific drug side effects as well as feeding patterns, growth and development ▪ caution women against sleeping in bed with the infant, particularly if taking sedative drugs.						
SIGN 2012	**Psychotropic medications in pregnancy** **Antidepressants** **Summary** General practitioners should review antidepressant therapy as soon as possible in pregnancy to discuss whether the current medication should be continued and any other alternative pharmacological or non-pharmacological treatments initiated.	n. z.	fehlt	☑	Nein	n. z.	22

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012	In view of the association with harms to the fetus and neonate, paroxetine should not generally be initiated as first line therapy in pregnancy. For women already prescribed paroxetine an evaluation of individual risks and benefits should be carried out before a decision is made to continue use or switch to another antidepressant.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	22
SIGN 2012	Choice of antidepressant in pregnancy should take into account implications for breastfeeding.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	Since the evidence base for safety of antidepressant prescribing in pregnancy is a rapidly developing area, clinicians should update their knowledge frequently.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	22
SIGN 2012	**Lithium** Any woman taking lithium in pregnancy should have an individualised psychiatric care plan, involving maternity services and the woman herself, for lithium management throughout pregnancy and the peripartum. This should include consideration of: ▪ frequency of monitoring and dose adjustment ▪ potential for interaction with medications prescribed in pregnancy ▪ preparation for and mode of delivery risks to the neonate.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23
SIGN 2012	Women taking lithium in early pregnancy should be offered detailed ultrasound scanning for fetal abnormality.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23
SIGN 2012	Where a woman is taking lithium in pregnancy, mental health services should provide maternity services with information on the recognition of lithium toxicity, lithium-drug interactions and pregnancy-related events which may precipitate toxicity.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012	**Antiepileptic drugs** **Neurological effects on neonate** In view of the risk of early teratogenicity and longer term neurobehavioural toxicity, valproate (when used as a mood stabiliser) should not be routinely prescribed to women of childbearing potential.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	23
SIGN 2012	If there is no alternative to valproate treatment for a woman of childbearing potential, long-acting contraceptive measures should be recommended.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23
SIGN 2012	Valproate should be avoided as a mood stabiliser in pregnancy.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	23
SIGN 2012	All women taking antiepileptic drugs as mood stabilisers should be prescribed a daily dose of 5 mg of folic acid from preconception until at least the end of the first trimester.	n. z.	fehlt	D	nein	n. z.	23
SIGN 2012	Women taking antiepileptic drugs in early pregnancy should be offered detailed ultrasound scanning for fetal abnormality.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	23
SIGN 2012	**Maternal drug metabolism** Maternal lamotrigine levels should be monitored throughout pregnancy and the early postpartum period.	2+	nein	☑	nein	ja	24
SIGN 2012	**Antipsychotics** **Effects on fetal growth and pregnancy metabolism** Women taking antipsychotics during pregnancy should be monitored for alterations in fetal growth. Additional monitoring for blood glucose abnormalities is required where olanzapine or clozapine are prescribed.	2++, 2+	nein	C	nein	ja	24

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012	**Hypnotics and sedatives** **Neurological effects on neonate** In women taking benzodiazepines the need for continued use in pregnancy should be reviewed and use should be restricted to short term and low dose where possible. Consideration should be given to tapering the dose prior to childbirth.	2+	nein	C	nein	ja	25
SIGN 2012	**Psychotropic medications during breast feeding** Breast feeding is an individual decision for each woman. Clinicians should support women in their choice and be mindful that taking prescribed psychotropic medication is not routinely a contraindication to commencing or continuing breast feeding.	n. a.	fehlt	☑	nein	nein	25
SIGN 2012	**Antidepressants** Avoid doxepin for treatment of depression in women who are breast feeding. If initiating selective serotonin reuptake inhibitor treatment in breast feeding, then fluoxetine, citalopram and escitalopram should be avoided if possible.	n. z.	fehlt	D	nein	n. z.	25
SIGN 2012	When initiating antidepressant use in women who are breastfeeding, both the absolute dose and the half life should be considered.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	25
SIGN 2012	**Lithium** In view of the potential risks to the infant of a breastfeeding mother taking lithium, mothers should be encouraged to avoid breast feeding. In mothers taking lithium who have decided to breast feed, close monitoring of the infant, including serum lithium levels, thyroid and renal monitoring should be provided.	3	nein	D	nein	ja	26
SIGN 2012	**Antiepileptic drugs** Antiepileptic mood stabiliser prescription is not, of itself, a contraindication to breastfeeding, but decisions should be made individually with the woman, after full discussion of the risks and benefits.	2-, 3	nein	☑	nein	ja	26

(Fortsetzung)

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Medikamentöse Behandlung							
SIGN 2012	**Hypnotic and sedatives** If a benzodiazepine is required during breast feeding short-acting agents should be prescribed in divided doses. Mothers should be advised not to stop medication suddenly and to contact their doctor if the infant is observed to have sleepiness, low energy or poor suckling.	4	nein	☑	nein	ja	26
SIGN 2012	**Antipsychotics** Women who are taking clozapine should not breast feed.	n. z.	fehlt	D	nein	n. z.	26
SIGN 2012	All breastfed infants should be monitored for sedation and extra-pyramidal adverse effects where mothers are taking antipsychotic medications.	n. z.	fehlt	☑	nein	n. z.	26

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

e: Empfehlung bezieht sich allgemein auf Frauen mit einer psychischen Erkrankung in der Peripartalzeit.

AD: Antidepressiva; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; EPMS: Extrapyramidalmotorisches Symptom ; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; n. ü: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar ; SNRI: Serotonin norepinephrine reuptake Inhibitors; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors

Tabelle 56: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – rapid cycling

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen Therapieresistenz einschließlich Rapid Cycling Sonderform Rapid Cycling** **Therapie-spezifisch 31** Trotz fehlender systematischer Studien legen Einzelfallberichte nahe, dass auch Betroffene mit Rapid- Cycling von einem entsprechend adaptierten Vorgehen in der Psychotherapie profitieren können.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	332
DGBS 2014	**Therapie-spezifisch 33** Es liegen keine Studienergebnisse und keine hinreichende klinische Erfahrung zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) bei speziellen Verlaufsformen Bipolarer Störungen vor.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	333
DGBS 2014	**Therapie-spezifisch 34** Obwohl aktuell eine offene Studie darauf hinweist, dass die Vagusnervstimulation (VNS) den Verlauf bei Rapid-Cycling günstig beeinflusst, kann derzeit noch keine Behandlungsempfehlung gegeben werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	n. z.	333
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people Care for adults, children and young people across all phases of biplor disorder Treatment and support for specific population** Offer people with rapid cycling bipolar disorder the same interventions as people with other types of bipolar disorder because there is currently no strong evidence to suggest that people with rapid cycling bipolar disorder should be treated differently.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	109

(Fortsetzung)

Tabelle 56: Leitlinienempfehlungen zur Therapie bei speziellen Patientengruppen – bipolare Störungen bei Erwachsenen – rapid cycling (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe KapitelA7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Nichtmedikamentöse somatische Verfahren** **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** **Therapie-Depression 32** Elektrokonvulsiontherapie (EKT) sollte zur Behandlung lebensbedrohlicher depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung (z. B. mit Nahrungsverweigerung oder bei akuter Suizidalität) durchgeführt werden, die auch im stationären Setting nicht anders beherrschbar sind. Limitierende Faktoren: Häufige Nebenwirkungen sind mögliche Kopfschmerzen und vorübergehende kognitive Beeinträchtigungen. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind die Risiken der Narkose.	gering	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	217
DGBS 2014	**Spezifische Situation: Suizidialität** **Diagnostik** **Suizidalität 1** Aufgrund des besonders hohen Risikos muss der Behandler Suizidalität bei jedem Patientenkontakt klinisch einschätzen und ggf. direkt thematisieren, präzise und detailliert erfragen und vor dem Hintergrund der Anamnese früherer Suizidalität und vorhandener Eigenkompetenz und sozialer Bindungen beurteilen.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	n. z.	336
DGBS 2014	**Allgemeine Therapiemaßnahmen** **Suizidalität 3** Suizidale Patienten müssen eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung erhalten. wörtlich übernommener Satz einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009)	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	338

(Fortsetzung)

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Suizidalität 4** Eine stationäre Einweisung muss für suizidale Patienten erwogen werden, ▪ die akut suizidgefährdet sind; ▪ die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen; ▪ die wegen der zugrunde liegenden Bipolaren Störung einer intensiven psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedürfen; ▪ wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität anders nicht möglich ist, oder ▪ wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt; ▪ die bereits einen Suizidversuch in der Vorgeschichte haben. geänderte Empfehlung mit wörtlicher Übernahme einzelner Elemente einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009) (Diese Empfehlung wird durch die Empfehlung Versorgung8-10 und den dazugehörigen Zusatz zur stationären Einweisung bei Eigen- und Fremdgefährdung ergänzt.)	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	338
DGBS 2014	**Pharmakotherapie** **Allgemeines** **Suizidalität 5** Bei einem suizidalen Patienten soll die Auswahl der Pharmaka auch hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Pharmaka mit Letalität in hoher Dosis, Agitationssteigerung in der Frühphase) abgewogen werden. Im ambulanten Bereich sollen nur kleine Packungsgrößen verordnet werden. geänderte Empfehlung mit wörtlicher Übernahme einzelner Elemente einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009)	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	341

(Fortsetzung)

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Wirkstoffe, für die eine potenzielle antisuizidale Wirksamkeit explizit untersucht wurde** **Lithium** **Suizidalität 6** In der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten bipolaren Patienten soll zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden. geänderte Empfehlung mit wörtlicher Übernahme einzelner Elemente einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009)	n. a.	fehlt	A	ja	ja	344
DGBS 2014	**Valproat** **Suizidalität 7** Abratend: Nach der vorhandenen Datenlage kann Valproat in der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten bipolaren Patienten zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) nicht empfohlen werden.	n. a.	fehlt	0	nein	ja	345
DGBS 2014	**Lamotrigin** **Suizidalität 8** Abratend: Nach der vorhandenen Datenlage kann Lamotrigin in der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten bipolaren Patienten zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) nicht empfohlen werden.	n. a.	fehlt	0	nein	ja	345
DGBS 2014	**Carbamazepin** **Suizidalität 9** Aufgrund der spärlichen Datenlage kann keine Empfehlung für oder gegen Carbamazepin in der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten bipolaren Patienten zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) formuliert werden.	n. a.	fehlt	statement	nein	ja	346

(Fortsetzung)

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Antidepressiva** **Suizidalität 10** Abratend: Zur akuten Behandlung des Zielsyndroms Suizidalität sollten Antidepressiva nicht eingesetzt werden. geänderte Empfehlung mit wörtlicher Übernahme einzelner Elemente einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009)	n. a.	fehlt	B	nein	ja	347
DGBS 2014	**Neuroleptika** **Suizidalität 11** Es gibt keine Hinweise, dass Neuroleptika eine suizidalitätsreduzierende Wirkung haben.	n. a.	fehlt	statement	nein	ja	347
DGBS 2014	**Benzodiazepine** **Suizidalität 12** Eine ergänzende Akutbehandlung (möglichst nicht länger als 14 Tage) mit einem Benzodiazepin kann bei suizidgefährdeten Patienten in Betracht gezogen werden. geänderte Empfehlung mit wörtlicher Übernahme einzelner Elemente einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009)	n. a.	fehlt	0	nein	ja	348
DGBS 2014	**Psychotherapie von Suizidalität** **Suizidalität 13** Bei suizidgefährdeten Patienten soll eine Psychotherapie in Betracht gezogen werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert. Das kurzfristige Ziel besteht dabei in intensiver Kontaktgestaltung und aktiver unmittelbarer Unterstützung und Entlastung bis zum Abklingen der Krise. Bei suizidgefährdeten Patienten kann eine tragfähige therapeutische Beziehung per se suizidpräventiv wirken.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	348

(Fortsetzung)

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Nichtmedikamentöse somatische Behandlungsmethoden** **EKT** **Suizidalität 14** Trotz fehlender Evidenz im Rahmen von großen kontrollierten Studien stellt die EKT auf Grund klinischer Erfahrung bei akuter Suizidalität im Rahmen bipolarer Depressionen eine therapeutische Option dar. Zwei stimmberechtigte Mitglieder der Konsensuskonferenz konnten sich dem Konsens für das Statement nicht anschließen (Veto).	n. a.	fehlt	statement	nein	ja	349
DGBS 2014	**Versorgung und Versorgungssystem** **Ansätze zur Annäherung von SOLL und IST in der Versorgung der Patienten** **Funktionen der am Betreuungsprozess beteiligten Partner** **Versorgung 8** Eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder Abteilung sollte erfolgen: ▪ Bei drohender Eigen- oder Fremdgefährdung ▪ Wenn die Symptomatik und das daraus resultierende Verhalten sich derart verschlechtern, dass eine ambulante Behandlung als nicht ausreichend angesehen wird ▪ Bei den Therapieerfolg massiv behindernden Lebensumständen.	n. a.	fehlt	statement	nein	nein	367
DGBS 2014	**Versorgung 9** Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung muss eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder Abteilung erfolgen.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	368
DGBS 2014	**Versorgung 10** Unter Berücksichtigung der rechtlichen Bestimmungen ist auch eine Einweisung ohne die Zustimmung des Patienten zu erwägen.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	368

(Fortsetzung)

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Pharmacological interventions** Take into account toxicity in overdose when prescribing psychotropic medication during periods of high suicide risk. Assess the need to limit the quantity of medication supplied to reduce the risk to life if the person overdoses.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	177
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Severe mania, dangerousness, or psychotic features present?** 2. Any patient with suicidal ideation or suicide attempts necessitating psychiatric hospitalization should be considered for referral to mental health specialty care. (See Appendix B: Dangerous to Self or Others. [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	7
VADoD 2010	3. Patients with a diagnosis of BD mania who present with severe symptoms with any of the following unstable conditions, need to be referred for urgent/emergent mental health intervention as these are inappropriate for care in the primary care setting: a) Delirium b) Marked psychotic symptoms c) Severe mania symptoms d) Suicidality or homicidality e) Potential for violence (e.g., ideas about or intent to harm others; history of violent behavior; severe agitation or hostility; active psychosis) f) Substance withdrawal or intoxication	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	7
VADoD 2010	**Refer for hospitalization** 2. Patients with urgent, unstable conditions, severe mania or mixed episode or elevated dangerousness should be referred to a higher level of care (hospitalization).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	8
VADoD 2010	3. Hospitalization should be considered in patients whose severe mania or mixed episode seriously impairs their ability to care for themselves.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	8

(Fortsetzung)

