

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Depression



ABSCHLUSSBERICHT

Projekt: V22-01

Version: 2.0

Stand: 28.06.2023

IQWiG-Berichte – Nr. 1555

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Depression

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

21.04.2022

Interne Projektnummer

V22-01

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

ISSN: 1864-2500

Dieser Bericht wurde unter Beteiligung eines externen Sachverständigen erstellt.

Für die Inhalte des Berichts ist allein das IQWiG verantwortlich.

Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – 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 dem Sachverständigen ein ausgefülltes „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Die Selbstangaben des externen Sachverständigen zur Offenlegung von Beziehungen sind in Kapitel A11 zusammenfassend dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Externe Sachverständige

- Malte Mürköster, Praxis-Dellviertel, Duisburg

Das IQWiG dankt dem externen Beteiligten für seine Mitarbeit am Projekt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Wiebke Hoffmann-Eßer
- Jessica Metzing
- Franziska Vosseberg
- Moritz Felsch
- Sabine Gruber-Hohaus
- Ulrike Lampert
- Claudia Mischke
- Anke Schulz

Schlagwörter

Depressive Störung, Disease-Management-Programme, Leitliniensynopse

Keywords

Depressive Disorder, Disease Management Programme, Guideline Synopsis

4.4.6	Kooperation der Versorgungssektoren (V1.7)	77
4.4.6.1	Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.7.1).....	80
4.4.6.2	Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung (V1.7.2).....	80
4.4.6.3	Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.7.3).....	83
4.4.6.4	Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.7.4).....	85
4.5	Schulungen (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des SGB V) (V4)	87
4.5.1	Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)	87
4.5.2	Schulungen der Versicherten (V4.2).....	87
4.6	Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen (V.Y)	87
5	Diskussion.....	90
6	Fazit.....	93
Details des Berichts.....		94
A1	Projektverlauf.....	94
A1.1	Zeitlicher Verlauf des Projekts.....	94
A1.2	Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf	94
A2	Methodik gemäß Berichtsplan 1.0.....	96
A2.1	Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung.....	96
A2.1.1	Population.....	96
A2.1.2	Versorgungsaspekte	96
A2.1.3	Übertragbarkeit	96
A2.1.4	Empfehlungskennzeichnung.....	97
A2.1.5	Publikationszeitraum.....	97
A2.1.6	Gültigkeit	97
A2.1.7	Evidenzbasierung.....	98
A2.1.8	Nachvollziehbarkeit der Graduierungsschemata	98
A2.2	Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss	98
A2.3	Informationsbeschaffung	99
A2.3.1	Primäre Informationsquellen	99
A2.3.2	Weitere Informationsquellen	99
A2.3.3	Selektion relevanter Leitlinien.....	100
A2.4	Methodische Qualität der Leitlinien	100
A2.5	Kategorisierung der GoRs und LoEs	102
A2.6	Extraktion der Empfehlungen.....	102

A2.7	Informationssynthese: Analyse der extrahierten Empfehlungen	103
A3	Details der Ergebnisse	105
A3.1	Ergebnisse der Informationsbeschaffung.....	105
A3.1.1	Recherche in Leitliniendatenbanken und bei Leitlinienanbietern	105
A3.1.2	Weitere Informationsquellen	106
A3.1.2.1	Anhörung	106
A3.1.2.2	Autorenanfragen.....	106
A3.1.3	Resultierender Leitlinienpool	106
A3.2	Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien.....	109
A3.3	Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien.....	111
A3.4	Darstellung der Definition der Depression.....	112
A3.5	Darstellung der Empfehlungen zu den diskrepanten Versorgungsaspekten.....	118
A3.5.1	Hinreichende Diagnostik (V1.2).....	118
A3.5.2	Therapieplanung (V1.4)	119
A3.5.3	Therapeutische Maßnahmen (V1.5).....	128
A3.5.3.1	Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung (V1.5.1).....	128
A3.5.3.1.1	Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf (V1.5.1.1).....	134
A3.5.3.1.2	Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin/des Patienten (V1.5.1.2)	141
A3.5.3.2	Psychotherapie (V1.5.2).....	160
A3.5.3.3	Neurostimulatorische Verfahren (V1.5.X)	164
A3.5.3.4	Medikamentöse Therapie (V1.5.3)	169
A3.5.3.5	Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen (V1.5.4)	185
A3.5.3.6	Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität (V1.5.5).....	196
A3.5.3.7	Maßnahmen bei Komorbiditäten (V1.5.6).....	202
A3.5.3.7.1	Psychische Komorbiditäten (V1.5.6.1)	203
A3.5.3.7.2	Somatische Komorbiditäten (V1.5.6.2)	205
A3.5.4	Verlaufskontrolle (V1.6)	206
A3.5.4.1	Verlaufskontrolle bei Psychotherapie (V1.6.1).....	215
A3.5.4.2	Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (V1.6.2)	219
A3.5.5	Kooperation der Versorgungssektoren (V1.7)	238
A3.5.5.1	Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung (V1.7.2).....	243
A3.5.5.2	Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.7.3).....	245

A3.5.5.3	Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.7.4).....	246
A3.5.6	Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen (V.Y).....	247
A4	Kommentare.....	248
A4.1	Methodische Aspekte	248
A4.2	Würdigung der Anhörung.....	248
A4.2.1	Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan.....	248
A4.2.2	Würdigung der Anhörung zum Vorbericht.....	248
A5	Literatur.....	257
A6	Leitlinienlisten	263
A6.1	Liste der ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen	263
A7	Leitlinienrecherche	271
A7.1	Suchbegriffe	271
A7.2	Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter.....	271
A8	Empfehlungskategorien nach dem Verfahren des NVL-Programms und GRADE und Evidenzeinstufungen nach der Verfahrensordnung des G-BA und GRADE.....	275
A9	Empfehlungs- und Evidenzgrade der eingeschlossenen Leitlinien und ihre Kategorisierung.....	278
A10	OECD-Mitgliedsstaaten	295
A11	Offenlegung von Beziehungen des externen Sachverständigen	296

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten.....	8
Tabelle 2: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Hinreichende Diagnostik“ (V1.2).....	15
Tabelle 3: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapieplanung“ (V1.4).....	19
Tabelle 4: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung“ (V1.5.1).....	22
Tabelle 5: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und vom Erkrankungsverlauf“ (V1.5.1.1)	26
Tabelle 6: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin bzw. des Patienten“ (V1.5.1.2)	30
Tabelle 7: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Psychotherapie“ (V1.5.2)	38
Tabelle 8: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Neurostimulatorische Verfahren“ (V1.5.X).....	41
Tabelle 9: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapie“ (V1.5.3).....	46
Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen“ (V1.5.4).....	51
Tabelle 11: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität“ (V1.5.5).....	55
Tabelle 12: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Maßnahmen bei Komorbiditäten“ (V1.5.6)	58
Tabelle 13: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Psychische Komorbiditäten“ (V1.5.6.1)	60
Tabelle 14: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Somatische Komorbiditäten“ (V1.5.6.2)	62
Tabelle 15: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle“ (V1.6)	65
Tabelle 16: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei Psychotherapie“ (V1.6.1)	68
Tabelle 17: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung“ (V1.6.2)	73
Tabelle 18: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Kooperation der Versorgungssektoren“ (V1.7).....	78

Tabelle 19: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung“ (V1.7.2)	82
Tabelle 20: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung“ (V1.7.3)	84
Tabelle 21: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Veranlassung einer Rehabilitationsleistung“ (V1.7.4)	86
Tabelle 22: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen“ (V.Y).....	89
Tabelle 23: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss.....	99
Tabelle 24: Übersicht über Autorenanfragen	106
Tabelle 25: Eingeschlossene Leitlinien	107
Tabelle 26: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien.....	109
Tabelle 27: Ergebnis der methodischen Bewertung.....	111
Tabelle 28: Definition von Depressionen	112
Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht	249

Die Verweise auf Tabelle 29 bis Tabelle 86 finden sich im Abschnitt A3.5.1 bis A3.5.6 jeweils zu Beginn der entsprechenden Unterabschnitte.

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Ergebnis der Leitlinienrecherche und des Leitlinienscreenings	105

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BKK	Betriebskrankenkasse
DALY	Disability-adjusted Life Years
DiGA	digitale medizinische Gesundheitsanwendung
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-RL	DMP-Anforderungen-Richtlinie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
eGFR	geschätzte glomeruläre Filtrationsrate
EKG	Elektrokardiogramm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GoR	Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad)
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IOM	Institute of Medicine
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHK	koronare Herzkrankheit
LoE	Level of Evidence (Evidenzlevel)
MAO	Monoaminoxidase
MAOI	Monoaminoxidase-Inhibitoren
NAKO	Nationale Kohorte
NaSSA	noradrenerge und selektiv-serotonerge Antidepressiva
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NSMRI	nicht selektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
PHQ	Patient Health Questionnaire (Gesundheitsfragebogen für Patientinnen und Patienten)
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)

Abkürzung	Bedeutung
SSNRI	selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSRI	selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren
TZA	tri- (und tetrazyklische) Antidepressiva
WHO	World Health Organization

1 Hintergrund

Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMPs) 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 Patientinnen und Patienten erhalten damit eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich verhindern und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern soll. Ziel der DMPs 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]. Die inhaltlichen Anforderungen an ein DMP sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-ARL) geregelt [3].