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	**Is patient responding to therapy?** 3. Patients with suicidal ideation should have a careful evaluation of suicide risk.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	14
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Is the patient at high risk of harming self or others?** 2. A referral to emergency services and/or a mental health professional is indicated for patients presenting with any of the following unstable conditions: a) Delirium b) Marked psychotic symptoms c) Severe depressive symptoms/depression (e.g., catatonia, malnourishment, severe disability) d) Suicidality or homicidality e) Potential for violence (e.g., ideas about or intent to harm others; history of violent behavior; severe agitation or hostility; active psychosis) f) Substance withdrawal or intoxication.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	23
VADoD 2010	3. Any patient with suicidal or homicidal ideation or attempts necessitating psychiatric hospitalization should be considered for referral to mental health specialty care. (See Appendix B: Dangerous to Self or Others [der Leitlinie]).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	23

(Fortsetzung)

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	**Empfehlung**	**LoE[a]**	**G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]**	**GoR[a]**	**NVL-Kategorie A[b]**	**Literatur[c]**	**Seite**
VADoD 2010	4. Patients with a possible diagnosis of BD depression who exhibit any of the following characteristics related to psychosis need to be referred for urgent/emergent mental health intervention as these are inappropriate for care in the primary care setting: a) Serious delusions (e.g., fixed false beliefs) b) Visual or (typically) auditory hallucinations c) Confusion (incoherence) d) Catatonic behavior (e.g., motor immobility or excessive agitation) e) Extreme negativism or mutism f) Peculiar voluntary movement g) Inappropriate affect of a bizarre or odd quality.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	23
VADoD 2010	**Refer to hospitalization** 2. Patients with urgent, unstable conditions, severe depression or elevated dangerousness should be referred to a higher level of care (hospitalization).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	25
VADoD 2010	**Is patient responding to treatment** 3. Patients with suicidal ideation should have a careful evaluation of suicide risk.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	30
VADoD 2010	**Module C: Maintenance/prophylaxis phase** **Is there any medical or psychiatric comorbidity** 3. Refer patients who have had significant suicidality or homicidality to specialty care.	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	43

(Fortsetzung)

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	**Modul E: pharmacotherapy interventions** **Electroconvulsive therapy** 3. ECT for bipolar disorder is indicated as the primary therapy in the following: a) psychotic symptoms b) catatonia c) severe suicidality d) food refusal leading to nutritional compromise e) history of prior positive response to ECT.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	107

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; ECT: Electro-convulsive Therapy; EKT: Elektrokonvulsionstherapie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzelvel); n. a.: nicht angegeben; n. ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 58: Leitlinienempfehlungen zum Krisenmanagement und Management bei Suizidgefahr – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Interventions for children and young people** **Bipolar depression** If there is a risk of suicide or self-harm or any other risk outlined in recommendation 5.6.1.8 [der Leitlinie], carry out an urgent review and develop a risk management plan as outlined in recommendation 5.6.1.26 [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	304

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evienzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung Verlaufsdiagnostik** **Diagnostik 24** Empfohlen wird die sorgfältige Dokumentation des psychischen Befindens des Patienten im Verlauf einer bipolaren Erkrankung mit Hilfe bewährter Fremdbeurteilungsinstrumente seitens des Behandlers als auch mit Hilfe eines vom Patienten möglichst täglich auszufüllenden Stimmungstagebuchs.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	ja	67
DGBS 2014	**Diagnostik 25** Empfohlen wird die sorgfältige Dokumentation des psychosozialen Funktionsvermögens des Patienten im Verlauf einer bipolaren Erkrankung, z. B. mit Hilfe bewährter Fremdbeurteilungsinstrumente.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	ja	68
DGBS 2014	**Empfehlungen zur somatischen und laborchemischen Diagnostik vor und während einer Pharmakotherapie** **Diagnostik 29** Das allgemeine Monitoring während einer Psychopharmakotherapie sollte abhängig von der Wirkstoffklasse und unter Berücksichtigung der pharmakokinetischen Eigenschaften auch eine regelmäßige Messung des Medikamentenspiegels (besonders bei Lithium, aber auch bei Valproat und Carbamazepin) beinhalten. Des Weiteren müssen die Verträglichkeit und Sicherheit der Pharmakotherapie erfasst werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	74
DGBS 2014	**Diagnostik 30** Bei der Behandlung mit atypischen Antipsychotika soll im Behandlungsverlauf ein Monitoring der Stoffwechsellage wegen möglicher hyperglykämischer und hyperlipidämischer Veränderungen erfolgen.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	n. z.	74
DGBS 2014	**Diagnostik 31** Bei der Behandlung mit Neuroleptika soll im Behandlungsverlauf auf das mögliche Auftreten extrapyramidal-motorischer Symptome geachtet werden.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	75

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
DGBS 2014	**Therapie** **Grundsätzliches zur Behandlung und Behandlungsoptionen** **Behandlungsoptionen** **Pharmakotherapie** **Therapie-Grundsätzliches 4** Regelmäßige Gewichtskontrollen sollten wegen einer möglichen Gewichtszunahme insbesondere bei Behandlung mit Mirtazapin, trizyklischen Antidepressiva, Lithium, Valproinsäure, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon und Zotepin durchgeführt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	84
DGBS 2014	**Psychotherapie** **Gemeinsamkeiten und verfahrensübergreifende Wirkfaktoren von Psychotherapie** **Therapie-Grundsätzliches 9** Die Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Behandlungen Bipolarer Störungen muss sich am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung orientieren.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	93
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Pharmakotherapie** **Allgemeine (substanzunabhängige) Empfehlungen zur Pharmakotherapie bipolarer Depresionen** **Therapie-Depression 8** In den ersten vier Wochen der pharmakologischen Behandlung einer akuten bipolaren Depression sind Untersuchung und Gespräch mit dem Patienten mindestens wöchentlich angeraten, um Risiken und Nebenwirkungen der Pharmakotherapie zu erkennen, den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen beurteilen zu können und die Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt zu verbessern. Danach sind Intervalle von zwei bis vier Wochen, nach 3 Monaten bei ausreichender Stabilität eventuell längere Intervalle möglich. Je nach klinischer Situation können häufigere Frequenzen notwendig sein.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	nein	180

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
DGBS 2014	**Therapie-Depression 9** Nach drei bis vier Wochen sollte eine genaue Wirkungsprüfung das Ausmaß des noch bestehenden depressiven Syndroms mit der Ausgangsschwere zu Beginn der Pharmakotherapie vergleichen. Hiervon sollte abhängig gemacht werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht (siehe Therapiealgorithmus [der Leitlinie]).	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	180
DGBS 2014	**Phasenprophylaxe** **Allgemeiner Hintergrund für alle Therapieoptionen** **Therapie-Prophylaxe 2** Die Wirksamkeit einer phasenprophylaktischen Behandlung sollte entsprechend dem individuellen Krankheitsverlauf überprüft werden. Nach klinischer Erfahrung bietet es sich an, diese nach Ablauf der doppelten Dauer des durchschnittlichen Krankheitszyklus des Patienten zu beurteilen. In der Regel sollte bei Rezidiven innerhalb der ersten 6 Monate nach Beginn einer phasenprophylaktischen Behandlung keine Veränderungen im Behandlungsregime vorgenommen werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	233
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Reviewing treatment for mania** Within 4 weeks of resolution of symptoms, discuss with the person, and their carers if appropriate, whether to continue treatment for mania or start long-term treatment (see 7.6.1.2-7.6.1.5 and 8.3.1.5-8.3.1.7 [der Leitlinie]). Explain the potential benefits of long-term treatment and the risks, including side effects of medication used for long-term treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	175
NCCMH 2014	If the person decides to continue treatment for mania, offer it for a further 3–6 months, and then review.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	175

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
NCCMH 2014	**Pharmacological interventions** If the clinical presentation is of a mixed affective state, characterised by both manic and depressive symptoms, follow recommendations 6.6.1.1– 6.6.1.8 [der Leitlinie] for the treatment of mania, and monitor closely for the emergence of depression.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	175
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Reviewing treatment for bipolar depression** Within 4 weeks of resolution of symptoms, discuss with the person, and their carers if appropriate, whether to continue psychological or pharmacological treatment for bipolar depression or start long-term treatment (see section 7.6.1.2-7.6.1.5 and 8.3.1.5-8.3.1.7[der Leitlinie]). Explain the potential benefits of long-term treatment and the risks, including side effects of medication used for long-term treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	178
NCCMH 2014	If the person decides to continue psychological or pharmacological treatment for bipolar depression, offer it for a further 3–6 months, and then review.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	178
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Managing bipolar disorder in adults in the longer term in secondary care** **Pharmacological interventions** Continue monitoring symptoms, mood and mental state for 2 years after medication has stopped entirely.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
	This may be undertaken in primary care (see recommendation 7.6.1.46 [der Leitlinie]).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	239
NCCMH 2014	If stopping long-term pharmacological treatment: ▪ discuss with the person how to recognise early signs of relapse and what to do if symptoms recur ▪ stop treatment gradually (see section 7.6.1[der Leitlinie]) and monitor the person for signs of relapse.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
NCCMH 2014	**Using antipsychotic medication** **Monitoring antipsychotic medication** Monitor and record the following during dose titration and then regularly and systematically throughout treatment: ▪ pulse and blood pressure after each dose change ▪ weight or BMI weekly for the first 6 weeks, then at 12 weeks ▪ blood glucose or HbA1c and blood lipid profile at 12 weeks ▪ response to treatment, including changes in symptoms and behaviour ▪ side effects and their impact on physical health and functioning ▪ the emergence of movement disorders ▪ adherence*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	241
NCCMH 2014	The secondary care team should maintain responsibility for monitoring the efficacy and tolerability of antipsychotic medication for at least the first 12 months or until the person's condition has stabilised, whichever is longer.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	241
	Thereafter, the responsibility for this monitoring may be transferred to primary care under shared-care arrangements*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	241
NCCMH 2014	If out-of-range test results are reported at any stage of treatment, the healthcare professional who ordered the tests should ensure that the person is offered further investigations and treatment as needed.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	241

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
NCCMH 2014	**Using lithium** **Starting lithium** Consider maintaining plasma lithium levels at 0,8–1,0 mmol per litre for a trial period of at least 6 months for people who: ▪ have had a relapse while taking lithium in the past or ▪ are taking lithium and have subthreshold symptoms with functional impairment.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	242
NCCMH 2014	**Monitoring lithium** Measure the person's plasma lithium level every 3 months for the first year.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
NCCMH 2014	After the first year, measure plasma lithium levels every 6 months, or every 3 months for people in any of the following groups: ▪ older people ▪ people taking drugs that interact with lithium ▪ people who are at risk of impaired renal or thyroid function, raised calcium levels or other complications ▪ people who have poor symptom control ▪ people with poor adherence ▪ people whose last plasma lithium level was 0.8 mmol per litre or higher.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	Measure the person's weight or BMI and arrange tests for urea and electrolytes including calcium, estimated glomerular filtration rate (eGFR) and thyroid function every 6 months, and more often if there is evidence of impaired renal or thyroid function, raised calcium levels or an increase in mood symptoms that might be related to impaired thyroid function.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	Monitor lithium dose and plasma lithium levels more frequently if urea levels and creatinine levels become elevated, or eGFR falls over 2 or more tests, and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
	assess the rate of deterioration of renal function. For further information see NICE's guidance on chronic kidney disease and acute kidney injury.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
NCCMH 2014	Monitor the person at every appointment for symptoms of neurotoxicity, including paraesthesia, ataxia, tremor and cognitive impairment, which can occur at therapeutic levels of lithium.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	**Stopping lithium** During dose reduction and for 3 months after lithium treatment is stopped, monitor the person closely for early signs of mania and depression.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	**Using lamotrigine** **Monitoring lamotrigine** Do not routinely measure plasma lamotrigine levels unless there is evidence of ineffectiveness, poor adherence or toxicity.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	244
NCCMH 2014	**Using valproat** **Monitoring valproat** Do not routinely measure plasma valproate levels unless there is evidence of ineffectiveness, poor adherence or toxicity.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	244
NCCMH 2014	Measure the person’s weight or BMI and carry out liver function tests and a full blood count again after 6 months of treatment with valproate and repeat annually.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
NCCMH 2014	**Promoting recovery and return to primary care** **Managing bipolar disorder in primary care** When working with people with bipolar disorder in primary care: ▪ engage with and develop an ongoing relationship with them and their carers ▪ support them to carry out care plans developed in secondary care and achieve their recovery goals ▪ follow crisis plans developed in secondary care and liaise with secondary care specialists if necessary ▪ review their treatment and care, including medication, at least annually and more often if the person, carer or healthcare professional has any concerns.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	246
NCCMH 2014	**Psychological and psychosocial interventions for acute episodes and long-term management in adults** **Managing bipolar disorder in primary care** Offer people with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based* manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression. *This is defined as being based on at least RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263/ 264

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
NCCMH 2014 (Forts.)	Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood and if there are signs of hypomania or deterioration of the depressive symptoms, liaise with or refer the person to secondary care. If the person develops mania or severe depression, refer them urgently to secondary care.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263/ 264
NCCMH 2014	**Managing bipolar depression in adults in secondary care** Offer adults with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based *manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression. *This is defined as being based on at least RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
	Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood for signs of mania or hypomania or deterioration of the depressive symptoms.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
NCCMH 2014	**Management of physical health in adults** **Monitoring physical health in primary care** Monitor the physical health of people with bipolar disorder when responsibility for monitoring is transferred from secondary care, and then at least annually. The health check should be comprehensive, including all the checks recommended in recommendation 9.4.1.3 [der Leitlinie] and focusing on physical health problems such as cardiovascular disease, diabetes, obesity and respiratory disease. A copy of the results should be sent to the care coordinator and psychiatrist, and put in the secondary care records*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	279
NCCMH 2014	Ensure that the physical health check for people with bipolar disorder, performed at least annually, includes: ▪ weight or BMI, diet, nutritional status and level of physical activity ▪ cardiovascular status, including pulse and blood pressure ▪ metabolic status, including fasting blood glucose, glycosylated haemoglobin (HbA1c) and blood lipid profile ▪ liver function ▪ renal and thyroid function, and calcium levels, for people taking longterm lithium.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	279

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
NCCMH 2014	**Monitoring physical health in secondary care** If a person has rapid or excessive weight gain, abnormal lipid levels or problems with blood glucose management, take into account the effects of medication, mental state, other physical health and lifestyle factors in the development of these problems and offer interventions in line with the NICE guidance on obesity, lipid modification or preventing type 2 diabetes*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	280
NCCMH 2014	Routinely monitor weight and cardiovascular and metabolic indicators of morbidity in people with bipolar disorder. These should be audited in the annual team report*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	280
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Complete assessment; review current medication; assess suicide risk** 4. Consider using the same standardized questionnaire to monitor treatment response at follow-up visits, after each change in treatment, and to periodically assess the patient's response to treatment until full remission is achieved.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	5
VADoD 2010	**Initiate/Adjust treatment with combinaton of anti-psychotic and anti-maniac medications** 4. Patients who are not hospitalized should be reassessed every 2-5 days until symptoms improve.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	9

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010	**Modify dose of medication as needed**						
	2. Assess compliance and blood serum concentration to assess if medications are in therapeutic range	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	11
	a) The serum trough concentration of lithium should be maintained between 0,8 – 1,2 mEq/L	III	nein	A	ja	ja	11
	b) The serum trough concentration of valproate should be maintained between 50-125 mcg/ml	II	nein	A	ja	ja	11
	c) The serum trough concentration of carbamazepine should be maintained between 4 – 12 mcg/ml.	II	nein	A	ja	ja	11
VADoD 2010	**Reassess every one tot wo weeks for at least 6 weeks** 1. Ongoing assessment of patients starting treatment for acute bipolar mania, hypomania or mixed episodes should include a reassessment for: a) The development of depressive symptoms, suicidal ideation or homicidal ideation b) Emergence or change in psychotic symptoms c) Substance use d) Adverse effects of medications (See Table E - 1 Adverse Events – Lithium; Table E – 4 Adverse Events Antiepileptic Medications; Table E - 6 Adverse Events – Antipsychotics [der Leitlinie]) e) Medication adherence f) Medical Stability (e.g., blood pressure) g) Significant changes in psychosocial circumstances.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	14
VADoD 2010	2. Reassess patient every 1 to 2 weeks for at least 6 weeks.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	14

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010	3. Ongoing assessment of patients starting treatment for acute bipolar mania or mixed episode may include pertinent laboratory studies (e.g., medication plasma concentrations, urine drug screening, CBC, blood glucose, liver panel, lipid panel) and weight.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	14
VADoD 2010	**Is patient responding to therapy?** 1. Monitor treatment response at 4 to 8 weeks after initiation of treatment, after each change in treatment, and periodically until full remission is achieved.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	14
VADoD 2010	2. In patients who reach full remission, assessment of symptoms should be continued periodically to monitor for relapse or recurrence.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	14
VADoD 2010	**Is patient in full remission** 1. Patients with mania who have been without any significant symptoms of mania for two months should be considered to be in full remission.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	15
VADoD 2010	2. Patients with mixed episode who have been without any significant symptoms of mania or depression for two months should be considered to be in full remission.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	15
VADoD 2010	**Assess adherence, need for psychosocial and/or family interventions, adverse effects, and psychosocial barriers to therapy; assess risk for suicide**						
	1. Patients should be followed by a scheduled visit to the clinic periodically, depending on their response to therapy, for a thorough assessment that includes:	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	15
	a) Adherence to therapy. Reasons for noncompliance should be explored with the patient.	n. a.	fehlt	A	ja	nein	15
	b) Assessment of potential adverse effects. (Table E - 1 Adverse Events – Lithium; Table E - 4 Adverse Events Antiepileptic Medications; Table E - 6 Adverse Events – Antipsychotics [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	A	ja	nein	16
	c) Monitoring of serum concentration for lithium, valproate, or carbamazepine, and other appropriate blood work to maintain efficacy and avoid toxicity (See Annotation A-8 [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	A, B	ja	nein	16

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010 (Forts.)	d) For patients receiving antipsychotic medications, monitor weight, BMI, waist circumference, blood pressure, plasma glucose and fasting lipids. (See Table E-8 Monitoring Parameters for Metabolic Adverse Effects in Second Generation Antipsychotics. [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	A	ja	nein	16
	e) Assessment of any changes in patient's family and community support (housing, care givers, employment, income, social networks).	n. a.	fehlt	B	nein	nein	16
VADoD 2010	2. Assess for improvement or change of the core symptoms of mania and mixed episode through a clinical interview or the use of a standardized rating scale (e. g., Young Mania Rating Scale).	n. a.	fehlt	I	nein	nein	16
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Complete assessment; review current medications; assess suicide risk** 3. Consider using the same standardized questionnaire to monitor treatment response at 4 to 6 weeks, after each change in treatment, and to periodically assess the patient's response to treatment until full remission is achieved. (Further information on assessment and screening tools for Bipolar Disorder and suicide– see: http://www.cqaimh.org/stable.html)	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	22
VADoD 2010	**Pharmacotherapy for bipolar depression** **General considerations** 3. The risk for mood destabilization or switching to mania should be evaluated and the patient should be monitored closely for emergent symptoms after initiation of pharmacotherapy for a depressive episode.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	25
VADoD 2010	**Modify dose or medication of indicated, using medications effective for bipolar depression** 3. Assess compliance and blood serum concentration to assess if medications are in therapeutic range	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	27

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010 (Forts.)	a) The serum trough concentration of lithium should be maintained between 0,8 – 1,2 mEq/L b) The serum trough concentration of valproate should be maintained between 50-125 mcg/ml c) The serum trough concentration of carbamazepine should be maintained between 4 – 12 mcg/ml.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	27
VADoD 2010	4. If medication is not in therapeutic range, adjust medication to maximum range	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	27
VADoD 2010	7. Any discontinuation of medication used to treat bipolar depression should be tapered and the patient should be monitored for antidepressant discontinuation syndrome and mood destabilization.	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	27
VADoD 2010	**Reassess every one to two weeks for six weeks** 1. Ongoing assessment of patients starting treatment for acute bipolar depression should include a reassessment for: a) changes in depressive symptoms b) neurovegetative symptoms c) emerging symptoms of mania/hypomania d) psychotic symptoms e) development of suicidal or homicidal ideation f) substance use g) adverse effects of medications h) medication compliance i) medical stability (e.g., blood pressure) ▪ significant changes in psychosocial circumstances	n. a.	fehlt	I	nein	nein	28
VADoD 2010	2. Reassess patient every 1 to 2 weeks for at least 6 weeks.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	28

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010	3. Ongoing assessment of patients starting treatment for acute bipolar depression may include pertinent laboratory studies (e. g., medication plasma concentrations, urine drug screening, CBC, blood glucose, liver panel, lipid panel) and weight.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	28
VADoD 2010	**Is patient responding to treatment** **Action statement** Patients with bipolar depression who have been without any significant symptoms of depression for two months should be considered to be in full remission.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	30
VADoD 2010	1. Once the patient has demonstrated a response to treatment, continue to monitor progress every 4 to 8 weeks and after each change in treatment until full remission is achieved.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	30
VADoD 2010	2. In patients who reach full remission, assessment of symptoms should be continued periodically to monitor for relapse or recurrence.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	30
VADoD 2010	**Is patient in full remission?** 1. Following remission of the depressive episode, it is appropriate to consider withdrawing antidepressant treatment after 4-6 months.	n. z.	fehlt	C	nein	ja	30
VADoD 2010	**Assess adherence, side effects, and psychosocial barriers to therapy; assess risk for suicide** 1. Patients should be followed by a scheduled visit to the clinic periodically, depending on their response, for a thorough assessment that includes:	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	31
	g) Adherence to therapy. Reasons for noncompliance should be explored with the patient.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	31
	h) Assessment of potential adverse effects. (See Table E - 1 Adverse Events – Lithium; Table E - 4 Adverse Events Antiepileptic Medications; Table E - 6 Adverse Events – Antipsychotics [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	31
	i) Monitoring of serum concentration for lithium and other appropriate blood work to maintain efficacy and avoid toxicity (See Table E - 5 Recommended Pharmacotherapy Monitoring [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	31

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010 (Forts.)	j) For antipsychotics monitor weight (BMI), waist circumference, blood pressure, BMI, plasma glucose and fasting lipids. (See Table E - 8 Monitoring Parameters and Frequency for Metabolic Adverse Effects Secondary to Second Generation Antipsychotics [der Leitlinie])	I, III	ja	C	nein	n. z.	31
	k) Assess for co-occurring medical conditions that can mimic or exacerbate bipolar disorder depression.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	31
	l) Assessment of any changes in patient's family and community support (housing, care givers, employment, income, social networks).	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	31

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010 (Forts.)	**Table E – 5: Recommended pharmacotherapy monitoring: lithium, antiepileptics** **Medication:** Lithium 0,6 to 1,2 mEq/L **Starting therapy:** Baseline: sCr, eCrCl, electrolytes, Thyroid profile, pregnancy test* During Titration: Lithium serum concentration every 4-14 days **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ every 6 months serum concentration, ▪ annual sCr, ECrCl**, ▪ annual thyroid profile***, ▪ annual CBC w/diff *For women of child-bearing potential **If sCr is elevated, even after a repeat check, then a 24-hour creatinine clearance should be obtained every 6 months (q3-9 months) if sCr < 2 mg/dL and if > 2 mg/dL then a 24-hour creatinine should be obtained and the patients primary care provider notified. Defer to the patient's nephrologist if the patients under the care of nephrology. *** Obtain annually (e. g., 9 – 15 months) for 5-years while on lithium. If after 5-years and no abnormalities, a thyroid profile should be ordered when a patient's clinical presentation warrants it.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010 (Forts.)	**Medication:** Carbamazepine 4 to 12 mcg/ml **Starting therapy:** Baseline: CBC w/diff, LFTs During Titration: CBZ concentration every 2 weeks for 3 months, CBC w/diff, LFTs at 1 and 3 months **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Annual serum concentration, ▪ Annual CBC w/diff, ▪ Annual LFTs ▪ Annual electrolytes	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77
	Medication: Valproate 50 to 125 mcg/ml **Starting therapy:** Baseline: CBC w/diff, LFTs During Titration: Valproate serum concentration no sooner than 5-7 days after a change in dose. CBC w/diff, LFTs at 1 and 3 months **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Annual serum concentration, ▪ Annual CBC w/diff, ▪ Annual LFTs ▪ Annual electrolytes	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77
VADoD 2010	2. Assess for improvement or change of the core symptoms of depression through a clinical interview or the use of a standardized rating scale to determine changes in the severity of depression.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z	31
VADoD 2010	**Consider ECT or alternative therapies; monitor for risk for mood destabilization**						
	2. The risk for mood destabilization or switching to mania should be evaluated and the patient should be monitored closely for emergent symptoms.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	33

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010	**Module C: Maintenance/prophylaxis phase** **Assess foor adverse events within 2 weeks** **Action statement** Assess for adverse effects and tolerability after any change of treatment strategy.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	40
VADoD 2010	1. Using a standardized clinical tool in addition to a clinical interview, assess for response to treatment, adherence to treatment and adverse effects of treatment after initiating or changing treatment. See Table E1 Adverse Events-Lithium; Tabel E4 Adverse Events-Antiepileptic Medications; Table E6 Adverse Events- Antipsychotics [der Leitlinie]	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	40
VADoD 2010	2. Identified side effects should be managed to minimize or alleviate if possible. See Table E1 Adverse Events-Lithium; Tabel E4 Adverse Events-Antiepileptic Medications; Table E6 Adverse Events- Antipsychotics [der Leitlinie]	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	40
VADoD 2010	**Assess response after 1-3 months; monitor all medications and manage adverse effects. Monitor and encourage adherence. Discuss with patient risks and benefits of long-term pharmacotherapy** **Action statement** Patients' adherence to treatment should be assessed. Barriers to adherence should be addressed.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	41
VADoD 2010	1. Patients whose BD is in remission should be followed by a scheduled visit to the clinic every 1 to 3 months with a thorough assessment of current and recent symptoms.	n. z.	fehlt	I	nein	ja	41
VADoD 2010	2. All patients on medication should be monitored for potential adverse effects. (See Module E: Table E - 1 Adverse Events – Lithium; Table E - 4 Adverse Events Antiepileptic Medications; Table E - 6 Adverse Events – Antipsychotics [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	41

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010	3. Monitor serum concentration for lithium, carbamazepine, or valproate and other appropriate blood work every 3 to 6 months to maintain efficacy and avoid toxicity. (See Table E – 5 Recommended Pharmacotherapy Monitoring [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	A, B	ja	n. z.	41
	Table E – 5: Recommended pharmacotherapy monitoring: lithium, antiepileptics						
	Medication: Lithium 0,6 to 1,2 mEq/L **Starting therapy:** Baseline: sCr, eCrCl, electrolytes, Thyroid profile, pregnancy test* During Titration: Lithium serum concentration every 4-14 days **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Every 6 months serum concentration, ▪ Annual sCr, ECrCl**, ▪ Annual thyroid profile***, ▪ Annual CBC w/diff *For women of child-bearing potential **If sCr is elevated, even after a repeat check, then a 24-hour creatinine clearance should be obtained every 6 months (q3-9 months) if sCr < 2 mg/dL and if > 2 mg/dL then a 24-hour creatinine should be obtained and the patients primary care provider notified. Defer to the patient's nephrologist if the patients under the care of nephrology. *** Obtain annually (e. g., 9 – 15 months) for 5-years while on lithium. If after 5-years and no abnormalities, a thyroid profile should be ordered when a patient's clinical presentation warrants it.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010 (Forts.)	**Medication:** Carbamazepine 4 to 12 mcg/ml **Starting therapy:** Baseline: CBC w/diff, LFTs During Titration: CBZ concentration every 2 weeks for 3 months, CBC w/diff, LFTs at 1 and 3 months **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Annual serum concentration, ▪ Annual CBC w/diff, ▪ Annual LFTs ▪ Annual electrolytes	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77
	Medication: Valproate 50 to 125 mcg/ml **Starting therapy:** Baseline: CBC w/diff, LFTs During Titration: Valproate serum concentration no sooner than 5-7 days after a change in dose. CBC w/diff, LFTs at 1 and 3 months **Follow-up during Ongoing therapy (stable outpatient)**: ▪ Annual serum concentration, ▪ Annual CBC w/diff, ▪ Annual LFTs ▪ Annual electrolytes	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	77
VADoD 2010	4. For antipsychotics monitor weight (BMI), waist circumference, blood pressure, BMI, plasma glucose and fasting lipids. (See Table E - 8 Monitoring Parameters and Frequency for Metabolic Adverse Effects Secondary to Second Generation Antipsychotics [der Leitlinie])	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	41
VADoD 2010	5. Adherence to medication therapy should be routinely evaluated at each visit. Reasons for noncompliance should be explored with the patient.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	42