Betreffendes Krankheitsbild

Depressionen sind psychische Störungen, die durch die Hauptsymptome gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Daneben leiden die Betroffenen unter Zusatzsymptomen wie Selbstwertverlust, unangemessenen Schuldgefühlen, wiederkehrenden Gedanken an den Tod bzw. Suizid, kognitiven Defiziten, psychomotorischen Veränderungen, Schlafstörungen und Appetitstörungen. Begleitend können weitere sogenannte „somatische“ Symptome wie Früherwachen, Morgentief oder psychomotorische Agitiertheit auftreten [4].

Depressionen werden auf Basis der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10 oder des US-amerikanischen Diagnosemanuals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]) über klinische und explizit formulierte Kriterien definiert [4-6]. Aktuell befindet sich der ICD-10 in Überarbeitung, der ICD-11 soll nach einer Übergangszeit international etabliert werden [6].

Um eine leichte Depression zu diagnostizieren, müssen gemäß ICD-10 4 Symptome vorliegen, davon mindestens 2 der 3 Hauptsymptome und mindestens 1 Zusatzsymptom. Bei einer mittelgradigen Depression müssen mindestens 2 der 3 Hauptsymptome und 3 Zusatzsymptome vorhanden sein. Von einer schweren Depression wird ausgegangen, wenn alle 3 Hauptsymptome und mindestens 5 Zusatzsymptome vorliegen. Die Haupt- und Zusatzsymptome müssen über einen gewissen Zeitraum fortbestehen [4].

Nach der ICD-10 werden Depressionen den sogenannten affektiven Störungen (F30 bis F39) zugeordnet. Zu den affektiven Störungen zählen u. a. manische Episoden (F30.-), bipolare affektive Störungen (F31.-) und depressive Episoden bzw. rezidivierende depressive Störungen (F32.- und F33.-) [4]. In Abgrenzung zu den bipolaren affektiven Störungen, die

durch den Wechsel von Episoden mit gehobener, gemischter oder gedrückter Stimmung charakterisiert sind, kennzeichnet unipolar depressive Episoden bzw. Störungen, dass einseitig eine gedrückte Stimmung auftritt [4].

Ein wesentliches Merkmal einer klinischen Depression im Sinne einer depressiven Episode (ICD-10-Code F32) oder einer Major Depression nach DSM-5 ist, dass depressive Haupt- /Zusatzsymptome mindestens 2 Wochen lang klinisch bedeutsam ausgeprägt vorliegen und eine deutliche Veränderung gegenüber dem normalen Befinden darstellen müssen [7]. Bei einem rezidivierenden Verlauf (ICD-10-Code F33) tritt eine mehrere Monate andauernde Remission der Symptomatik zwischen den depressiven Episoden auf [3]. Dagegen besteht bei einem persistierenden (chronischen) Verlauf die depressive Symptomatik länger als 2 Jahre lang ohne Remission [8].

Hauptmerkmal der Dysthymie (ICD-10-Code F34.1) ist eine chronisch depressive Verstimmung, die im Vergleich zu depressiven Episoden eine geringere Symptomschwere aufweist und über mindestens 2 Jahre an der überwiegenden Zahl aller Tage vorhanden ist. Entwickelt sich zusätzlich zur Dysthymie eine depressive Episode, spricht man von einer sogenannten „Double Depression“ [9]. Die Dysthymie erfüllt im Gegensatz zur Double Depression aufgrund der geringeren Symptomschwere nicht die Einschreibevoraussetzungen für das DMP und wird daher im Folgenden nicht weiter aufgegriffen.

Häufigkeit von Depressionen

In einer Analyse auf Basis von bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung lag die Prävalenz depressiver Störungen (ICD-10-Codes F32.-, F33.- und Dysthymien [F34.1]) im Jahr 2017 bei 15,7 % [10]. Die Häufigkeit einer unipolaren Depression wurde in der DEGS-Studie in der Allgemeinbevölkerung für den Zeitraum von 12 Monaten auf 8,2 % und für die Major Depression auf 6,8 % geschätzt [11,12].

In einer Analyse der NAKO Gesundheitsstudie (ehemals Nationale Kohorte), einer deutschen Langzeit-Bevölkerungsstudie, berichteten 15 % der 101 048 (auswertbaren) Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer davon, im Laufe ihres Lebens bereits eine ärztliche Depressionsdiagnose erhalten zu haben. Zudem gaben 7,1 % der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer an, innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund der Depression behandelt zu werden [13].

Krankheitsfolgen / Auswirkungen für die Betroffenen

Depressionen sind mit einer hohen individuellen Krankheitslast und erheblichen Einschränkungen von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit verbunden [14,15]. Die World Health Organization (WHO) zählt die Depression zu den 20 führenden Ursachen, die zu verlorenen gesunden Lebensjahren führen (Disability-adjusted Life Years [DALY]) [16].

Depressive Störungen gehen mit einer hohen Suizidalität einher. Das Suizidrisiko ist bei schwer depressiv Erkrankten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 40- bis 50-fach erhöht [17].

Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) gibt im Psychreport 2023 an, dass im Jahr 2022 bei den Fehltagen durch psychische Erkrankungen u. a. affektive Störungen, wie Depressionen, mit einem Anteil von 40,6 % an den Fehltagen durch psychische Erkrankungen dominieren und im Vergleich zum Vorjahr angestiegen sind. So stiegen im Vergleich zum Jahr 2021 die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) je 100 Versicherte für depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (ICD-10-Codes F32+F33) von 108 auf 118 AU-Tage an. Bei Frauen betrug die Anzahl an Fehltagen im Jahr 2021 137 AU-Tage je 100 Versicherte und im Jahr 2022 147 AU-Tage. Bei den Männern stieg die Anzahl an AU-Tagen im Jahr 2021 von 83 auf 93 im Jahr 2022. 43 % der Beschäftigten haben mindestens eine Krankschreibung pro Jahr, wenn man jegliche Ursache zählt. 5 % aller Beschäftigten haben eine Krankschreibung wegen einer psychischen Erkrankung [18].

Leitlinien

Für den vorliegenden Bericht 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 [19,20].

Von den Leitliniengruppen sollen Grades of Recommendation (GoRs) und Level of Evidence (LoEs) vergeben werden. Der GoR verleiht der Stärke einer Empfehlung Ausdruck und beruht in der Regel auf einer Abwägung des Nutzens und Schadens einer (medizinischen) Intervention in dem jeweils spezifischen Versorgungskontext sowie auf der Stärke der zugrunde gelegten Evidenz beziehungsweise dem LoE. Der LoE stellt eine Bewertung der Ergebnissicherheit der den Empfehlungen zugrunde gelegten Studien dar, wobei systematische Übersichten von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) üblicherweise den höchsten LoE erhalten. Leitlinienersteller verwenden oft unterschiedliche Systeme zur Einstufung von GoRs und LoEs.

2 Fragestellung

Folgende Fragestellung soll beantwortet werden:

- Welche Diskrepanzen finden sich zwischen den Empfehlungen der Leitlinien und der aktuell gültigen DMP-A-RL?

Zur Beantwortung der Fragestellung werden aktuelle evidenzbasierte Leitlinien zur Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression identifiziert, bewertet, zur aktuell gültigen Anlage zum DMP Depression der DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen extrahiert und inhaltlich zusammengefasst.

Des Weiteren sollen Empfehlungen zu digitalen medizinischen Gesundheitsanwendungen identifiziert und dargestellt werden. Eine Einschätzung der DMP-Relevanz erfolgt hierzu nicht.

3 Kurzdarstellung des methodischen Vorgehens

Die Zielpopulation der Leitliniensynopse bildeten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit unipolarer Depression.

Es wurde eine systematische Recherche in Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern im Internet durchgeführt.

In die Untersuchung wurden spezifisch für die Versorgung von Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit unipolarer Depression entwickelte und ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien eingeschlossen, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Für Leitlinien, die keine transparenten Angaben zu einer systematischen Literaturrecherche enthalten, wurde eine Autorenanfrage gestellt. Erfolgte auf diese Anfrage keine Rückmeldung, wurden die Leitlinien und die aus ihnen generierten Ergebnisse hellgrau markiert. Erfolgte die explizite Rückmeldung, dass keine systematische Literaturrecherche durchgeführt wurde, wurden die entsprechenden Leitlinien ausgeschlossen. Die Leitlinien mussten von Mai 2018 an publiziert sowie als gültig gekennzeichnet sein und / oder das genannte Überarbeitungsdatum nicht überschritten haben. Die Empfehlungen mussten formal eindeutig als solche gekennzeichnet sein. Es wurden alle relevanten Begleitdokumente einer Leitlinie berücksichtigt.

Die eingeschlossenen Leitlinien wurden mithilfe des Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation (AGREE)-II-Instruments methodisch bewertet. Die Ergebnisse dieser 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 GoRs und LoEs in standardisierte Tabellen extrahiert. Um eine Vergleichbarkeit der zumeist unterschiedlichen Systeme der Empfehlungs- und Evidenzgraduierung in den Leitlinien zu erreichen, wurden die in den Leitlinien verwendeten GoRs und LoEs den Kategorien hoch, nicht hoch und unklar zugeordnet.

Die Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien wurden den in Abschnitt A2.1.2 genannten Versorgungsaspekten zugeordnet, mit der DMP-A-RL [3] inhaltlich abgeglichen und hinsichtlich ihrer Diskrepanz beurteilt.

Für die weitere Analyse wurden nur die Versorgungsaspekte berücksichtigt, die Empfehlungen mit Diskrepanzen aufwiesen. Es erfolgte eine methodische Bewertung der diskrepanten Empfehlungen auf Basis der GoRs oder bei unklarem GoR alternativ der LoEs.

Bei Vorliegen mindestens 1 diskrepanten Empfehlung mit hohem GoR bzw. bei unklarem GoR alternativ hohem LoE pro Versorgungsaspekt wurden die Empfehlungen dieses Versorgungsaspekts schlagwortartig als Kerninhalte zusammengefasst.

Für den deutschen Versorgungskontext relevante Empfehlungen, die im Vergleich zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant sind, aber aufgrund der nicht hohen GoR- bzw. LoE-Kategorisierung nicht im Ergebnisteil dargestellt wurden, wurden in Kapitel 5 diskutiert.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Die systematische Recherche ergab nach Titel- und Abstractscreening 82 potenziell relevante Dokumente, die im Volltext gesichtet wurden. Nach Prüfung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss konnten 15 relevante Leitlinien eingeschlossen werden. Von den 15 eingeschlossenen Leitlinien enthält 1 Leitlinie keine transparenten Angaben zur Literaturrecherche und auf eine Autorenanfrage erfolgte keine Rückmeldung. Die Ergebnisse, die auf dieser Leitlinie basieren, wurden im vorliegenden Bericht hellgrau markiert. Die letzte Suche fand im September 2022 statt.

4.2 Versorgungsaspekte im Überblick

Aus den 14 (15) eingeschlossenen Leitlinien wurden insgesamt 585 (608) Empfehlungen in die Analyse einbezogen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die übergeordneten Versorgungsaspekte entsprechend der DMP-A-RL, zu denen die jeweiligen Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR beziehungsweise bei unklarem GoR mit hohem LoE geben.

Die übergeordneten Versorgungsaspekte „Definition von Depression“ (V1.1), „Hinreichende Diagnostik“ (V1.2), „Therapieplanung“ (V1.4), „Therapeutische Maßnahmen“ (V1.5), „Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung“ (V1.5.1), „Psychotherapie“ (V1.5.2), „Medikamentöse Therapie“ (V1.5.3), „Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen“ (V1.5.4), „Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität“ (V1.5.5), „Maßnahmen bei Komorbidität“ (V1.5.6), „Verlaufskontrolle“ (V1.6) und „Kooperation der Versorgungssektoren“ (V.1.7) wurden entsprechend der Gliederung der DMP-A-RL weiter aufgeschlüsselt. Ergänzend wurden zusätzlich identifizierte Versorgungsaspekte dargestellt, die für die Versorgung im DMP von Bedeutung sein könnten.

Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten (mehrsseitige Tabelle)

Leitlinie	Versorgungsaspekte (entsprechend der DMP-A-RL und zusätzlich in Leitlinien identifizierte)																				
	Hinreichende Diagnostik	Therapieziele	Therapieplanung	Therapeutische Maßnahmen								Verlaufskontrolle			Kooperation Versorgungssektoren				Schulung	Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen ^a	
				Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung	Psychotherapie	Neurostimulatorische Verfahren ^a	Medikamentöse Therapie	Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen	Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität	Maßnahmen bei Komorbidität	Besondere Maßnahmen bei Multimedikation	Verlaufskontrolle allgemein	Verlaufskontrolle bei Psychotherapie	Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung	Kooperation allgemein	Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt	Überweisung zur / zum jeweils qualifizierten Fachärztin / Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung	Einweisung in ein Krankenhaus			Veranlassung einer Rehabilitationsleistung
AAFP 2019 [21]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AAFP 2019 disorders ^b [22]	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ADAA 2021 ^{b, c} [23]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-	-	-	-	-	-	-
APA 2019 [24]	-	-	-	•	○	-	-	○	-	-	-	-	○	○	-	-	-	-	-	-	-
CANMAT 2022 ^b [25]	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANMAT 2021 ^b [26]	-	-	○	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-
CCSMH 2021 ^b [27]	-	-	-	•	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EPA 2018 ^b [28]	-	-	-	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ISNPR 2019 [29]	-	-	-	-	-	-	○	○	-	-	-	○	-	○	-	-	-	-	-	-	-
JSPN 2022 ^b [30]	-	-	-	•	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten (mehrsseitige Tabelle)

Leitlinie	Versorgungsaspekte (entsprechend der DMP-A-RL und zusätzlich in Leitlinien identifizierte)																				
	Hinreichende Diagnostik	Therapieziele	Therapieplanung	Therapeutische Maßnahmen								Verlaufskontrolle			Kooperation Versorgungssektoren				Schulung	Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen ^a	
				Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung	Psychotherapie	Neurostimulatorische Verfahren ^a	Medikamentöse Therapie	Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen	Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität	Maßnahmen bei Komorbidität	Besondere Maßnahmen bei Multimedikation	Verlaufskontrolle allgemein	Verlaufskontrolle bei Psychotherapie	Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung	Kooperation allgemein	Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt	Überweisung zur / zum jeweils qualifizierten Fachärztin / Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung	Einweisung in ein Krankenhaus			Veranlassung einer Rehabilitationsleistung
NICE 2022 [31]	–	–	●	●	●	●	●	●	●	●	–	●	●	●	●	–	●	○	–	–	–
NVL 2022 [32]	●	–	●	●	●	●	●	●	●	–	–	●	●	●	●	–	○	●	●	–	●
RANZCP 2020 ^b [33]	○	–	○	○	○	○	○	○	–	–	–	○	○	○	–	–	○	–	–	–	–
UMHS 2021 ^b [34]	○	–	–	●	–	–	●	●	–	–	–	○	–	●	○	–	●	–	–	–	–
VA/DoD 2022 [35]	–	–	○	●	○	●	●	○	–	–	–	–	○	○	●	–	–	–	–	–	○
Summe Leitlinien mit Empfehlungen	2	0	5	8	5	4	8	10	2	2	0	6 (7)	5	8	4	0	4	2	1	0	2
Summe Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR (LoE)	1	0	2	7	2	3	5	5	2	2	0	2 (3)	2	3	3	0	2	1	1	0	1

Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten (mehrsseitige Tabelle)

Leitlinie	Versorgungsaspekte (entsprechend der DMP-A-RL und zusätzlich in Leitlinien identifizierte)																	
	Hinreichende Diagnostik	Therapieziele	Therapieplanung	Therapeutische Maßnahmen							Verlaufskontrolle			Kooperation Versorgungssektoren			Schulung	Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen ^a
				Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung	Psychotherapie	Neurostimulatorische Verfahren ^a	Medikamentöse Therapie	Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen	Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität	Maßnahmen bei Komorbidität	Besondere Maßnahmen bei Multimedikation	Verlaufskontrolle allgemein	Verlaufskontrolle bei Psychotherapie	Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung	Kooperation allgemein	Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt		
<p>o Die Leitlinie enthält zu dem jeweiligen Versorgungsaspekt Empfehlungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens eine der Empfehlungen der Leitlinie zu dem Versorgungsaspekt ist zur DMP-A-RL diskrepant und hat einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE. <p>–: Die Leitlinie enthält zu dem jeweiligen Versorgungsaspekt keine Empfehlungen.</p> <ol style="list-style-type: none"> zusätzlich in den Leitlinien identifizierter Versorgungsaspekt Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. Die Leitlinie wurde hellgrau gekennzeichnet, da sie keine transparenten Angaben zur Literaturrecherche enthält und auf eine Autorenanfrage keine Rückmeldung erfolgte. <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence</p>																		

4.3 Definition von Depressionen (V1.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL

„Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung über mindestens zwei Wochen gekennzeichnet sind. Es können zusätzlich Symptome wie vermindertes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörungen, Schuldgefühle, Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, Angst, Nervosität und Unruhe, Suizidgedanken und unterschiedliche körperliche Beschwerden (zum Beispiel Appetitstörungen, Schlafstörungen, Schmerzen, Erschöpfung) auftreten. Diese Beschwerden sind nicht immer leicht zuzuordnen und können in ihrer Ausprägung, Kombination und im Verlauf sehr unterschiedlich sein. Bei den genannten psychischen und körperlichen Symptomen handelt es sich um keine abschließende Aufzählung. Insbesondere in der hausärztlichen Praxis berichten betroffene Patientinnen und Patienten nicht spontan über typische depressive Symptome, sondern stellen sich häufig mit unspezifischen Beschwerden vor. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt und weisen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko auf.