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Therapiedauer und Verlaufskontrolle							
VADoD 2010	6. Assess any changes in patient's family and community support (e. g., housing, care givers, employment, income, social networks).	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	42
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Manie/Hypomanie** **Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** **Therapie-Manie 30** Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sollte bei den seltenen Fällen, in denen eine pharmakotherapieresistente manische Episode vorliegt, durchgeführt werden. Limitierende Faktoren: Diese Empfehlung basiert nicht auf Placebo-kontrollierten Studienergebnissen. Häufige Nebenwirkungen sind mögliche Kopfschmerzen und vorübergehende kognitive Beeinträchtigungen. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind die Risiken der Narkose.	gering	fehlt	B	nein	n. z.	169
DGBS 2014	**Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression** **Pharmakotherapie** **Allgemeine (substanzunabhängige) Empfehlungen zur Pharmakotherapie bipolarer Depresionen** **Therapie-Depression 10** In der Behandlung einer bipolaren Depression ist bei Substanzen, für die ein therapeutischer Serumspiegelbereich etabliert ist, die Maßnahme der ersten Wahl, wenn Non-Response festgestellt wurde, die Überprüfung des Serumspiegels. Dieses ist auch hilfreich zur Einschätzung der Einnahmeregelmäßigkeit.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	180

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
DGBS 2014	**Nichtmedikamentöse somatische Verfahren** **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** **Therapie-Depression 31** Elektrokonvulsiontherapie (EKT) sollte zur Behandlung schwerer therapieresistenter depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung durchgeführt werden. Limitierende Faktoren: Diese Empfehlung basiert nicht auf Placebo-kontrollierten Studienergebnissen. Häufige Nebenwirkungen sind mögliche Kopfschmerzen und vorübergehende kognitive Beeinträchtigungen. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind die Risiken der Narkose.	gering	fehlt	B	nein	ja	217
DGBS 2014	**Phasenprophylaxe** **Allgemeiner Hintergrund für alle Therapieoptionen** **Therapie-Prophylaxe 1** Trotz weitgehend fehlender Evidenz bietet sich in der Verlaufskontrolle bei vollkommener Wirkungslosigkeit der phasenprophylaktischen Strategie eher eine Umstellung auf eine neue Therapie, bei Teilerfolgen eher eine zusätzliche Maßnahme zur bereits laufenden Strategie an.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	232

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
DGBS 2014	**Pharmakotherapie** **Kombinationen und zusätzliche Medikation zu bestehender Behandlung** **Therapie-Prophylaxe 15** Ziel ist eine pharmakologische Monotherapie, bei unzureichender Wirksamkeit sollte eine pharmakologische Kombinationsbehandlung bzw. die zusätzliche Gabe eines Wirkstoffs erwogen werden. Eine Kombinationstherapie bzw. die zusätzliche Gabe eines Wirkstoffs kann erwogen werden, wenn ein Prophylaxeversuch mit einer Substanz zu einem nur partiellen Erfolg geführt hat. Es gibt keine Untersuchungen über die Frage, ob in diesem Fall der Wechsel auf eine andere Monotherapie oder die Kombination bzw. die zusätzliche Gabe eines Wirkstoffs sinnvoller ist. Hier müssen der Arzt und der Patient gemeinsam den bisherigen Erfolg und die Verträglichkeit abwägen.	gering	nein	state-ment	nein	n. z.	267
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Pharmacological interventions** If the first antipsychotic is poorly tolerated at any dose (including rapid weight gain) or ineffective at the maximum licensed dose, offer an alternative antipsychotic from the drugs listed in recommendation 6.6.1.3 [der Leitlinie], taking into account any advance statements, the person's preference and clinical context (including physical comorbidity, previous response to treatment and side effects).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	174

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Pharmacological interventions** If an alternative antipsychotic is not sufficiently effective at the maximum licensed dose, consider adding lithium. If adding lithium is ineffective, or if lithium is not suitable (for example, because the person does not agree to routine blood monitoring), consider adding valproateinstead.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	174

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2014	If the person is already taking valproate or another mood stabiliser as prophylactic treatment, consider increasing the dose, up to the maximum level in the BNF if necessary, depending on clinical response.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	175
	If there is no improvement, consider adding haloperidol, olanzapine, quetiapine or risperidone, depending on the person's preference and previous response to treatment. Follow the recommendations on using antipsychotics in section 7.6.1. [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	175
NCCMH 2014	If a person develops moderate or severe bipolar depression and is not taking a drug to treat their bipolar disorder, offer fluoxetine combined with olanzapine, or quetiapine on its own, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176
	▪ If the person prefers, consider either olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine on its own.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176
	▪ If there is no response to fluoxetine combined with olanzapine, or quetiapine, consider lamotrigine on its own. Follow the recommendations on using antipsychotics and lamotrigine in section 7.6.1[der Leitlinie].	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176
NCCMH 2014	If a person develops moderate or severe bipolar depression and is already taking lithium, check their plasma lithium level. If it is inadequate, increase the dose of lithium; if it is at maximum level, add either fluoxetine* combined with olanzapine or add quetiapine, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177
	If the person prefers, consider adding olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine to lithium.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176/ 177
	▪ If there is no response to adding fluoxetine combined with olanzapine, or adding quetiapine, stop the additional treatment and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177
	consider adding lamotrigine to lithium.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	176/ 177

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2014 (Forts.)	▪ Follow the recommendations in section 7.6.1 [der Leitlinie] on using lithium, antipsychotics and lamotrigine.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	176/ 177
NCCMH 2014	If a person develops moderate or severe bipolar depression and is already taking valproate, consider increasing the dose within the therapeutic range.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177
	If the maximum tolerated dose, or the top of the therapeutic range, has been reached and there is a limited response to valproate, add fluoxetine combined with olanzapine or add quetiapine, depending on the person's preference and previous response to treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	177
	Follow the recommendations in section 7.6.1 [der Leitlinie] on using valproate, antipsychotics and lamotrigine.						
	▪ If the person prefers, consider adding olanzapine (without fluoxetine) or lamotrigine to valproate.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177
	▪ If there is no response to adding fluoxetine combined with olanzapine, or adding quetiapine, stop the additional treatment	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	177
	and consider adding lamotrigine to valproate.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	177
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Managing bipolar disorder in adults in the longer term in secondary care** **Pharmacological interventions**						
	Offer lithium as a first-line, long-term pharmacological treatment for bipolar disorder and:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
	▪ if lithium is ineffective, consider adding valproate	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	239
	▪ if lithium is poorly tolerated, or is not suitable (for example, because the person does not agree to routine blood monitoring), consider valproate or olanzapine instead or, if it has been effective during an episode of mania or bipolar depression, quetiapine.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	239

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
NCCMH 2014 (Forts.)	Discuss with the person the possible benefits and risks of each drug for them.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Is patient in full remission** **Action statement** Assess adherence to therapy, and other possible causes for partial response or non-response.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	15
VADoD 2010	**Add/Change anti manic medication until stable or consider alternative therapy** **Action statement** Patients whose mania or mixed episode does not respond to adequate doses of a single medication should be receiving more aggressive medication treatment or hospitalization.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	16
VADoD 2010	1. Patients whose mania does not respond to monotherapy should be considered for consultation/referral with specialty care. For patient with severe mania or mixed episode – see Annotation A-6 [der Leitlinie]	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	16
VADoD 2010	2. Reassess for co-occurring medical conditions that may also contribute to greater bipolar illness severity and reduced recovery.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	17
VADoD 2010	3. Escalating pharmacotherapy may be considered for patients whose mania/mixed episode or hypomania does not respond to monotherapy. The possible options for escalating pharmacotherapy include:	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	17
	a) Switching to another monotherapy may be considered if the patient did not respond to the first medication.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	17

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
VADoD 2010 (Forts.)	b) In patients with mania/hypomania who do not respond to monotherapy, consider combining a non-antipsychotic mood stabilizer (lithium or valproate) with a second generation antipsychotic such as aripiprazole, olanzapine, quetiapine, or risperidone	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	17
	or ziprasidone.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	17
	c) In patients with mixed episode who do not respond to monotherapy, consider a combination of non-antipsychotics mood stabilizer (lithium or valproate) and a second generation antipsychotic such as aripiprazole, olanzapine, or risperidone	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	17
	or quetiapine or ziprasidone.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	17
VADoD 2010	4. Clozapine, with its more serious side effect profile, may be combined with valproate or lithium as a treatment of severe mania or mixed episode, if it has been successful in the past or if other antipsychotics have failed.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	17
VADoD 2010	5. Adjust medications if there is no response within 2 – 4 weeks on an adequate dose of medication.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	17
VADoD 2010	6. Electroconvulsive therapy (ECT) may be considered for patients with severe mania patients or whose mania is treatment resistant, those patients who express a preference for ECT, and patients with severe mania during pregnancy.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	17
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Pharmacotherapy for bipolar depression** **Combination strategies** 13. Combining lithium with lamotrigine can be considered for patients with BD depression who do not respond to monotherapy.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	26
VADoD 2010	14. When patients do not respond to treatment options that have shown better efficacy, antidepressant augmentation with SSRI, SNRI, buproprion, and MAOI can be considered for short-term treatment monitoring closely for triggering of manic symptoms.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	26

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
VADoD 2010	**Modify dose or medication of indicated, using medications effective for bipolar depression** 6. Adjust medications if there is no response within 2 – 4 weeks on an adequate dose of medication. Adjustment may include: a) Augmenting with additional agents (See Annotation B-6 [der Leitlinie]). b) Discontinue the current agent and switch to another effective medication (See Annotation B-6 [der Leitlinie]). c) If multiple trials of switching medications or augmentation strategies have not been effective consider ECT.	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	27
VADoD 2010	**Assess adherence, side effects, and psychosocial barriers to therapy; assess risk for suicide** **Action statement** Assess adherence to treatment, and other possible causes for partial response or no-response.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	31
VADoD 2010	**Consider ECT or alternative therapies; monitor for risk for mood destabilization** **Action statement** ECT should be utilized for the treatment of severe and refractory bipolar depression in patients who consent and have no absolute medical contraindications.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	33
VADoD 2010	1. Electro-convulsive therapy (ECT) should be initiated in patients with severe or refractory bipolar depression who consent and have no absolute medical contraindications.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	33

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Therapie							
VADoD 2010	**Modul E: pharmacotherapy interventions** **Electroconvulsive therapy** 2. Electroconvulsive therapy (ECT) should be 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,	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	107
VADoD 2010	5. ECT may be considered as augmented therapy in the following a) treatment failure b) unavoidable adverse effects using alternative treatments c) deterioration of patient's condition such that the first criterion is met.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	107
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Phasenprophylaxe** **Pharmakotherapie** **Stimmungsstabilisierer** **Carbamazepin** **Therapie-Prophylaxe 3** Carbamazepin kann in der Phasenprophylaxe Bipolarer Störungen eingesetzt werden. Limitationen**:** In der Zulassung ist spezifiziert, dass Carbamazepin dann zugelassen ist, wenn die Therapie mit Lithium versagt hat bzw. wenn Patienten unter Lithium schnelle Phasenwechsel erlebten und wenn mit Lithium nicht behandelt werden darf. Mögliche Nebenwirkungen, insbesondere Sedierung und hohes Interaktionsrisiko, sind zu beachten.	gering	nein	0	nein	ja	237

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Lamotrigin** **Therapie-Prophylaxe 4** Lamotrigin sollte in der Langzeitbehandlung zur Prophylaxe depressiver Episoden bei Patienten mit Bipolarer Störung eingesetzt werden, die das Präparat in der Akutphase der Erkrankung erhalten und ausreichend gut vertragen haben.	moderat	fehlt	B	nein	ja	241
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 5** Der Einsatz von Lamotrigin kann in der Langzeitbehandlung zur Prophylaxe depressiver Episoden erwogen werden, auch wenn es nicht in der depressiven Akutphase gegeben wurde.	moderat	fehlt	KKP „kann“	nein	ja	240
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 6** Zur Prophylaxe manischer Episoden mit Lamotrigin gibt es keine gesicherten Erkenntnisse. Anmerkung: Lamotrigin ist zur Prävention depressiver, nicht aber manischer Episoden zugelassen.	moderat	fehlt	state-ment	nein	ja	241
DGBS 2014	**Lithium** **Therapie-Prophylaxe 7** Lithium soll zur Phasenprophylaxe bei Bipolaren Störungen eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Folgende Faktoren sind zu beachten: komplizierte Handhabbarkeit (Erfordernis von Blutkontrollen vor Therapiebeginn und unter der Behandlung); enger Dosisbereich und Risiken bei Überdosierung.	moderat	fehlt	A	ja	n. z.	248
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 8** Lithium soll bei Patienten mit Bipolarer Störung und einem hohen Suizidrisiko zur Phasenprophylaxe eingesetzt werden, da es Hinweise darauf gibt, dass Lithium im Langzeitverlauf antisuizidal wirkt.	moderat	fehlt	A	ja	n. z.	249

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Valproat** **Therapie-Prophylaxe 9** Valproat kann zur Phasenprophylaxe bei Bipolaren Störungen eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Mögliche Nebenwirkungen, vor allem gastrointestinale Beschwerden und Fatigue, sowie selten Thrombozytopenien, sind zu beachten. Einschränkend ist zu beachten, dass Valproat wegen der Teratogenität und des Risikos polyzistischer Ovarien *nicht* für Frauen im gebärfähigen Alter empfohlen wird.	gering	nein	0	nein	ja	252
DGBS 2014	**Atypische Neuroleptika** **Aripiprazol** **Therapie-Prophylaxe 10** Aripiprazol kann in der Langzeitbehandlung zur Prophylaxe manischer Episoden bei Bipolaren Störungen bei Patienten eingesetzt werden, die auf eine antimanische Akuttherapie mit Aripiprazol bei ausreichender Verträglichkeit angesprochen haben. **Limitierende Faktoren:** Im Placebovergleich treten vermehrte Schlafstörungen, Unruhe und Akathisie mit Aripiprazol auf. Akathisie ist häufig und kann den Nutzen deutlich limitieren. Anmerkung: Aripiprazol ist nur für die Prophylaxe manischer, nicht aber depressiver Phasen zugelassen.	gering	nein	0	nein	ja	254

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Asenapin** **Therapie-Prophylaxe 11** Auf Grund der unzureichenden Datenlage kann derzeit keine Empfehlung bezüglich Asenapin zur Phasenprophylaxe bei Bipolaren Störungen formuliert werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	255
DGBS 2014	**Olanzapin** **Therapie-Prophylaxe 12** Olanzapin kann zur Prophylaxe Bipolarer Störungen bei Patienten, bei denen das Präparat in einer manischen Akutphase wirksam und verträglich war, eingesetzt werden. **Limitierende Faktoren:** Das bei längerer Einnahme festgestellte häufigere Auftreten einer signifikanten Gewichtszunahme und die damit assoziierten Risiken müssen beachtet werden.	moderat	fehlt	0	nein	ja	258
DGBS 2014	**Quetiapin** **Therapie-Prophylaxe 13** Abratend: Quetiapin ist als Monotherapie in der Phasenprophylaxe nicht ausreichend untersucht und kann daher derzeit nicht empfohlen werden.	gering	nein	0	nein	ja	259