Bei der Krankheitsentstehung können somatische, psychische sowie soziale und umweltbezogene Faktoren eine Rolle spielen. Für das Verständnis des individuellen Krankheitsbildes einer Depression sind die jeweiligen depressionsauslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren einzeln und in ihrem Zusammenwirken relevant.

Depressionen können als unipolare Störung oder im Rahmen bipolarer oder anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen auftreten. Unipolare Depressionen können einen episodischen oder chronischen Verlauf nehmen. Sie weisen unterschiedliche Schweregrade auf. Schwere Depressionen können auch mit psychotischen Symptomen einhergehen.

Depressionen können vollständig, unvollständig oder über längere Zeit gar nicht remittieren. Eine rezidivierende Depression liegt vor, wenn zwischen den depressiven Episoden eine Remission der Symptomatik erfolgt, die über mindestens zwei Monate, meist sehr viel länger stabil anhält.

Tritt eine depressive Episode im Rahmen einer bestehenden Dysthymie auf, spricht man von einer Double Depression. Hält eine depressive Episode länger als zwei Jahre ohne Besserung beziehungsweise Remission im Intervall an, spricht man von einer persistierenden depressiven Episode.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die in 7 (8) Leitlinien (ADAA 2021 [23], APA 2019 [24], JSPN 2022 [30], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], UMHS 2021 [34], VADoD 2022 [35]) gegebenen Definitionen

ergänzen die in der DMP-A-RL angegebene Definition. Die Leitlinien NICE 2022 und VADoD 2022 verweisen bei ihrer Definition auf den ICD-11 bzw. ICD-10 und den DSM-5. Die Leitlinien NICE 2022, UMHS 2021 und VADoD 2022 geben Definitionen zu verschiedenen Schweregraden einer Depression an. Die Leitlinie RANZCP 2020 gibt ausschließlich eine Definition der schweren Depression an. In den Leitlinien NICE 2022 und VADoD 2022 erfolgen zudem die Definitionen der chronischen Depression. Alle Definitionen sind in Tabelle 28 im Originalwortlaut dargestellt.

4.4 Synthese der Empfehlungen

In den folgenden Tabellen (Tabelle 2 bis Tabelle 22) werden die Versorgungsaspekte, für die diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR bzw. alternativ hohem LoE identifiziert wurden, dargestellt. Pro Versorgungsaspekt sind die zentralen Inhalte aller Empfehlungen schlagwortartig als Kerninhalte zusammengefasst. Zudem werden die Diskrepanzen zur DMP-A-RL erläutert.

In den Überschriften der folgenden Abschnitte wird hinter der Bezeichnung des Versorgungsaspekts in Klammern die Nummerierung des entsprechenden Abschnitts der DMP-A-RL angegeben. Zusätzlich in den Leitlinien identifizierte Versorgungsaspekte, die sich inhaltlich nicht einem Versorgungsaspekt der DMP-A-RL zuordnen lassen, werden mit Variablen, zum Beispiel X, Y (Beispiel: „Spezifische Patientengruppen [VX]“), nummeriert.

4.4.1 Hinreichende Diagnostik (V1.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„In ein DMP Depression können Patientinnen und Patienten eingeschrieben werden, wenn sie eine gesicherte Diagnose einer unipolaren Depression mit mindestens mittelgradiger oder schwerer Schweregradausprägung ohne oder mit psychotischen Symptomen und persistierendem oder rezidivierendem Verlauf aufweisen. Die Bestimmung des Schweregrades soll auf der Grundlage des Vorliegens der nachfolgend genannten Haupt- und Zusatzsymptome erfolgen.“

Voraussetzungen für die Einschreibung in das DMP Depression sind:

- 1) das Vorliegen von mindestens zwei der drei im Folgenden genannten Hauptsymptome sowie mindestens drei der sieben genannten Zusatzsymptome
 - Hauptsymptome:
 - Gedrückte, depressive Stimmung,
 - Interessenverlust und Freudlosigkeit,
 - Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung.

- Zusatzsymptome:
 - verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
 - vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
 - Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit,
 - negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
 - Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen,
 - Schlafstörungen,
 - verminderter Appetit.
- 2) bestehende depressive Symptomatik seit mindestens einem Jahr oder mindestens dritte Erkrankungsepisode.
- 3) die Diagnosesicherung einschließlich psychischer und somatischer Differenzialdiagnostik auf der Grundlage einer somatischen, biographischen und sozialen Anamnese und des psychopathologischen Befundes sowie der körperlichen Untersuchung einschließlich des neurologischen Status durch für diesen Bereich entsprechend qualifizierte Leistungserbringer. Neben den spezialisierten Leistungserbringern zählen hierzu auch die Hausärztinnen und Hausärzte, die in nicht eindeutigen Diagnosesituationen die Diagnosesicherung durch einen spezialisierten Leistungserbringer herbeiführen.

Für die Überprüfung der Einschreibevoraussetzungen können frühere diagnostische Befunde sowie die Dokumentation von Therapien und Verlauf berücksichtigt werden.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann. Vor diesem Hintergrund sind Patientinnen und Patienten mit organisch bedingten affektiven Störungen nicht Zielgruppe dieses DMP.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 3 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (NVL 2022 [32], UMHS 2021 [34], RANZCP 2020 [33]):

- allgemeine Aspekte
- Diagnostik bei Komorbiditäten

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Hinreichende Diagnostik“ (V1.2)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.2 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umfassende Diagnostik mit festgelegten Bausteinen und ausführliche Anamnese ▪ Prüfung eingenommener Medikamente ▪ Erfassung personen- und umweltbezogener Kontextfaktoren ▪ somatische Beschwerden als Erkennungsmerkmal einer Depression 	NVL 2022, UMHS 2021 [•]	2	6	7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abwägung weiterführender Diagnostik (insbesondere bei sehr aufwendigen und / oder belastenden Verfahren) bei Verdacht auf zugrunde liegende somatische Erkrankung mit der Patientin bzw. dem Patienten zusammen[#] ▪ sorgfältige Prüfung der Einnahme von Medikamenten und Exposition gegenüber Noxen[#]
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.2 Therapieziele (V1.3)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die Therapieziele sind insbesondere:

- Verminderung der depressiven Symptomatik mit dem Ziel einer vollständigen Remission der Erkrankung
- Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung (Rezidiv)
- Verringerung der Mortalität, insbesondere von Suizidalität und komorbiden Erkrankungen
- Verbesserung der psychosozialen Fähigkeiten zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung
- Adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Es ist individuell zu prüfen, welche der oben genannten Zielsetzungen mit welcher Wertigkeit zu verfolgen sind.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.3 Therapieplanung (V1.4)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll auf der Grundlage einer umfassenden Anamnese und unter Berücksichtigung der Präferenz der Patientin oder des Patienten sowie insbesondere der nachstehenden Punkte eine individuelle Therapieplanung erfolgen:

- Schweregrad der Erkrankung (siehe Nummer 1.2) unter Einbeziehung einer eventuell vorliegenden Suizidalität,
- weitere klinische Faktoren wie Krankheits- und Behandlungsverlauf,
- psychische und somatische Komorbiditäten (einschließlich Suchterkrankungen) und
- psychosoziale Situation einschließlich der die Erkrankung verursachenden oder aufrechterhaltenden Faktoren.

Im Rahmen der Therapieplanung soll die Patientin oder der Patient aktiv über die Erkrankung, deren Verlauf, Behandlungsoptionen und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken sowie über mögliche Eigenaktivitäten (zum Beispiel körperliche Aktivität) aufgeklärt werden. Bei der Aufklärung ist auf Stigmatisierungsängste einzugehen. Es

sollte ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell vermittelt werden, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einem vorrangig somatischen Krankheitsverständnis.

Wird zur Unterstützung der Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt als sinnvoll erachtet, sollen diese evidenzbasiert sein.

Bei Beginn der Programmteilnahme sowie im weiteren Behandlungsverlauf (siehe Nummer 1.6) soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt bei jeder Patientin und jedem Patienten die Suizidalität aktiv und empathisch explorieren. Abgeschätzt werden soll dabei der aktuelle Leidens- und Handlungsdruck (Lebensüberdruß, Todesgedanken, Suizidabsichten, Suizidpläne beziehungsweise Suizidversuche). Maßnahmen bei akuter Suizidalität sind unter Nummer 1.5.5 beschrieben.

Zur Unterstützung der Erfassung des Schweregrades der depressiven Erkrankung soll der „Gesundheitsfragebogen für Patienten - 9 (PHQ-9)“ eingesetzt werden, der PHQ-9 bildet eine Grundlage für das Arzt- und Patientengespräch.

Im Rahmen der Therapieplanung erstellt die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und bei Bedarf weiteren beteiligten Leistungserbringern einen Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen. Diese beziehen sich insbesondere sowohl auf die Behandlungskoordination, auf psychotherapeutische Verfahren, auf andere nicht-medikamentöse und auf medikamentöse Maßnahmen sowie auf Eigenaktivitäten wie Lebensstiländerung. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sollen Strategien für ein Krisenmanagement besprochen und bei Bedarf festgehalten werden.

In den Prozess der Therapieplanung können auch Angehörige oder Bezugspersonen unter Zustimmung der Patientin oder des Patienten einbezogen werden.

Auf die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Selbsthilfeverbände und die örtlichen Selbsthilfe-Kontaktstellen soll hingewiesen werden und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden. Entsprechende Kontaktadressen sollten, wenn gewünscht, zur Verfügung gestellt werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 5 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (CANMAT 2021 [26], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], VADoD 2022 [35]):

- allgemeine Aspekte

- Arzt-Patienten-Kommunikation
- individuelle Therapieplanung
- Unterstützungsangebote
- Aufklärung
- schriftliche Patienteninformation

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapieplanung“ (V1.4) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.4 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbindung von Angehörigen in die Besprechung der Behandlungsoptionen ▪ leitliniengerechte zeitnahe Behandlung ▪ Thematisieren von Adhärenz ▪ Bestimmung des Schweregrads bei der Therapieplanung und regelmäßige Überwachung des Behandlungsfortschritts 	NICE 2022, NVL 2022, VADoD 2022	2	3	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot von leitliniengerechten, rechtzeitig zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten unter Berücksichtigung der jeweiligen Patientenpräferenzen insbesondere bei schwerer Depression ▪ Besprechung der Bedeutung von Adhärenz sowie möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren[#]
V1.4 – K2 Arzt-Patienten-Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung ▪ Wahl der Behandelnden bzw. des Behandlers ▪ Inhalte der Arzt-Patienten-Kommunikation ▪ partizipative Entscheidungsfindung 	NICE 2022, NVL 2022	1	8	8	Wahl der Behandelnden bzw. des Behandlers hinsichtlich Geschlecht, bereits bestehender therapeutischer Beziehung sowie der Möglichkeit zu wechseln
V1.4 – K3 individuelle Therapieplanung	individuelle Therapieplanung	NICE 2022, NVL 2022	1	3	4	regelmäßige Evaluation und ggf. Anpassung der individuellen Therapieziele [#]
V1.4 – K4 Unterstützungsangebote	Selbsthilfegruppen, Angehörigenangebote, Peer-Counselling, Genesungsbegleitung, Motivation zur Teilnahme	NICE 2022, NVL 2022	1	2	2	Information und Motivation zur Teilnahme der Patientin bzw. des Patienten sowie ihrer Angehörigen über bzw. an Angehörigenangeboten, Peer-Counselling sowie Genesungsbegleitung [#]

Tabelle 3: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapieplanung“ (V1.4) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.4 – K5 Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhalte der Aufklärung, u. a. <ul style="list-style-type: none"> ▫ Nutzen und Risiken und dissoziative Wirkung von Ketaminen ▫ Erstellen einer Vorsorgevollmacht ▫ Symptomveränderungen in Hoch-Risiko-Perioden ▫ Ansprechen, Remissionsrate und Wirksamkeit der rTMS ▫ Zweitmeinung bei Überschreiten der maximalen Dosis der Medikation ▫ Überwindung von Hindernissen beim Zugang zu psychologischen Maßnahmen 	CANMAT 2021 [•] , NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020 [•]	2	3	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung über Vorsorgevollmacht und Auswahl einer vertrauenswürdigen bevollmächtigten Person ▪ Sensibilisierung des Patienten oder der Patientin für mögliche Veränderungen der depressiven Symptomatik inklusive Suizidgedanken in Hoch-Risiko-Perioden und Hinweisen auf ggf. Einbeziehung der betreuenden Ärztin oder des betreuenden Arztes
V1.4 – K6 schriftliche Patienteninformation	Bereitstellung von Informationsmaterial	NICE 2022	1	2	2	Informationsmaterial zur Behandlung und zu Erklärungsmodellen in unterschiedlichen Sprachen und Formaten
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; rTMS: repetitive transkranielle Magnetsimulation; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4 Therapeutische Maßnahmen (V1.5)

4.4.4.1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung (V1.5.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Zur Verfügung stehen folgende Behandlungsmöglichkeiten:

- Psychotherapie (Nummer 1.5.2),
- medikamentöse Therapie (Nummer 1.5.3),
- Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie,
- weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen (Nummer 1.5.4).

Die Wahl der Behandlungsverfahren und ihre Kombination richtet sich unter Berücksichtigung von Kontraindikationen insbesondere nach

- dem Schweregrad,
- dem Erkrankungsverlauf einschließlich der Dauer der depressiven Episode sowie
- dem Alter der Patientin oder des Patienten.

Die Erfahrung mit möglichen früheren Behandlungen und die Patientenpräferenz gegenüber einem Behandlungsverfahren sind zu berücksichtigen. Gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt entscheidet die Patientin oder der Patient über die Behandlung. Je nach Schweregrad und Erkrankungsverlauf werden folgende Maßnahmen im Rahmen dieses DMP empfohlen: (siehe Abschnitt 4.4.4.1.1)“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 4 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (APA 2019 [24], NICE 2022 [31], RANZCP 2020 [33], VADoD 2022 [35]):

- allgemeine Aspekte

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung“ (V1.5.1) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.1 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angabe von Behandlungsoptionen im Rahmen der Psychotherapie ▪ Initialtherapie ▪ Berücksichtigung von Bedürfnissen und Präferenzen ▪ Versorgungsmodelle und Behandlungspfade ▪ Zugang zu und Inanspruchnahme der psychischen Gesundheitsversorgung ▪ Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ in der Stillzeit ▫ bei Beziehungsproblemen ▪ computer-/webbasierte durch Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychiaterinnen und Psychiater gestützte kognitive Verhaltenstherapie 	APA 2019, NICE 2022, RANZCP 2020*, VADoD 2022	5	7	13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initialtherapie im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung[#]: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antidepressiva der 2. Generation oder Psychotherapie oder ▫ Kombinationstherapie KVT oder IPT und Antidepressiva der 2. Generation ▪ Versorgungsmodelle und Behandlungspfade: <ul style="list-style-type: none"> ▫ zur Organisation der Versorgung und Behandlung ▫ Merkmale und Anforderungen wie beispielsweise einfacher Zugang und Erhebung von Routinedaten ▪ zu berücksichtigende Aspekte der psychischen Gesundheitsversorgung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Sicherstellung eines leichten Zugangs ▫ identifizieren von Personengruppen mit möglicherweise erschwertem Zugang und / oder Erfahrung mit Stigmatisierung / Diskriminierung ▪ Psychotherapie bei stillenden Patientinnen mit leichter oder mittelgradiger Depression[#] <p>Hinweis: Von der amerikanischen Leitlinie APA 2019 werden Behandlungsoptionen (wie beispielsweise die interpersonelle Therapie oder die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie) empfohlen, die nicht Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinie und der vertragsärztlichen Versorgung im deutschen Versorgungskontext sind (vgl. auch Kapitel 5).</p>

Tabelle 4: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung“ (V1.5.1)
(mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; IPT: Interpersonelle Psychotherapie; K: Kerninhalt; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.1.1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und vom Erkrankungsverlauf (V1.5.1.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

- „a) Bei einer mittelgradigen, persistierenden Depression (≤ 2 Jahre) sollen entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige Alternativen angeboten werden.
- b) Bei einer > 2 Jahre persistierenden Depression soll unabhängig vom Schweregrad vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Ist eine Kombinationsbehandlung nicht gewünscht oder möglich, sollten entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige Alternativen empfohlen werden.
- c) Bei einer schweren, persistierenden Depression soll vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung angeboten werden. Ist eine Kombinationsbehandlung nicht gewünscht oder möglich, sollten entweder eine alleinige medikamentöse oder eine alleinige psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.
- d) Bei einer rezidivierenden Depression (≥ 3 . Episode, mittelgradig) sollen, abhängig von der (erfolgreichen) Behandlung früherer Episoden, entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige Alternativen angeboten werden.
- e) Bei einer rezidivierenden Depression (≥ 3 . Episode, schwer) soll vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Ist die Kombinationsbehandlung nicht gewünscht oder möglich, sollten eine alleinige medikamentöse oder eine alleinige psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.
- f) Depressive Patientinnen und Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten. Dabei sollte eine Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Antipsychotika erwogen werden.
- g) Bei einer Double Depression soll entweder eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung oder eine alleinige medikamentöse Behandlung empfohlen werden.
- h) Tritt im Verlauf der Programmteilnahme eine depressive Episode mit leichtem Schweregrad auf, soll eine Psychotherapie empfohlen werden.