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Risperidon** **Therapie-Prophylaxe 14** Risperidon-Depot kann als Monotherapie zur Prophylaxe bei Patienten eingesetzt werden, die bereits in der Akuttherapie auf diese Substanz angesprochen haben. Dies gilt vor allem für bipolare Patienten mit Überwiegen der manischen Episoden im Krankheitsverlauf. Limitierende Faktoren: Off-Label-Use: Risperidon ist nicht zur Phasenprophylaxe bei Bipolaren Störungen zugelassen. Mögliche Nebenwirkungen, wie Gewichtszunahme, Prolaktinerhöhung und EPMS in höheren Dosierungen, sind zu beachten.	n. a.	fehlt	0	nein	ja	260
DGBS 2014	**Kombinationen und zusätzliche Medikation zu bestehender Behandlung** **Therapie-Prophylaxe 15** Ziel ist eine pharmakologische Monotherapie, bei unzureichender Wirksamkeit sollte eine pharmakologische Kombinationsbehandlung bzw. die zusätzliche Gabe eines Wirkstoffs erwogen werden. Eine Kombinationstherapie bzw. die zusätzliche Gabe eines Wirkstoffs kann erwogen werden, wenn ein Prophylaxeversuch mit einer Substanz zu einem nur partiellen Erfolg geführt hat. Es gibt keine Untersuchungen über die Frage, ob in diesem Fall der Wechsel auf eine andere Monotherapie oder die Kombination bzw. die zusätzliche Gabe eines Wirkstoffs sinnvoller ist. Hier müssen der Arzt und der Patient gemeinsam den bisherigen Erfolg und die Verträglichkeit abwägen.	gering	nein	state-ment	nein	n. z.	267

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 16** Auf Grund der unzureichenden Datenlage kann derzeit keine Empfehlung bezüglich der zusätzlichen Gabe von Gabapentin zur Phasenprophylaxe bei Bipolaren Störungen formuliert werden.	gering	nein	state-ment	nein	n. z.	267
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 17** Es gibt einen Hinweis auf die Wirksamkeit der Kombination von Olanzapin mit Lithium oder Valproat als Phasenprophylaxe bei Patienten mit Bipolaren Störungen, welche vorher in der Akutbehandlung auf eine dieser Kombinationen respondiert haben. Wegen der bislang spärlichen Datenlage kann derzeit keine Empfehlung formuliert werden.	gering	nein	state-ment	nein	n. z.	267
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 18** Quetiapin kann *zusätzlich* zu Lithium oder Valproat in der Phasenprophylaxe bei Patienten mit Bipolaren Störungen eingesetzt werden, welche vorher in der Akutbehandlung auf eine dieser Kombinationen respondiert haben.	gering	nein	0	nein	n. z.	267
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 19** Lithium kann *kombiniert* mit Valproat in der Phasenprophylaxe bei Patienten mit Bipolaren Störungen gegeben werden. Es gibt jedoch keinen Hinweis darauf, dass eine zusätzliche Gabe von Valproat eine *bestehende* Lithiumtherapie verstärkt.	gering	nein	0	nein	n. z.	267
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 20** Ziprasidon kann *zusätzlich* zu Lithium oder Valproat in der Phasenprophylaxe bei Patienten mit Bipolaren Störungen eingesetzt werden, die in einer manischen oder gemischten Phase auf Ziprasidon respondiert haben.	gering	nein	0	nein	n. z.	267
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 21** Risperidon-Depot kann *zusätzlich* zu Stimmungsstabilisierern in der Prophylaxe der Bipolaren Störung bei Patienten mit Rapid-Cycling eingesetzt werden.	gering	nein	0	nein	n. z.	268

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Therapie-Prophylaxe 22** Auf Grund der unzureichenden Datenlage kann derzeit keine Empfehlung bezüglich der zusätzlichen Gabe von N-Acetyl-Cystein zur Phasenprophylaxe bei Bipolaren Störungen formuliert werden. Es konnte nur eine Studie beurteilt werden, die widersprüchliche Ergebnisse der beiden primären Outcome-Parameter zeigt.	gering	nein	state-ment	nein	n. z.	268
DGBS 2014	**Psychotherapie** **Phasenprophylaxe insgesamt/generelle Prophylaxe** **Ausführliche und interaktive Gruppenpsychoeduktion** **Therapie-Prophylaxe 23** Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung einer Bipolaren Störung sollte eine ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation durchgeführt werden.	moderat	nein	B	nein	ja	271
DGBS 2014	**Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)** **Therapie-Prophylaxe 24** Eine rezidiv-prophylaktische Behandlung einer Bipolaren Störung mit einer manualisierten, strukturierten kognitiven Verhaltenstherapie kann bei aktueller Stabilität und weitgehend euthymer Stimmungslage empfohlen werden.	gering	nein	0	nein	ja	274
DGBS 2014	**Familienfokussierte Psychotherapie** **Therapie-Prophylaxe 25** Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung einer Bipolaren Störung kann eine familienfokussierte Therapie angeboten werden.	gering	nein	0	nein	n. z.	276
DGBS 2014	**Familienfokussierte Psychotherapie** **Therapie-Prophylaxe 26** Die familienfokussierte Therapie zeigt zum Teil deutliche rezidiv-prophylaktische Effekte, aber die Therapiemodalitäten (zwei Therapeuten, Zuhause bei der Familie) machen die Umsetzung schwierig. Es handelt sich allerdings um die einzige Behandlungsform, die bislang zeigen konnte, dass das Risiko mehrerer Rezidive gesenkt werden kann.	gering	nein	state-ment	nein	n. z.	276

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT)** **Therapie-Prophylaxe 27** Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung einer Bipolaren Störung kann dann eine Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie fortgeführt werden, wenn sie bereits in der akuten Episode begonnen wurde und eine langfristige und kontinuierliche Betreuung intendiert ist (und keine zeitlich befristete Kurzzeittherapie).	gering	nein	0	nein	ja	277
DGBS 2014	**Rezidivprophylaxe bezüglich manischer Episoden** **Einfache Psychoedukation** **Therapie-Prophylaxe 28** Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung manischer Episoden einer Bipolaren Störung kann eine einfache Psychoedukation, die auf das Erkennen von Frühwarnzeichen fokussiert, durchgeführt werden.	gering	nein	0	nein	ja	279
DGBS 2014	**Ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation** **Therapie-Prophylaxe 29** Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung manischer Episoden einer Bipolaren Störung sollte eine ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation durchgeführt werden.	moderat	fehlt	B	nein	ja	281
DGBS 2014	**Kognitive Verhaltenstherapie** **Therapie-Prophylaxe 30** Wenn eine rezidiv-prophylaktische Behandlung manischer Episoden einer Bipolaren Störung im Vordergrund steht, kann aufgrund der Datenlage für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung keine Empfehlung ausgesprochen werden. Es gibt keine empirischen Belege dafür, dass eine zusätzliche kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung konsistent und dauerhaft besser wirkt als eine rein medikamentöse Behandlung.	gering	nein	state-ment	nein	ja	283

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Familienfokussierte Psychotherapie** **Therapie-Prophylaxe 31** Wenn eine rezidiv-prophylaktische Behandlung manischer Episoden einer Bipolaren Störung im Vordergrund steht, kann aufgrund der Datenlage für die familienfokussierte Behandlung keine Empfehlung formuliert werden. Es gibt keine empirischen Belege dafür, dass eine zusätzliche familienfokussierte Behandlung konsistent und dauerhaft besser wirkt als eine rein medikamentöse Behandlung.	gering	nein	state-ment	nein	ja	284
DGBS 2014	**Rezidivprophylaxe bezüglich depressiver Episoden** **Einfache Psychoedukation** **Therapie-Prophylaxe 32** Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung depressiver Episoden einer Bipolaren Störung kann aufgrund der Datenlage für eine einfache Psychoedukation keine Empfehlung formuliert werden.	gering	nein	state-ment	nein	ja	286
DGBS 2014	**Ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation** **Therapie-Prophylaxe 33** Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung von depressiven Episoden einer Bipolaren Störung sollte eine ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation angeboten werden.	moderat	fehlt	B	nein	ja	288
DGBS 2014	**Kognitive Verhaltenstherapie** **Therapie-Prophylaxe 34** Wenn im Vordergrund eine rezidiv-prophylaktische Behandlung depressiver Episoden einer Bipolaren Störung steht, dann sollte eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie angeboten werden.	gering	nein	B	nein	ja	290

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Familienfokussierte Therapie** **Therapie-Prophylaxe 35** Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung depressiver Episoden einer Bipolaren Störung kann eine Psychotherapie angeboten werden. Empirische Belege liegen für familienfokussierte Psychotherapie vor.	gering	nein	0	nein	ja	291
DGBS 2014	**Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren** **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** **Therapie-Prophylaxe 36** Nach erfolgreicher Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) zur Akutbehandlung kann aufgrund klinischer Erfahrung zur Aufrechterhaltung des therapeutischen Erfolgs als Therapieoption auch eine Fortführung der EKT angeboten werden. Dies kommt vor allem dann in Frage, wenn Patienten auf eine andere leitliniengerechte phasenprophylaktische Therapie nicht angesprochen haben und eine Fortführung der EKT wünschen. Limitierende Faktoren: Diese Empfehlung basiert nicht auf Studienergebnissen. Häufige Nebenwirkungen sind mögliche Kopfschmerzen und vorübergehende kognitive Beeinträchtigungen. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind die Risiken der Narkose. Ein stimmberechtigtes Mitglied der Konsensuskonferenz konnte sich dem Konsens für die offene Empfehlung nicht anschließen (Veto).	n. a.	fehlt	0	nein	nein	292
DGBS 2014	**Neuere Hirnstimulationsverfahren** **Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)** **Therapie-Prophylaxe 37** Es liegen keine Studienergebnisse und keine hinreichende klinische Erfahrung zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) in der Phasenprophylaxe bipolarer Störung vor.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	293

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Vagusnervstimulation (VNS)** **Therapie-Prophylaxe 38** Trotz der vorliegenden Langzeitstudien kann für die Vagusnervstimulation (VNS) derzeit noch keine Empfehlung zur phasenprophylaktischen Behandlung der Bipolaren Störung formuliert werden.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	294
DGBS 2014	**Lichttherapie** **Therapie-Prophylaxe 39** Es liegen keine qualitativ ausreichenden Studienergebnisse und keine hinreichende klinische Erfahrung zur Lichttherapie in der Phasenprophylaxe Bipolarer Störungen vor.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	294
DGBS 2014	**Wachtherapie** **Therapie-Prophylaxe 40** Es liegen keine qualitativ ausreichenden Studienergebnisse und keine hinreichende klinische Erfahrung zur Wachtherapie in der Phasenprophylaxe Bipolarer Störungen vor.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	nein	294
DGBS 2014	**Unterstützende Therapieverfahren** **Therapie-Prophylaxe 41** Obwohl empirische Untersuchungen spezifisch zu Bipolaren Störungen in ausreichender Qualität fehlen, legt die klinische Erfahrung nahe, dass kreative und handlungsorientierte Therapieverfahren wie beispielsweise Ergo-, Kunst- und Musik-/Tanztherapie im Rahmen eines ambulanten oder (teil-) stationären Behandlungskonzepts zur psychischen und sozialen Stabilisierung bipolarer Patienten beitragen können.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	295

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
DGBS 2014	**Unterstützende Therapieverfahren** **Therapie-Prophylaxe 42** Obwohl empirische Untersuchungen spezifisch zu Bipolaren Störungen in ausreichender Qualität fehlen, legt die klinische Erfahrung nahe, dass Entspannungsverfahren (wie z. B. die Progressive Muskelrelaxation) im Rahmen eines ambulanten oder (teil-) stationären Behandlungskonzepts bipolarer Patienten beitragen können, Patienten durch die Linderung spezifischer Symptome (wie z. B. Anspannung oder Schlafstörungen) zu stabilisieren.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	296
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen Therapieresistenz einschließlich Rapid Cycling** **Sonderform Rapid Cycling** **Therapie-spezifisch 30** Lamotrigin kann zur Phasenprophylaxe bei Bipolaren Störungen bei Patienten mit Rapid-Cycling eingesetzt werden.	n. a.	fehlt	0	nein	n. z.	332
NCCMH 2014	**Pharmacological and medical interventions for acute episodes** **Managing mania or hypomania in adults in secondary care** **Reviewing treatment for mania** Within 4 weeks of resolution of symptoms, discuss with the person, and their carers if appropriate, whether to continue treatment for mania or start long-term treatment (see 7.6.1.2-7.6.1.5 and 8.3.1.5-8.3.1.7 [der Leitlinie]). Explain the potential benefits of long-term treatment and the risks, including side effects of medication used for long-term treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	175
NCCMH 2014	**Reviewing treatment for bipolar depression** Within 4 weeks of resolution of symptoms, discuss with the person, and their carers if appropriate, whether to continue psychological or pharmacological treatment for bipolar depression or start long-term treatment (see section 7.6.1.2-7.6.1.5 and 8.3.1.5-8.3.1.7 [der Leitlinie]). Explain the potential benefits of long-term treatment and the risks, including side effects of medication used for long-term treatment.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	178

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Managing bipolar disorder in adults in the longer term in secondary care** **Pharmacological interventions**						
	When planning long-term pharmacological treatment to prevent relapse, take into account drugs that have been effective during episodes of mania or bipolar depression.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	238
	Discuss with the person whether they prefer to continue this treatment or switch to lithium, and explain that lithium is the most effective long-term treatment for bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	238
NCCMH 2014	Offer lithium as a first-line, long-term pharmacological treatment for bipolar disorder and:	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
	▪ if lithium is ineffective, consider adding valproate	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	239
	▪ if lithium is poorly tolerated, or is not suitable (for example, because the person does not agree to routine blood monitoring), consider valproate or olanzapine** instead or, if it has been effective during an episode of mania or bipolar depression, quetiapine.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	239
	Discuss with the person the possible benefits and risks of each drug for them.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	239
NCCMH 2014	**How to use medication** Do not offer gabapentin or topiramate to treat bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	240

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
NCCMH 2014	**Using antipsychotic medication** **Starting antipsychotic medication** Treatment with antipsychotic medication should be considered an explicit individual therapeutic trial. Carry out the following: ▪ Discuss and record the side effects that the person is most willing to tolerate. ▪ Record the indications and expected benefits and risks of antipsychotic medication, and the expected time for a change in symptoms and appearance of side effects. ▪ At the start of treatment prescribe a dose that is appropriate for the phase and severity of the illness. ▪ Justify and record reasons for doses outside the range given in the BNF or SPC, and inform the person that such treatment is unlicensed. ▪ Record the rationale for continuing, changing or stopping medication, and the effects of such changes*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	240/ 241
	▪ Do not routinely prescribe a dose above the maximum recommended in the BNF or SPC.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	240/ 241
NCCMH 2014	**Monitoring antipsychotic medication** Do not start regular combined antipsychotic medication, except for short periods (for example, when changing medication)*. *From Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	241
NCCMH 2014	**Stopping antipsychotic drugs** If stopping an antipsychotic drug, reduce the dose gradually over at least 4 weeks to minimise the risk of relapse.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	241

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
NCCMH 2014	**Monitoring antipsychotic medication** „As required“ (p.r.n.) prescriptions of antipsychotic medication should be made as described in recommendation 7.6.1.12. [der Leitlinie] Review clinical indications, frequency of administration, therapeutic benefits and side effects each week or more often if needed.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	241
	Ensure that p.r.n. prescriptions have not unintentionally led to a total antipsychotic dosage above the maximum specified in the BNF or SPC*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	241
NCCMH 2014	**Using lithium** **Starting lithium** Measure plasma lithium levels 1 week after starting lithium and 1 week after every dose change, and weekly until the levels are stable. Aim to maintain plasma lithium level between 0,6 and 0,8 mmol per litre in people being prescribed lithium for the first time.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
NCCMH 2014	Advise people taking lithium to: ▪ seek medical attention if they develop diarrhoea or vomiting or become acutely ill for any reason	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ ensure they maintain their fluid intake, particularly after sweating (for example, after exercise, in hot climates or if they have a fever), if they are immobile for long periods or if they develop a chest infection or pneumonia	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ talk to their doctor as soon as possible if they become pregnant or are planning a pregnancy.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
NCCMH 2014	Warn people taking lithium not to take over-the-counter non-steroidal antiinflammatory drugs and avoid prescribing these drugs for people with bipolar disorder if possible; if they are prescribed, this should be on a regular (not p.r.n.) basis and the person should be monitored monthly until a stable lithium level is reached and then every 3 months.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
NCCMH 2014	**Monitoring lithium** When discussing whether to continue lithium, take into account clinical efficacy, other risk factors for renal impairment and cardiovascular disease, and degree of renal impairment; if needed seek advice from a renal specialist and a clinician with expertise in managing bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	**Stopping lithium** If stopping lithium, reduce the dose gradually over at least 4 weeks, and preferably up to 3 months, even if the person has started taking another antimanic drug.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	**Using valproat** **Starting valproat** Advise people taking valproate, and their carers, how to recognise the signs and symptoms of blood and liver disorders and to seek immediate medical help if any of these develop. Stop valproate immediately if abnormal liver function* or blood dyscrasia is detected. *Although the absolute values of hepatic enzymes are a poor indicator of the extent of hepatic damage, it is generally accepted that if these are persistently elevated to over 3 times the upper normal limit, continuing to rise or accompanied by clinical symptoms, the suspected drug should be withdrawn. Raised hepatic enzymes of any magnitude accompanied by reduced albumin or impaired clotting suggest severe liver disease.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244
NCCMH 2014	When prescribing valproate, be aware of its interactions with other anticonvulsants (particularly carbamazepine and lamotrigine) and with olanzapine and smoking.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
NCCMH 2014	**Stopping valproat** If stopping valproate, reduce the dose gradually over at least 4 weeks to minimise the risk of relapse.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244
NCCMH 2014	**Using lamotrigine** **Starting lamotrigine** Advise people taking lamotrigine to: ▪ contact their doctor immediately if they develop a rash while the dose of lamotrigine is being increased ▪ tell you if they are pregnant or planning a pregnancy.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244
NCCMH 2014	**Stopping lamotrigine** If stopping lamotrigine, reduce the dose gradually over at least 4 weeks to minimise the risk of relapse.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	245
NCCMH 2014	**Promoting recovery and return to primary care** **Managing bipolar disorder in primary care** Do not start lithium to treat bipolar disorder in primary care for people who have not taken lithium before, except under shared-care arrangements.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	246
NCCMH 2014	Do not start valproate in primary care to treat bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	246

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
NCCMH 2014	**Psychological and psychosocial interventions for acute episodes and long-term management in adults** **Managing bipolar disorder in adults in the longer term in secondary care** Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidencebased* manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression. *This is defined as being based on at least one RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264
NCCMH 2014	Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should: ▪ provide information about bipolar disorder	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264/ 265
	▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse	n. a.	fehlt	could be used	ja	n. z.	264/ 265
	▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264/ 265
	▪ address relapse risk, distress and how to improve functioning	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264/ 265
	▪ develop plans for relapse management and staying well	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264/ 265
	▪ consider problem-solving to address communication patterns and managing functional difficulties.	n. a.	fehlt	could be used	ja	n. z.	264/ 265

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
NCCMH 2014 (Forts.)	In addition: ▪ individual programmes should be tailored to the person's needs based on an individualised assessment and psychological formulation ▪ group programmes should include discussion of the information provided with a focus on its relevance for the participants.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	264/ 265
NCCMH 2014	**Management of physical health in adults** **Monitoring physical health in secondary care** People with bipolar disorder, especially those taking antipsychotics and long-term medication, should be offered a combined healthy eating and physical activity programme by their mental healthcare provider*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	279
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Add/Change anti manic medication until stable or consider alternative therapy** 7. Risks and benefits of long-term pharmacotherapy should be discussed prior to starting medication and should be a continued discussion item during treatment.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	17
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Modify dose or medication of indicated, using medications effective for bipolar depression** 8. Risks and benefits of long term pharmacotherapy should be discussed prior to starting medication and should be a continuing discussion item during treatment.	n. a.	fehlt	A	ja	n. z.	27

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
VADoD 2010	**Module C: Maintenance/prophylaxis phase** **Adult person with BD in symptomatic remission after an acute manic/hypomanic/mixed or depressive episode** 1. A structured approach to maintenance management of the patient with BD who has recently experienced an acute episode and is now in remission is recommended.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	35
VADoD 2010	2. Patients who have had an acute manic episode should be treated for at least 6 months after the initial episode is controlled and encouraged to continue on life-long prophylactic treatment with medication.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	35
VADoD 2010	4. Patients who have had more than one manic episode or with one manic and one depressive episode, or three or more depressive episodes, should be encouraged to continue on life-long prophylactic treatment, as the benefits clearly outweigh the risks.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	35
VADoD 2010	5. If medications are to be discontinued, they should be slowly and gradually tapered over at least a 2 to 4 week period, unless medically contraindicated, in order to prevent an episode of bipolar disorder and/or increase the risk of suicide.	n. z.	nein	B	nein	n. z.	35
VADoD 2010	**Assess course of illness, treatment history, and current clinical status** **Action statement** Patients with BD who have achieved remission from an acute episode require a thorough evaluation to determine appropriate maintenance treatment.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	37

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
VADoD 2010	**Assess course of illness, treatment history, and current clinical status** 1. A complete clinical assessment should be obtained for patients with BD who are entering the maintenance phase following an acute episode, to include: a) clinical status b) medical comorbidities c) psychiatric comorbidities d) psychosocial status e) current medications f) past medications g) medication compliance h) suicide risk i) substance use	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	37
VADoD 2010	**Institue maintenance medications that have demonstrated clinical efficacy for at least 6 months** **Action statement** Pharmacotherapy should optimally consist of a clinically effective medication for the prevention of manic and depressive episodes and should be prescribed to patients with bipolar disorder in the maintenance phase.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	38
VADoD 2010	1. Consider using the agent(s) that have been effective in the recent acute phase or in past mood episodes. (See Table C-2 [der Leitlinie]) **Table C-2: Effectiveness of bipolar medication in maintaining remission** **Likely to be beneficial** **Monotherapy:**	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	38
	▪ Lithium	n. a.	fehlt	B[e], A[f]	ja	nein	39
	▪ Lamotrigine	n. a.	fehlt	B[e], C[f]	nein	nein	39
	▪ Olanzapine	n. a.	fehlt	C[e], B[f]	nein	nein	39

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
VADoD 2010 (Forts.)	**Combination:**						
	▪ Quetiapine as adjunct to lithium or valproate	n. a.	fehlt	B	nein	nein	39
	▪ Olanzapine as adjunct to lithium or valproate	n. a.	fehlt	C	nein	nein	39
	Trade off between benefit and harm						
	▪ Valproate	n. a.	fehlt	C	nein	nein	39
	▪ Carbamazepine	n. a.	fehlt	C	nein	nein	39
	▪ Aripiprazole	n. a.	fehlt	B[f]	nein	nein	39
	Unknown:						
	▪ Clozapine	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	39
	▪ Gabapentin						
	▪ Haloperidol						
	▪ Olanzapine/Fluoxetine						
	▪ Oxcarbazepine						
	▪ Risperidone ***						
	▪ Topiramate						
	▪ Ziprasidone						
	***Consider Risperidone long-acting IM injection for patient with frequent recurrences						
	Unlikely to be beneficial or may be harmful						
	Antidepressant monotherapy	n. a.	fehlt	D	ja	nein	39
VADoD 2010	2. Consider reducing to a single medication (monotherapy) that has been shown to be most effective in delaying/preventing relapse while minimizing the potential risks by monitoring the patient closely.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	38

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
VADoD 2010	**Module C: Maintenance/prophylaxis phase** 3. Consider the pharmacokinetics, adverse effects, and drug-drug interactions when selecting the specific agent(s).	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	38
VADoD 2010	4. Lithium or olanzapine should be considered as first-line maintenance treatment for adults with BD to delay/prevent the recurrence of mania.	n. z. n. z.	fehlt fehlt	A B	ja nein	n. z. n. z.	38 38
VADoD 2010	5. Risperidone long-acting IM injection should be considered for patient with frequently relapses.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	38
VADoD 2010	6. Aripiprazole may be considered as a second line treatment to prevent or delay the recurrence of mania.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	38 38
VADoD 2010	7. Lithium, or lamotrigine, should be considered as a first-line treatment to prevent or delay the recurrence of bipolar depression.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	39
VADoD 2010	8. Olanzapine may be considered as a second line treatment to prevent /delay bipolar depressive episodes.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	39
VADoD 2010	9. Quetiapine augmentation of valproate or lithium should be considered a first-line maintenance treatment for adults with BP to maintain remission and prevent new episodes of all types.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	39
VADoD 2010	10. Adding Olanzapine to lithium or valproate may be used in maintenance treatment to delay or prevent symptomatic relapse.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	39
VADoD 2010	11. In patients with a history of severe or recent mania, lamotrigine should be used in combination with lithium, olanzapine, or aripiprazole.	n. z.	fehlt	I	nein	n. z.	39

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
VADoD 2010	12. Valproate and carbamazepine may also be considered as alternatives for maintenance medication.	n. z.	fehlt	C	nein	n. z.	39
VADoD 2010	13. There is insufficient evidence to recommend for or against other antipsychotic or anti-epileptic agents in the maintenance treatment of Bipolar Disorder.	n. z.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	39
VADoD 2010	**Providing psychoeducation, psychotherapy, and family intervention as indicated**						
	2. Consider psychoeducation and care management for patients with BD.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	40
	For best effect consider offering in a structured group setting with ongoing care/disease management.	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	40
VADoD 2010	3. Patients on prophylactic medications, who are recovering or have recovered from a manic or hypomanic episode, as well as those currently in a depressive episode and who are at high risk for nonadherence to medication; should be considered for one of the following evidence-based psychotherapeutic interventions:						40
	a) cognitive behavioral therapy (CBT)	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	41
	b) family Therapy	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	41
	c) interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	41
VADoD 2010	**Is patient in recurrence and meets DMS-IV-TR criteria for bipolar Episode?**						
	Action statement						
	For patients who experience a recurrence, manage their care according to the respective module.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	45
VADoD 2010	**Optimize medication regimen and psychotherapy interventions**						
	1. If patient is having intolerable side effects switch to another effective treatment.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	46

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
VADoD 2010	2. If symptoms of mania, hypomania, or depression re-occur but do not meet criteria for a relapse adjust current treatment as follows:						46
	▪ Assess compliance and if medications are in therapeutic range	n. a.	fehlt	I	nein	nein	46
	▪ Assess for other factors that may cause the symptoms (i.e., medical condition or substance use)	n. a.	fehlt	I	nein	nein	46
	▪ If medication is not in therapeutic range adjust medication to maximum range	n. a.	fehlt	I	nein	nein	46
	▪ Consider adding one of the evidence based psychotherapeutic interventions (See Module D Psychosocial Interventions)	n. a.	fehlt	B	nein	nein	46
	▪ Consider adding an augmenting agent (quetiapine or olanzapine)	n. a.	fehlt	A	ja	nein	46
	▪ Consider switching to another treatment that is effective for maintenance treatment.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	46
VADoD 2010	**Consider discontinuing medications that are not critical for mood stabiliuation while maintaining symptomatic and functional remission. Continue Follow-up to prevent recurrence and promote and rehabilitation**						
	1. Medications that are believed not to be critical for mood stabilization are recommended to be gradually tapered one at a time.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	46
VADoD 2010	2. In all of these cases the taper should be done gradually with close observation by the provider, patient, and if possible, other objective sources of information (e. g. spouses).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	46
VADoD 2010	3. If symptoms re-occur, alternative medications with lower side effects burden or using somewhat lower doses should be considered.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	46
VADoD 2010	**Module D: Psychosocial interventions** **Cognitive behavioral treatment (CBT)**						
	1. Cognitive Behavioral Treatment (CBT) may be considered as an adjunct to pharmacotherapy for patients with BD who have achieved remission from an acute manic episode and who have had fewer than 12 previous BD acute episodes	n. z.	fehlt	A	ja	n. z.	50

(Fortsetzung)

Tabelle 59: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und Langzeittherapie							
VADoD 2010	**Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)** 1. Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) may be considered for patients with BD who have achieved remission from an acute manic episode and are maintained on prophylactic medication.	I, II	ja	B	nein	ja	52

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

e: Prevention of depression Episode

f: Prevention of mania/hypomania Episode

BD: Bipolar Disorder; BMI: Body-Mass-Index; BNF: British National Formulary; CBC: Complete Blood Count; w/diff CBC w/diff: complete blood count with differntial; CBT: Cognitive Behavioral Treatment; CBZ: Carbamazepine; DMS-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV edition Text Revision; ECT: Electroconvulsive Therapy; EPMS: Extrapyramidalmotorisches Symptom; FFT: Familien-fokussierte Behandlung; GDG: Guideline Development Group; GDT: Guideline Development Team; GP: general practitioner; GoR: Grade of Recommendation; eCrCl: estimated/calculated Creatinine Clearance; eGFR: Estimated glomerular Filtration; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); IM injection: Intramuscular Injection; IPSRT: Interpersonal and social Rhythm Therapy; KKP: Klinischer Konsenspunkt; LFTs: Liver Function Tests; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; RCT: Randomized controlled Trial; SPC: Summary of Product Characteristics; sCr: Serum Creatinine; UK: United Kingdom