Bei pharmakotherapie-resistenter Depression sollte eine Psychotherapie angeboten werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 4 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], UMHS 2021 [34], VADoD 2022 [35]):

- allgemeine Aspekte
- mittelgradige Depression
- persistierende Depression
- schwere Depression
- rezidivierende Depression
- Depression mit psychotischen / wahnhaften Merkmalen
- (akute) depressive Episode mit leichtem Schweregrad

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und vom Erkrankungsverlauf“ (V1.5.1.1) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.1.1 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsoptionen für bisher unbehandelte Personen und Therapiemaßnahmen ▪ Behandlung bei chronischer Depression ▪ Anforderungen an eine kognitive Verhaltenstherapie ▪ Kombinationstherapie bei mittelgradiger bis schwerer Depression 	NICE 2022, NVL 2022, UMHS 2021 [•]	4	4	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsoptionen bei bislang unbehandelten Patientinnen und Patienten mit chronischen depressiven Symptomen ▪ bei bislang unbehandelter chronischer Depression schweregradspezifisches Vorgehen analog zur akuten depressiven Episode[#] ▪ Behandlung bei trotz Behandlung chronifizierter Depression gemäß den Maßnahmen bei Nichtansprechen bzw. Therapieresistenz[#] ▪ Anforderungen an eine kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen depressiven Symptomen
V1.5.1.1 – K2 schwere Depression	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsoptionen bei (neuer) Episode einer schweren Depression <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kombinationstherapie (medikamentös und Psychotherapie) ▫ medikamentöse Therapie oder Psychotherapie gleichwertig als Monotherapie, wenn Kombinationsbehandlung abgelehnt wird ▫ Indikation für eine ergänzende Therapie mit Benzodiazepinen und Z-Substanzen ▪ Indikation für eine EKT als Monotherapie oder in Kombination mit Psychotherapie 	NICE 2022, NVL 2022, UMHS 2021 [•] , VADoD 2022	2	5	7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsoptionen bei einer neuen schwereren depressiven Episode (wie bspw. Therapie mit Antidepressiva, körperliche Aktivität in der Gruppe, individuelle Problemlösestrategien, psychotherapeutische Ansätze); auch als Erstlinientherapie ▪ Indikationen für eine EKT als Monotherapie oder in Kombination mit einer Psychotherapie[#] <p>Hinweis: Die EKT wird in Deutschland fast ausschließlich im stationären Setting erbracht.</p>

Tabelle 5: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und vom Erkrankungsverlauf“ (V1.5.1.1) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.1.1 – K3 Depression mit psychotischen / wahnhaften Merkmalen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kombinationsbehandlung aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie ▪ Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Antipsychotika ▪ Indikation für eine Monotherapie mit Antidepressiva 	NICE 2022, NVL 2022	1	3	5	Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik [#]
V1.5.1.1 – K4 (akute) depressive Episode mit leichtem Schweregrad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen mit niedriger Intensität ▪ internet- und mobilbasierte Interventionen ▪ Negativempfehlungen für: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antidepressiva als Erstbehandlung ▫ Benzodiazepine und Z-Substanzen ▪ Therapieversuch mit einem als Arzneimittel zugelassenen Johanniskrautpräparat ▪ Behandlungsoptionen bei einer neuen weniger schweren depressiven Episode ▪ Maßnahmen bei Ablehnung einer Behandlung / gefühlter Verbesserung der Symptomatik 	NICE 2022, NVL 2022	5	5	7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot von Maßnahmen mit niedriger Intensität wie z. B. angeleitete Selbsthilfe oder gesprächsbasierte Interventionen[#] ▪ Angebot von internet- und mobilbasierten Interventionen, eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept[#] ▪ Negativempfehlung für Benzodiazepine und Z-Substanzen[#] ▪ Behandlungsoptionen bei einer neuen weniger schweren depressiven Episode: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Therapie in Erstlinie ▫ gemeinsame Suche nach / Entscheidung für eine geeignete Behandlungsoption ▫ Berücksichtigung von möglicher Ablehnung einer Therapieoption ▪ Maßnahmen bei Ablehnung einer Behandlung / gefühlter Verbesserung der Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Besprechung aktuell aufgetretener Sorgen / Ängste ▫ Unterstützung bei der Suche nach Hilfeleistungen ▫ Terminierung weiterer Kontrolltermine

Tabelle 5: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und vom Erkrankungsverlauf“ (V1.5.1.1) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EKT: elektrokonvulsive Therapie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt; Z-Substanzen: Non-Benzodiazepinhypnotika</p>						

4.4.4.1.2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin bzw. des Patienten (V1.5.1.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Bei Depressionen im Lebensalter ab 65 Jahren soll Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie und bei schweren Formen sollte eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Geht die Depression mit leichten kognitiven Einschränkungen einher, sollte ebenfalls eine Psychotherapie, vorrangig als Einzeltherapie, angeboten werden.“

Wenn sich die Depression durch die leitliniengerechte Umsetzung der unter Nummer 1.5.1.1 bis Nummer 1.5.1.2 genannten Maßnahmen nicht bessert, soll eine Überweisung zur entsprechend spezialisierten Leistungserbringerin oder zum entsprechend spezialisierten Leistungserbringer gemäß Nummer 1.7 zur Klärung des weiteren therapeutischen Vorgehens geprüft werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 5 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (APA 2019 [24], CCSMH 2021 [27], JSPN 2022 [30], NICE 2022 [31], UMHS 2021 [34]):

- allgemeine Aspekte
- psychotherapeutische Behandlungsoptionen
- neurostimulatorische Verfahren
- Komorbiditäten
- medikamentöse Therapie
- Verlaufskontrolle allgemein
- Verlaufskontrolle bei medikamentöser Therapie
- Schulung des Personals
- Schulung der Patientinnen und Patienten

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin bzw. des Patienten“ (V1.5.1.2) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.1.2 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ initiale Therapieoptionen ▪ Behandlungsoptionen bei Nichtverfügbarkeit von empfohlenen Therapiemaßnahmen oder fehlender Akzeptanz ▪ Therapievarianten in Abhängigkeit vom Schweregrad und Ansprechen der Therapie ▪ Adhärenz und Prüfung auf Substanzmissbrauch ▪ Indikationen für: <ul style="list-style-type: none"> ▫ EKT ▫ internetbasierte Therapie ▪ Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung durch Telemedizin ▪ wesentliche Elemente einer Behandlung ▪ Implementierung von Versorgungsmodellen ▪ Erreichbarkeit von psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsoptionen ▪ körperliche Aktivität ▪ hochintensive Lichttherapie und Ernährungstherapie ▪ Vermeidung von Multimedikation 	APA 2019, CCSMH 2021 [•] , JSPN 2022 [•] , UMHS 2021 [•]	6	6	23	<ul style="list-style-type: none"> ▪ initiale Therapie (Altersgrenze ≥ 60 Jahre) mit[#]: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gruppentherapie mit Lebensrückblick oder kognitive Verhaltenstherapie ▫ Kombinationstherapie aus einem Antidepressivum der 2. Generation und interpersoneller Therapie ▪ medikamentöse Therapie, Psychotherapie oder Kombinationstherapie bei leichter bis mittelgradiger Depression[#] ▪ Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Psychotherapie bei chronischer oder rezidivierender Depression[#] ▪ Erreichbarkeit von psychotherapeutischen Behandlungen über alle Settings hinweg ▪ wesentliche Elemente einer Behandlung[#]: <ul style="list-style-type: none"> ▫ optimierte Patientenschulung ▫ interprofessionelle Betreuung unter Anwendung eines abgestuften Versorgungsansatzes ▫ Verschreibungen von Therapien durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt, bei Bedarf mit Konsultation einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie ▫ gemeinschaftliche Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans ▪ Psychotherapie als Erstlinientherapie oder in Kombination mit Antidepressiva bei Bevorzugung dieser Behandlungsoptionen und Fehlen schwerer kognitiver Einschränkungen oder psychotischer Symptome[#]