Tabelle 60: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Komorbdität** **Psychische Komorbidität** **Diagnostik 21** Komorbide psychische Störungen sollten bei Bipolaren Störungen zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	B	nein	n. z.	65
DGBS 2014	**Somatische Komorbidität** **Diagnostik 23** Komorbide somatische Erkrankungen sollten zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	66
NCCMH 2014	**Management of physical health in adults** **Monitoring physical health in primary care** Identify people with bipolar disorder who have hypertension, have abnormal lipid levels, are obese or at risk of obesity, have diabetes or are at risk of diabetes (as indicated by abnormal blood glucose levels), or are physically inactive, at the earliest opportunity. Follow NICE guidance on hypertension, lipid modification, prevention of cardiovascular disease, obesity, physical activity and preventing type 2 diabetes*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	279
VADoD 2010	**Module C: Maintenance/prophylaxis phase** **Is there any medical or psychiatric comorbidity** **Action statement** Identify any medical or psychiatric comorbidity in patients receiving maintenance treatment for bipolar disorder.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	43

(Fortsetzung)

Tabelle 60: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Erwachsenen mit Komorbiditäten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	2. Refer patients with other co-occurring major psychiatric illnesses to specialty care.	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	43
VADoD 2010	4. Because of possibility of adverse drug-drug interactions, the provider should consider all current medications including OTC medication and nutritional supplements whenever new medications are prescribed.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	43
VADoD 2010	5. In selecting a drug treatment regimen for patients with bipolar disorder, clinicians should be aware of the patient's other psychiatric and medical conditions and should try to avoid exacerbating them.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	43
VADoD 2010	6. In selecting a drug treatment regimen for patients with diabetes or obesity consider the risk and benefit of utilizing medications that are less associated with weight gain.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	43

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a." bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z." bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja" bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein" bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt" wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a."), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.") oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja" bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein" bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z." bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenpunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; OTC: Over the Counter

Tabelle 61: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei älteren Patienten

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen** **Altersspezifische Besonderheiten** **Pharmakotherapie** **Antidepressiva** **Therapie-spezifisch 26** Bei einer Indikation für eine Behandlung mit einem Antidepressivum ist bei älteren Patienten den neueren Substanzen wie den SSRI aufgrund des oftmals günstigeren Nebenwirkungs- und Interaktionsprofils der Vorzug zu geben. Die substanzspezifischen Risiken für unerwünschte Wirkungen und Interaktionen sind bei der Indikationsstellung und im Monitoring der Behandlung zu beachten.	n. a.	fehlt	state-ment	nein	ja	316
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Using lithium** **Monitoring lithium** After the first year, measure plasma lithium levels every 6 months, or every 3 months for people in any of the following groups: ▪ older people ▪ people taking drugs that interact with lithium ▪ people who are at risk of impaired renal or thyroid function, raised calcium levels or other complications ▪ people who have poor symptom control ▪ people with poor adherence ▪ people whose last plasma lithium level was 0.8 mmol per litre or higher.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	**Using valproat** **Monitoring valproat** Monitor sedation, tremor and gait disturbance carefully in older people.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	244

(Fortsetzung)

Tabelle 61: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei älteren Patienten (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	**Modul F: Bipolar disorder in older adults** 11. There is growing concern regarding metabolic issues related to second-generation antipsychotics. The risk is greatest with clozapine and olanzapine, followed by quetiapine and risperidone, and then followed by aripiprazole and ziprasidone. If an older individual is to be maintained on a second-generation antipsychotic, baseline measures of weight, waist circumference, fasting blood glucose, and HbA1c should be obtained. Weight or waist circumference can be monitored every two months and fasting blood glucose checked every six months or sooner if there is significant weight gain.	n. z.	fehlt	n. z.	fehlt	n. z.	110

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); HbA1c: Glycosylated Hemoglobin; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors

Tabelle 62: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen in der Peripartalzeit

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Behandlungs spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen** **Kinderwunsch/Schwangerschaft/Stillzeit** **Pharmakotherapie** **Neuroleptika** **Atypische Neuroleptika** **Therapie-spezifisch 6** Olanzapin sollte zu einer Akutbehandlung einer Manie und zu einer Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Olanzapin ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	n. z.	305
DGBS 2014	**Therapie-spezifisch 7** Quetiapin soll zu einer Akutbehandlung einer Depression, einer Manie und zu einer Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität von Quetiapin ist nicht bekannt. Jedoch ist einschränkend zu bedenken, dass die Datenlage für diese Substanz gering ist.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	n. z.	305
DGBS 2014	**Stimmungsstabilisierer** **Carbamazepin** **Therapie-spezifisch 11** Nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung kann Carbamazepin im Einzelfall bei Fehlen von Alternativen als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität besteht für diese Substanz in Form von z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Beachte: Eine Kombination von Valproinsäure und Carbamazepin soll vermieden werden, da das teratogene Risiko bei gleichzeitiger Gabe steigt.	n. a.	fehlt	KKP „kann“	nein	ja	306

(Fortsetzung)

Tabelle 62: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen in der Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Lamotrigin** **Therapie-spezifisch 12** Lamotrigin sollte zur Behandlung einer bipolaren Depression und als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Es besteht eine spezifische Teratogenität für diese Substanz (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte), diese wird jedoch als gering eingestuft. In Anbetracht des häufigen Einsatzes der Substanz bei Schwangeren in den letzten Jahrzehnten ist das Risiko für genannte Fehlbildungen als relativ gering einzustufen.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	306
DGBS 2014	**Lithium** **Therapie-spezifisch 13** Lithium sollte als Phasenprophylaxe bei Schwangeren erwogen werden. Eine spezifische Teratogenität für diese Substanz besteht für das Herz- und Gefäßsystem des ungeborenen Kindes. In Anbetracht des häufigen Einsatzes der Substanz bei Schwangeren in den letzten Jahrzehnten ist das Risiko für genannte Fehlbildungen als relativ gering anzusehen, des Weiteren sind aufgetretene Fehlbildungen in den meisten Fällen nach der Geburt operabel. Beachte: Stillen während der Einnahme von Lithium kann nicht empfohlen werden, da das Risiko für das Kind, Nebenwirkungen oder Intoxikationen zu erleiden, als zu hoch einzustufen ist.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	307

(Fortsetzung)

Tabelle 62: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen in der Peripartalzeit (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Valproat** **Therapie-spezifisch 14** Abratend: Valproinsäure soll als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden nicht verabreicht werden. Eine spezifische Teratogenität für diese Substanz besteht in Form komplexer Fehlbildungen. Valproinsäure soll vor Eintritt einer Schwangerschaft abgesetzt werden. Wissenschaftlich belegt sind die Entwicklungsverzögerungen der Kinder, die gegenüber Valproinsäure exponiert waren, bis zum dritten Lebensjahr. Erwogen werden muss, ob von der Verordnung von Valproinsäure bei Frauen im gebärfähigen Alter generell abgeraten werden soll. Ist eine Schwangerschaft unter Valproinsäure eingetreten, kann die Substanz in der kleinstmöglichsten Dosierung weiter verordnet werden, die benötigt wird, um die Wirksamkeit aufrecht zu erhalten. Auf eine gleichzeitige Gabe von Folsäure ist zu achten. Eine Kombination von Valproinsäure und Carbamazepin soll vermieden werden, da das teratogene Risiko bei gleichzeitiger Gabe steigt.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	308
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Using valproat** **Starting valproat** Do not offer valproate to women of childbearing potential for long-term treatment or to treat an acute episode.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	243

(Fortsetzung)

Tabelle 62: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen in der Peripartalzeit (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenspunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; SSRI: Selective Serotonin reuptake Inhibitors

Tabelle 63: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Interventions for children and young people** **Bipolar depression** Offer a structured psychological intervention (individual cognitive behavioural therapy or interpersonal therapy) to young people with bipolar depression. The intervention should be of at least 3 months' duration and have a published evidence-based* manual describing how it should be delivered. * This is defined as being based on at least one RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	303
NCCMH 2014	If after 4 to 6 weeks there is no or a limited response to cognitive behavioural therapy or interpersonal therapy, carry out a multidisciplinary review and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	304
	consider an alternative individual or family psychological intervention.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	304
NCCMH 2014	After the multidisciplinary review, if there are coexisting factors such as comorbid conditions, persisting psychosocial risk factors such as family discord, or parental mental ill-health, consider: ▪ an alternative psychological intervention for bipolar depression for the young person, their parents or other family member or ▪ an additional psychological intervention for any coexisting mental health problems in line with relevant NICE guidance for the young person, their parents or other family member.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	304
NCCMH 2014	**Long-term management** After the multidisciplinary review, consider a structured individual or family psychological intervention for managing bipolar disorder in young people in the longer term.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	304

(Fortsetzung)

Tabelle 63: Leitlinienempfehlungen zur Therapiedauer und Verlaufskontrolle – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; RCT: Randomised controlled Trial

Tabelle 64: Leitlinienempfehlungen zur Rehabilitation – bipolaren Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Versorgung und Versorgungssystem** **Aktueller Zustand des deutschen Versorgungssystems (IST)** **Settings bzw. Versorgungsebenen** **Versorgung 1** Für Menschen mit Bipolaren Störungen ist der Erhalt bzw. die Schaffung von Arbeitsplätzen von hoher Relevanz, da berufliche Tätigkeit gesundheitsfördernd wirkt. Deswegen sollten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Integration ausgebaut und angeboten werden. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass Supported Employment besonders erfolgreich ist.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	356
DGBS 2014	**Versorgung 2** Gemeindenahe und bedarfsorientierte ambulante Angebote mit dem Ziel der Rehabilitation und Integration wie z. B. Informations- und Beratungsangebote, Ergotherapie, Sozialpsychiatrische Dienste, Tages- und Begegnungsstätten, ambulant betreutes Wohnen oder auch Angebote der Selbsthilfe sind unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von bipolar affektiven Patienten weiter auszubauen.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	357

(Fortsetzung)

Tabelle 64: Leitlinienempfehlungen zur Rehabilitation – bipolaren Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Ansätze zur Annäherung von SOLL und IST in der Versorgung der Patienten** **Notwendige Rahmenbedingungen** **Versorgung 6** Für eine qualitativ gute Versorgung von Menschen mit bipolar affektiven Störungen ist zu fordern: ▪ Zeitnaher Zugang zu entsprechender qualifizierter störungsspezifischer psychiatrischer Behandlung, Psychoedukation und psychotherapeutischer Behandlung ▪ Verfügbarkeit verbindlicher und bei Bedarf nachgehender Hilfen ▪ Verfügbarkeit von Kriseninterventionsbehandlungsplätzen (stationär ggf. teilstationär) ▪ Zugang und Verfügbarkeit zu rehabilitativen Angeboten mit störungsspezifischen Schwerpunkten, wenn Bedarf besteht ▪ Verfügbarkeit und Zugang zu störungsspezifischen Selbsthilfegruppen. Dabei muss das Versorgungssystem von einer Grundhaltung des Respekts und des trialogisch-partnerschaftlichen Umgangs zwischen Behandlern, Angehörigen und Betroffenen geprägt sein.	n. a.	fehlt	statement	nein	ja	365

(Fortsetzung)

Tabelle 64: Leitlinienempfehlungen zur Rehabilitation – bipolaren Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Promoting recovery and return to primary care** **Employment, education and occupational activities** Offer supported employment programmes to people with bipolar disorder in primary or secondary care who wish to find or return to work.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	246
	Consider other occupational or educational activities, including pre-vocational training, for people who are unable to work or unsuccessful in finding employment*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	246

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; n.ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; RCT: Randomised controlled Trial

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung** **Screening von Risikopersonen mit Verdacht auf das Vorliegen einer Bipolaren Störung** **Diagnostik 8** Screeninginstrumente allein eigenen sich nicht zur Diagnosestellung. Bei positivem Screening sollte zur Diagnosesicherung ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/für Nervenheilkunde hinzugezogen werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	57
DGBS 2014	**Spezifische Situation: Suizidialität** **Allgemeine Therapiemaßnahmen** **Suizidalität 4** Eine stationäre Einweisung muss für suizidale Patienten erwogen werden, ▪ die akut suizidgefährdet sind; ▪ die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen; ▪ die wegen der zugrunde liegenden Bipolaren Störung einer intensiven psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedürfen; ▪ wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität anders nicht möglich ist, oder ▪ wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt; ▪ die bereits einen Suizidversuch in der Vorgeschichte haben. ▪ geänderte Empfehlung mit wörtlicher Übernahme einzelner Elemente einer Empfehlung aus der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009) (Diese Empfehlung wird durch die Empfehlung Versorgung8-10 und den dazugehörigen Zusatz zur stationären Einweisung bei Eigen- und Fremdgefährdung ergänzt.)	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	ja	337

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Versorgung und Versorgungssystem** **Perspektiven der Versorgung und deren Umsetzung in Deutschland** **Umschriebene Versorgungsmodule** **Care and Case Management sowie andere gemeindepsychiatrische Konzepte** **Versorgung 3** Für Patienten mit Bipolaren Störungen sollten Ansätze des Case Management ausgebaut und dann angeboten werden. Dabei kommt dem Aspekt der Verbindlichkeit und der bedarfsweise nachgehenden Hilfegewährung besondere Bedeutung zu. Insbesondere die Vorgehensweise des Assertive Community Treatment (aufsuchende, teambasierte, gemeindenahe Versorgung) ist besonders zu empfehlen. Die Versorgung von Patienten mit Bipolaren Störungen in akuten Phasen durch Kriseninterventions- und Home Treatment Teams sollte außerdem angestrebt werden. Entsprechende Angebote sollten ausgebaut werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	361
DGBS 2014	**Weiterführende Versorgungsansätze** **Weitere besondere Organisations- und Vergützungssysteme (MVZ, regionales Psychiatriebudget, neues Entgeltsystem)** **Versorgung 4** Sektorübergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, die die strikte Trennung in ambulant, teilstationär und stationär überwinden, sollten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und somit auch für einen Teil der bipolar affektiven Patienten in Deutschland weiter entwickelt werden.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	ja	363
DGBS 2014	**Ansätze zur Annäherung von SOLL und IST in der Versorgung der Patienten** **Funktionen der am Betreuungsprozess beteiligten Partner** **Versorgung 7** Hausärzte und andere Behandler sollten bei Verdacht auf das Vorliegen einer bipolaren Erkrankung einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/für Nervenheilkunde hinzuziehen.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	366

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
DGBS 2014	**Versorgung 8** Eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder Abteilung sollte erfolgen: ▪ Bei drohender Eigen- oder Fremdgefährdung ▪ Wenn die Symptomatik und das daraus resultierende Verhalten sich derart verschlechtern, dass eine ambulante Behandlung als nicht ausreichend angesehen wird ▪ Bei den Therapieerfolg massiv behindernden Lebensumständen.	n. a.	fehlt	statement	nein	nein	366
DGBS 2014	**Versorgung 9** Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung muss eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder Abteilung erfolgen.	n. a.	fehlt	KKP „soll“	ja	nein	367
DGBS 2014	**Versorgung 10** Unter Berücksichtigung der rechtlichen Bestimmungen ist auch eine Einweisung ohne die Zustimmung des Patienten zu erwägen.	n. a.	fehlt	KKP n. ü.[d]	fehlt	nein	367
DGBS 2014	**Versorgung 11** Der Behandler muss gemeinsam mit dem Patienten, und bei Zustimmung des Patienten auch mit dessen Angehörigen, verfügbare Behandlungsangebote besprechen und es sollte gemeinsam entschieden werden, welche davon genutzt werden sollen. Der Behandler bzw. das Behandlungsteam sollten koordinierend tätig werden und bei Bedarf Rückmeldung über den Verlauf einholen.	n. a.	fehlt	KKP „sollte“	nein	nein	367
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Recognising and managing bipolar disorder in adults in primary care** **Recognising bipolar disorder in primary care and referral** When adults present in primary care with depression, ask about previous periods of overactivity or disinhibited behaviour.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	106
	If the overactivity or disinhibited behaviour lasted for 4 days or more, consider referral for a specialist mental health assessment.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	106

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	Refer people urgently for a specialist mental health assessment if mania or severe depression is suspected or they are a danger to themselves or others.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	106
NCCMH 2014	**Managing crisis, risk and behaviour that challenges in adults with bipolar disorder in secondary care** Develop a risk management plan jointly with the person, and their carer if possible, covering: ▪ identifiable personal, social, occupational, or environmental triggers and early warning signs and symptoms of relapse ▪ a protocol for applying the person's own coping strategies and increasing doses of medication or taking additional medication (which may be given to the person in advance) for people at risk of onset of mania or for whom early warning signs and symptoms can be identified ▪ agreements between primary and secondary care about how to respond to an increase in risk or concern about possible risk ▪ information about who to contact if the person with bipolar disorder and, if appropriate, their carer, is concerned or in a crisis, including the names of healthcare professionals in primary and secondary care who can be contacted. ▪ Give the person and their GP a copy of the plan, and encourage the person to share it with their carers.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	110

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Interventions and services for long-term management** **Using antipsychotic medication** **Monitoring antipsychotic medication**						
	The secondary care team should maintain responsibility for monitoring the efficacy and tolerability of antipsychotic medication for at least the first 12 months or until the person's condition has stabilised, whichever is longer.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	241
	Thereafter, the responsibility for this monitoring may be transferred to primary care under shared-care arrangements*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	241
NCCMH 2014	**Using lithium** **Starting lithium**						
	When starting lithium: ▪ advise the person that poor adherence or rapid discontinuation may increase the risk of relapse	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ measure the person's weight or BMI and arrange tests for urea and electrolytes including calcium, estimated glomerular filtration rate (eGFR), thyroid function and a full blood count	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ arrange an ECG for people with cardiovascular disease or risk factors for it	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ ensure the person is given appropriate national information (or a locally available equivalent) on taking lithium safely	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242
	▪ establish a shared-care arrangement with the person's GP for prescribing lithium and monitoring adverse effects.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	242

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Monitoring lithium** When discussing whether to continue lithium, take into account clinical efficacy, other risk factors for renal impairment and cardiovascular disease, and degree of renal impairment; if needed seek advice from a renal specialist and a clinician with expertise in managing bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	243
NCCMH 2014	**Promoting recovery and return to primary care** **Return to primary care** When making transfer arrangements for a return to primary care, agree a care plan with the person, which includes: ▪ clear, individualised social and emotional recovery goals ▪ a crisis plan indicating early warning symptoms and triggers of both mania and depression relapse and preferred response during relapse, including liaison and referral pathways ▪ an assessment of the person's mental state ▪ a medication plan with a date for review by primary care, frequency and nature of monitoring for effectiveness and adverse effects, and what should happen in the event of a relapse. Give the person and their GP a copy of the plan, and encourage the person to share it with their carers.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	245
NCCMH 2014	Encourage and support the person to visit their GP and discuss the care plan before discharge and transfer.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	245
NCCMH 2014	**Continuing treatment in secondary care** Continue treatment and care in an early intervention in psychosis service, a specialist bipolar disorder service or a specialist integrated communitybased team. Share physical health monitoring with primary care as outlined in section 9.4.1 [der Leitlinie].	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	245

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	Consider intensive case management for people with bipolar disorder who are likely to disengage from treatment or services*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	245
NCCMH 2014	**Return to primary care** Offer people with bipolar disorder whose symptoms have responded effectively to treatment and remain stable the option to return to primary care for further management. If they wish to do this, record it in their notes and coordinate transfer of responsibilities through the care programme approach*. *Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	245
NCCMH 2014	**Managing bipolar disorder in primary care** When working with people with bipolar disorder in primary care: ▪ engage with and develop an ongoing relationship with them and their carers ▪ support them to carry out care plans developed in secondary care and achieve their recovery goals ▪ follow crisis plans developed in secondary care and liaise with secondary care specialists if necessary ▪ review their treatment and care, including medication, at least annually and more often if the person, carer or healthcare professional has any concerns.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	246

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	If bipolar disorder is managed solely in primary care, re-refer to secondary care if any one of the following applies: ▪ there is a poor or partial response to treatment ▪ the person's functioning declines significantly ▪ treatment adherence is poor ▪ the person develops intolerable or medically important side effects from medication ▪ comorbid alcohol or drug misuse is suspected ▪ the person is considering stopping any medication after a period of relatively stable mood ▪ a woman with bipolar disorder is pregnant or planning a pregnancy.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	246
NCCMH 2014	Do not start lithium to treat bipolar disorder in primary care for people who have not taken lithium before, except under shared-care arrangements.	n. a.	fehlt	should not be used	ja	n. z.	246
NCCMH 2014	**Psychological and psychosocial interventions for acute episodes and long-term management in adults** **Managing bipolar disorder in primary care** Offer people with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based* manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression. *This is defined as being based on at least RCT published in a peer review journal showing effectiveness on depression symptoms in bipolar depression or in long-term treatment to reduce relapse in people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263/ 264

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
	Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood and if there are signs of hypomania or deterioration of the depressive symptoms, liaise with or refer the person to secondary care. If the person develops mania or severe depression, refer them urgently to secondary care.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	263/ 264
NCCMH 2014	**Management of physical health in adults** **Monitoring physical health in primary care** Develop and use practice case registers to monitor the physical and mental health of people with bipolar disorder in primary care*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	ja	278
NCCMH 2014	**Monitoring physical health in secondary care** Healthcare professionals in secondary care should ensure, as part of the care programme approach, that people with bipolar disorder receive physical healthcare from primary care as described in recommendations 9.4.1.1- 9.4.1.5 [der Leitlinie] after responsibility for monitoring has been transferred from secondary care*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	279

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Monitoring physical health in primary care** Monitor the physical health of people with bipolar disorder when responsibility for monitoring is transferred from secondary care, and then at least annually. The health check should be comprehensive, including all the checks recommended in recommendation 9.4.1.3 [der Leitlinie] and focusing on physical health problems such as cardiovascular disease, diabetes, obesity and respiratory disease. A copy of the results should be sent to the care coordinator and psychiatrist, and put in the secondary care records*. * Adapted from Psychosis and schizophrenia in adults (NICE clinical guideline 178).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	279
VADoD 2010	**Module A: bipolar acute maniac, hypomaniac, or mixed episode** **Severe mania, dangerousness, or psychotic features present?** 2. Any patient with suicidal ideation or suicide attempts necessitating psychiatric hospitalization should be considered for referral to mental health specialty care. (See Appendix B: Dangerous to Self or Others. [der Leitlinie])	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	7
VADoD 2010	3. Patients with a diagnosis of BD mania who present with severe symptoms with any of the following unstable conditions, need to be referred for urgent/emergent mental health intervention as these are inappropriate for care in the primary care setting: a) Delirium b) Marked psychotic symptoms c) Severe mania symptoms d) Suicidality or homicidality e) Potential for violence (e.g., ideas about or intent to harm others; history of violent behavior; severe agitation or hostility; active psychosis) f) Substance withdrawal or intoxication	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	7

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	**Refer for hospitalization** 2. Patients with urgent, unstable conditions, severe mania or mixed episode or elevated dangerousness should be referred to a higher level of care (hospitalization).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	8
VADoD 2010	3. Hospitalization should be considered in patients whose severe mania or mixed episode seriously impairs their ability to care for themselves.	n. a.	fehlt	I	nein	nein	8
VADoD 2010	**Module B: Bipolar acute depressive episode** **Is the patient at high risk of harming self or others?** 2. A referral to emergency services and/or a mental health professional is indicated for patients presenting with any of the following unstable conditions: g)Delirium h)Marked psychotic symptoms i) Severe depressive symptoms/depression (e.g., catatonia, malnourishment, severe disability) j) Suicidality or homicidality k)Potential for violence (e.g., ideas about or intent to harm others; history of violent behavior; severe agitation or hostility; active psychosis) l) Substance withdrawal or intoxication.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	23
VADoD 2010	3. Any patient with suicidal or homicidal ideation or attempts necessitating psychiatric hospitalization should be considered for referral to mental health specialty care. (See Appendix B: Dangerous to Self or Others [der Leitlinie]).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	23

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	4. Patients with a possible diagnosis of BD depression who exhibit any of the following characteristics related to psychosis need to be referred for urgent/emergent mental health intervention as these are inappropriate for care in the primary care setting: m) Serious delusions (e.g., fixed false beliefs) n) Visual or (typically) auditory hallucinations o) Confusion (incoherence) p) Catatonic behavior (e.g., motor immobility or excessive agitation) q) Extreme negativism or mutism r) Peculiar voluntary movement s) Inappropriate affect of a bizarre or odd quality.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	23
VADoD 2010	**Refer to hospitalization** 2. Patients with urgent, unstable conditions, severe depression or elevated dangerousness should be referred to a higher level of care (hospitalization).	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	nein	25
VADoD 2010	**Provide psychoeducation, psychotherapy, and family intervention as indicated** 3. Consider psychoeducation and care management for patients with BD.	n. a.	fehlt	B	nein	nein	29
VADoD 2010	**Module C: Maintenance/prophylaxis phase** **Is there any medical or psychiatric comorbidity** 2. Refer patients with other co-occurring major psychiatric illnesses to specialty care.	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	43
VADoD 2010	3. Refer patients who have had significant suicidality or homicidality to specialty care.	n. a.	fehlt	I	nein	n. z.	43
VADoD 2010	7. Primary care providers should continue follow patients who are referred to specialty care, and should coordinate the management of all of their health conditions.	n. a.	fehlt	n. a.	fehlt	n. z.	43

(Fortsetzung)

Tabelle 65: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Erwachsenen (Fortsetzung)

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
VADoD 2010	**Providing psychoeducation, psychotherapy, and family intervention as indicated**						
	2. Consider psychoeducation and care management for patients with BD.	n. z.	fehlt	B	nein	n. z.	40
VADoD 2010	**Module D: Psychosocial interventions**						
	Chronic care models interventions						
	1. Patients, who have BD, should be offered chronic care model-based interventions,	I	ja	B	nein	ja	57
	especially when patients are more symptomatic or were recently hospitalized.	I	ja	A	ja	ja	57

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

d: Ein „n. ü.“ wurde vergeben, wenn aufgrund der Formulierung der GoR nicht auf das Empfehlungsgraduierungssystem der Leitlinie übertragen werden konnte.

BD: Bipolar Disorder; ECG: Electrocardiogram; BMI: Body-Mass-Index; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GP: General Practitioner GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); KKP: Klinischer Konsenpunkt; LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; n.ü.: nicht übertragbar; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar; RCT: Randomized controlled Trial

Tabelle 66: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Leitlinie	Empfehlung	LoE[a]	G-BA-Kategorie Ia/Ib[b]	GoR[a]	NVL-Kategorie A[b]	Literatur[c]	Seite
NCCMH 2014	**Case identification and assessment in adults, children and young people** **Recognising, diagnosing and managing bipolar disorder in children and young people** **Recognition and referral** If bipolar disorder is suspected in primary care in children or young people aged under 14 years, refer them to child and adolescent mental health services (CAMHS).	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	109
NCCMH 2014	If bipolar disorder is suspected in primary care in young people aged 14 years or over, refer them to a specialist early intervention in psychosis service or a CAMHS team with expertise in the assessment and management of bipolar disorder in line with the recommendations in this guideline. The service should be multidisciplinary and have: ▪ engagement or assertive outreach approaches ▪ family involvement and family intervention ▪ access to structured psychological interventions and psychologically informed care ▪ vocational and educational interventions ▪ access to pharmacological interventions ▪ professionals who are trained and competent in working with young people with bipolar disorder.	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	109
NCCMH 2014	**Interventions for children and young people** **Bipolar depression** If after 4 to 6 weeks there is no or a limited response to cognitive behavioural therapy or interpersonal therapy, carry out a multidisciplinary review and	n. a.	fehlt	should be used	ja	n. z.	304
	consider an alternative individual or family psychological intervention.	n. a.	fehlt	could be used	nein	n. z.	304

(Fortsetzung)

Tabelle 66: Leitlinienempfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren – bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Fortsetzung)

a: Für Erläuterungen des LoE und GoR siehe Kapitel A8. Ein „n. a.“ bedeutet, dass der LoE beziehungsweise der GoR nicht angegeben wurde. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zwar LoE beziehungsweise GoR vorhanden waren, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnten.

b: Ein „ja“ bedeutet, dass der LoE oder GoR der G-BA-Kategorie Ia/Ib beziehungsweise NVL-Kategorie A entspricht. Ein „nein“ bedeutet, dass er der Kategorie nicht entspricht. Ein „fehlt“ wird angegeben, wenn zu der Empfehlung kein LoE oder GoR angegeben war („n. a.“), der LoE oder GoR einer Empfehlung nicht direkt und eindeutig zugeordnet werden konnte („n. z.“) oder es unklar war, ob der angegebene LoE oder GoR der jeweiligen Kategorie entspricht. Für weitere Erläuterungen siehe Kapitel A7 und A8.

c: Ein „ja“ bedeutet, dass die Literatur der jeweiligen Empfehlung eindeutig und direkt zugeordnet werden konnte. Ein „nein“ bedeutet, dass keine Literaturverknüpfung vorlag. Ein „n. z.“ bedeutet, dass zur Empfehlung zwar Literatur im Hintergrundtext vorlag, diese jedoch nicht eindeutig und direkt der jeweiligen Empfehlung zugeordnet werden konnte.

CAMHS: Child and Adolescent Mental Health Services; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GoR: Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad); LoE: Level of Evidence (Evidenzlevel); n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; n. z.: nicht zuordenbar;