Tabelle 6: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin bzw. des Patienten“ (V1.5.1.2) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
						<p>Hinweis: Von der US-amerikanischen Leitlinie APA 2019 werden Behandlungsoptionen (wie beispielsweise die interpersonelle Therapie oder die Gruppentherapie mit Lebensrückblick) empfohlen, die nicht Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinie und der vertragsärztlichen Versorgung im deutschen Versorgungskontext sind (vgl. auch Kapitel 5).</p>
V1.5.1.2 – K2 Korbiditäten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieempfehlungen einschließlich Hinweisen zu medikamentösen Therapien für Patientinnen und Patienten mit Depression und einer der folgenden Komorbiditäten: <ul style="list-style-type: none"> ▫ kognitive Beeinträchtigung oder Demenz ▫ Typ-2-Diabetes mellitus ▫ COPD ▫ Schlaganfall ▫ HIV ▫ Morbus Parkinson ▫ psychiatrische Störungen (z. B. generalisierte Angststörung, Substanzmissbrauch) 	APA 2019, CCSMH 2021 [•] , UMHS 2021 [•]	1	1	11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosoziale Behandlung als Bestandteil der Therapie von Patientinnen und Patienten mit Depression und Demenz[#]

Tabelle 6: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin bzw. des Patienten“ (V1.5.1.2) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.1.2 – K3 medikamentöse Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikation und Auswahl von Arzneimitteln unter Beachtung von Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Schweregrad der Depression ▪ Negativempfehlungen für generelles pharmakologisches Testen und verschiedene Wirkstoffe ▪ optimistische Haltung gegenüber einer Therapie mit Antidepressiva ▪ Titrierung und zum Absetzen von Antidepressiva ▪ Augmentationstherapie ▪ Aspekte bei der Verschreibung von Antidepressiva 	CCSMH 2021 [•] , JSPN 2022 [•] , NICE 2022, UMHS 2021 [•]	6	6	27	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sertralin oder Duloxetin als Erstlinientherapie in akuten depressiven Episoden (alternativ Escitalopram und Citalopram mit Begrenzung der Dosierung auf subtherapeutische Werte)[#] ▪ Vermittlung einer optimistischen Haltung gegenüber einer Therapie mit Antidepressiva durch die Ärztinnen und Ärzte aufgrund ähnlicher Wirkungsraten wie bei jüngeren Patientinnen und Patienten[#] ▪ aufgrund ernster Nebenwirkungen von TZA, Gabe von neueren Antidepressiva und Nicht-TZA ▪ Prüfung der Wirksamkeit einer minimal wirksamen Dosis bei der Anwendung von Antidepressiva[#] ▪ Beginn mit einer niedrigen Dosis und langsame Steigerung zur Vermeidung von Nebenwirkungen ▪ Aspekte bei der Verschreibung von Antidepressiva: <ul style="list-style-type: none"> ▫ allgemeine körperliche Verfassung, Komorbiditäten, Wechselwirkungen ▫ Überwachung auf Nebenwirkungen ▫ Beachtung des erhöhten Risikos von Stürzen und Frakturen sowie einer Hyponatriämie

Tabelle 6: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin bzw. des Patienten“ (V1.5.1.2) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.1.2 – K4 Verlaufskontrolle allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoring und Behandlungsoptionen zur Prävention eines Rezidivs ▪ Monitoring und Behandlungsoptionen bei einem Rezidiv und unvollständiger Remission 	APA 2019, CCSMH 2021 [•] , JSPN 2022 [•]	1	1	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsoptionen zur Prävention eines Rezidivs[#]: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kombinationstherapie aus interpersoneller Psychotherapie und medikamentöser Therapie ▫ Kombination aus unterstützender Versorgung und medikamentöser Therapie <p>Hinweis: Von der US-amerikanischen Leitlinie APA 2019 werden Behandlungsoptionen (wie beispielsweise die interpersonelle Therapie) empfohlen, die nicht Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinie und der vertragsärztlichen Versorgung im deutschen Versorgungskontext sind (vgl. auch Kapitel 5).</p>
V1.5.1.2 – K5 Verlaufskontrolle medikamentöse Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervalle und Maßnahmen zur Verlaufskontrolle ▪ Indikationen zur Fortsetzung, zum Absetzen oder Wechsel der medikamentösen Therapie ▪ Überwachung einer Augmentationstherapie ▪ besondere Anforderungen bei Patientinnen und Patienten in Alten- und Pflegeheimen 	CCSMH 2021 [•] , JSPN 2022 [•]	1	1	13	Fortsetzen der Therapie mindestens 1 Jahr nach Remission aufgrund des hohen Risikos von Rezidiven bei Depression im fortgeschrittenen Alter [#]

Tabelle 6: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin bzw. des Patienten“ (V1.5.1.2) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>CBT: cognitive behavioural therapy; COPD: Chronic obstructive pulmonary disease; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EKT: elektrokonvulsive Therapie; GoR: Grade of Recommendation; HIV: Human Immunodeficiency Virus; IPT: Interpersonelle Psychotherapie; K: Kerninhalt; MAO: Monoaminoxidase; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepananten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; PST: problem-solving therapy; SNRI: selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren; TZA: trizyklische Antidepressiva; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.2 Psychotherapie (V1.5.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Eine psychotherapeutische Behandlung stellt eine zentrale therapeutische Maßnahme bei depressiven Störungen dar. Es stehen gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (PT-RL) für die vertragsärztliche Versorgung verschiedene psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung, die als Einzel-, oder Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie im Umfang einer Akut-, Kurzzeit- oder Langzeittherapie Einsatz finden können. Hiervon unberührt sind im Rahmen von Krankenhausbehandlung erbringbare Leistungen, die nicht dem Geltungsbereich der PT-RL unterliegen.

Bei der Einzeltherapie können zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einbezogen werden.

Vor Beginn einer Psychotherapie sollten folgende Aspekte geklärt werden:

- Ansprechen auf psychotherapeutische Behandlungen (in der Vergangenheit oder aktuell)
- Erfolglose Therapieversuche, Abbrüche (Gründe für eine vorzeitige Beendigung) und unerwünschte Wirkungen von Psychotherapie in der Vergangenheit
- Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen von Psychotherapie

Die Psychotherapie bei Depression kann, je nach gewähltem therapeutischem Verfahren, auf der Basis einer verlässlichen, schützenden und belastbaren therapeutischen Beziehung, insbesondere folgende Aspekte beinhalten:

- Psychoedukation und Erarbeitung eines Störungsmodells
- Identifikation relevanter Problembereiche und Ableitung von Therapiezielen
- Verhaltensaktivierung, Alltagsstrukturierung, Steigerung positiver Erfahrung, Abbau von Belastungen
- Bearbeitung zugrundeliegender unbewusster Motive und innerseelischer Konflikte und Strukturen
- Arbeit an Gedanken, Einstellungen, (Selbst-)Bewertungen, Verarbeitungsmustern, Schemata, lebensgeschichtlichen Prägungen
- Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten, (sozialen) Kompetenzen, Genusssteigerung, Stressmanagement und Verbesserung der Fähigkeit zur Emotionsregulation
- Rückfallprophylaxe, Notfallplanung

Grundlage jeder Psychotherapie stellt die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung dar. Zur Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen probatorische Sitzungen insbesondere dem Aufbau der therapeutischen Beziehung und der Identifizierung des geeigneten Therapieverfahrens. Darüber hinaus dienen diese der Einschätzung der persönlichen Passung von Patient oder Patientin und Therapeut oder Therapeutin.

Vor Beginn soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, die Wirklatenz, mögliche Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Maßnahmen und die Behandlungsdauer sowie über mögliche Folgen eines Abbruchs der Psychotherapie informiert werden.

Bei Ansprechen auf die Psychotherapie soll zur Stabilisierung des Therapieerfolgs eine psychotherapeutische Weiterbehandlung (im Sinne einer Erhaltungstherapie) sowie zur Senkung des Rückfallrisikos eine Rezidivprophylaxe angeboten werden.

Es kann sinnvoll sein, bei einer Langzeittherapie diese Rezidivprophylaxe über einen längeren Zeitraum als niederfrequentes Therapieangebot durchzuführen.

In akuten Krisensituationen kann eine psychotherapeutische Akutbehandlung durchgeführt werden, um eine kurzfristige Symptomverbesserung zu erreichen und eine weitere Chronifizierung der psychischen Erkrankung zu vermeiden.

Mögliche Komorbiditäten der Depression sowie unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie sind im Blick zu behalten. So können neben der Symptomebene weitere Funktions- und Lebensbereiche einer Patientin oder eines Patienten tangiert sein, wie zum Beispiel Partnerschaft, Arbeitsplatz, Freundschaften und Familie (zum Beispiel erhöhtes Konfliktpotential nach Förderung der Abgrenzungsfähigkeit).“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 5 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (APA 2019 [24], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], VADoD 2022 [35]):

- allgemeine Aspekte
- Auswahl des Verfahrens
- Anforderungen an Leistungserbringer

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Psychotherapie“ (V1.5.2) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.2 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von Patientinnen und Patienten auf Wartelisten ▪ Nutzung von Behandlungsmanualen ▪ Erhalt des Behandlungserfolgs nach Therapieende ▪ Wirk- und Einflussfaktoren bei psychotherapeutischen Ansätzen ▪ Klärung von möglichen Nebenwirkungen ▪ interpersonelle Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen nach der Geburt ▪ Angebot der supportiven Psychotherapie ▪ leitliniengerechte psychologische Behandlung 	NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020*, VADoD 2022	4	5	9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ regelmäßiger Kontakt zu Patientinnen und Patienten, die sich auf einer Warteliste befinden ▪ Nutzung von psychologischen und psychosozialen Behandlungsmanualen, die Hinweise zu Form, Dauer und Beendigung der Intervention umfassen ▪ Besprechung von Optionen zum Erhalt des Behandlungserfolgs vor Beendigung der Behandlung ▪ Berücksichtigung von Wirk- und Einflussfaktoren im Rahmen psychotherapeutischer und niedrigschwelliger gesprächsbasierter Interventionen wie z. B.:# <ul style="list-style-type: none"> ▫ religiöse, kulturelle Aspekte ▫ individuelles Krankheitsverständnis ▫ Förderung von Selbstregulation ▫ Einsicht in innere Konflikt- und Bewältigungsmuster
V1.5.2 – K2 Auswahl des Verfahrens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswahl eines adäquaten psychotherapeutischen Verfahrens ▪ spezifische psychotherapeutische Verfahren ▪ Format der Psychotherapie auf Basis der Patientenpräferenzen 	APA 2019, NVL 2022, VADoD 2022	1	1	5	<p>Auswahl eines adäquaten psychotherapeutischen Verfahrens in partizipativer Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der Wirk- und Einflussfaktoren, wie: #</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ religiöse, kulturelle Aspekte ▪ individuelles Krankheitsverständnis ▪ Förderung von Selbstregulation ▪ Einsicht in innere Konflikt- und Bewältigungsmuster

Tabelle 7: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Psychotherapie“ (V1.5.2) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.2 – K3 Anforderungen an Leistungserbringer	Anforderungen an ausführende medizinische Fachkräfte	NICE 2022, NVL 2022, VADoD 2022	2	2	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen an ausführende medizinische Fachkräfte: <ul style="list-style-type: none"> ▫ regelmäßige Supervision und Überwachung der Kompetenzen ▫ Vorschlag zur Durchführung eines Verfahrens durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in mindestens einem in Deutschland sozialrechtlich anerkannten Verfahren ausgebildet sind[#]
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>CBASP: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.3 Neurostimulatorische Verfahren (V1.5.X)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

In der aktuellen DMP-A-RL ist dieser Versorgungsaspekt bisher nicht enthalten.

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 4 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], VADoD 2022 [35]):

- neurostimulatorische Verfahren:
 - elektrokonvulsive Therapie
 - repetitive transkranielle Magnetstimulation

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Neurostimulatorische Verfahren“ (V1.5.X) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.3	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.X – K1 neurostimulatorische Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EKT: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Indikation ▫ Aufklärung ▫ Entscheidungsfindung ▫ erneute Behandlung bei Nichtansprechen auf eine vorherige Anwendung ▫ Anforderungen an Kliniken ▫ Erhaltungstherapie und Beendigung ▫ weiterführende Therapieoptionen ▪ rTMS: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Indikationen ▫ Auswahl durch spezialisierte Zentren ▪ Negativempfehlungen für Vagus-Nerv-Stimulation und tiefe Hirnstimulation 	NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020*, VADoD 2022	11	11	27	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EKT: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Aufklärung über Risiken und individuelle Risiko/Nutzen-Analyse ▫ gemeinsame Entscheidungsfindung: <ul style="list-style-type: none"> - über die Anwendung - Bedingungen für die Anwendung, wenn keine informierte Zustimmung möglich ist ▫ Anforderungen an Kliniken ▫ Beendigung einer Therapie, wenn Nebenwirkungen den potenziellen Nutzen überwiegen oder eine stabile Remission erreicht ist ▫ Therapieoptionen bei Ansprechen: <ul style="list-style-type: none"> - Beginn oder Weiterbehandlung mit Antidepressiva oder psychologischen Interventionen zur Rezidivprophylaxe ▫ EKT bei therapieresistenten depressiven Episoden, insbesondere im höheren Lebensalter, oder psychotischer Symptomatik[#] ▫ Indikationen für eine Erhaltungstherapie[#] ▪ rTMS: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Auswahl von rTMS-Methode durch spezialisierte Zentren[#] ▪ Negativempfehlungen für tiefe Hirnstimulation[#]

Tabelle 8: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Neurostimulatorische Verfahren“ (V1.5.X) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.3	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
						<p>Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Referenzen, die der Negativempfehlung für die tiefe Hirnstimulation zugrunde liegen, beziehen sich auf die therapieresistente Depression. ▪ Die EKT wird in Deutschland fast ausschließlich im stationären Setting erbracht. ▪ Die rTMS ist prinzipiell als ambulante Behandlung möglich, aber aufgrund des Stimulationsschemas im ambulanten Setting schwierig umsetzbar. Die rTMS ist nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen.
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EKT: elektrokonvulsive Therapie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; rTMS: repetitive transcranial magnetic stimulation; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.4 Medikamentöse Therapie (V1.5.3)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Bei Eintritt in ein DMP Depressionen soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt die bisherige medikamentöse Behandlung der Depression erfassen. Folgende Aspekte sollten geklärt werden:

- Aktuelle Medikation einschließlich der Selbstmedikation
- Art und Dauer der medikamentösen Therapie zur Behandlung der Depression in der Vergangenheit
- Bisheriges Ansprechen und Nichtansprechen auf die Behandlung mit Antidepressiva und anderen relevanten Pharmaka (beispielsweise Antipsychotika und Phasenprophylaktika)
- Relevante Komorbiditäten, individuelle Unverträglichkeiten, unerwünschte Arzneimittelwirkungen antidepressiver Medikation in der Vergangenheit und Medikamentenwechselwirkungen sowie Auffälligkeiten im Metabolisierungsstatus, wenn bekannt
- Präferenzen hinsichtlich einer medikamentösen Behandlung

Im Grundsatz ist bei der medikamentösen Therapie mittels Antidepressiva zu beachten, dass ihre Wirkung umso besser ist, je schwerer die Depression ist. Die Patientin oder der Patient soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, Wirklatenz, mögliche Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und die Behandlungsdauer informiert werden. Zudem ist über mögliche Folgen einer Dosisreduzierung, einer unregelmäßigen Einnahme sowie eines raschen Absetzens der medikamentösen Therapie aufzuklären. Ein bestehender Kinderwunsch ist zu berücksichtigen.

Unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Komorbiditäten und der Patientenpräferenzen sollen vorrangig Medikamente zur Behandlung der Depression verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der genannten Therapieziele in randomisierten und kontrollierten Studien (RCT) nachgewiesen wurden.

Zur medikamentösen Therapie stehen grundsätzlich folgende Wirkstoffe bzw. folgende Wirkstoffgruppen zur Verfügung:

- Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI);
- Tri- (und tetrazyklische) Antidepressiva (TZA) bzw. nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI);
- Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI);

- Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI);
- Alpha2-Rezeptor-Antagonisten (Noradrenerge und selektiv-serotonerge Antidepressiva (NaSSA));
- Selektive Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (Bupropion);
- Melatonin-Rezeptor-Agonisten (MT1/MT) und Serotonin 5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonisten (Agomelatin);
- Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker

Zusätzlich stehen weitere Wirkstoffe zur Verfügung, beispielsweise das nicht klassifizierte Antidepressivum Trazodon, sowie Johanniskraut und für die Augmentation Lithiumsalze und Quetiapin.

Die Auswahl der medikamentösen Therapie sollte patientenindividuell unter Abwägung unterschiedlicher Nebenwirkungs- und Interaktionsprofile sowie ggf. bisher erfolgter Antidepressiva-Behandlungen getroffen werden.

Es sollte grundsätzlich mit einer antidepressiven Monotherapie begonnen werden.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung Wirkstoffe aus anderen Wirkstoffgruppen als die genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zu patientenrelevanten Endpunkten vorliegen.

Mit Beginn der medikamentösen Therapie erfolgt eine engmaschige, wöchentliche Betreuung in den ersten vier Wochen. Dabei ist insbesondere zu Beginn eine sorgfältige Überwachung bezüglich Wirkung (Response) und Nebenwirkungen wichtig. Insbesondere zu Beginn einer antidepressiven Therapie kann es zu Antriebssteigerungen bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung kommen. In dieser Phase ist auf ein erhöhtes Suizidrisiko zu achten und darüber aufzuklären. Es hat sich bewährt, bei den meisten Antidepressiva mit einer niedrigen Anfangsdosis zu beginnen, die nach Verträglichkeit in den substanzspezifischen Zielbereich gesteigert wird. Kommt es zu nicht tolerablen Nebenwirkungen, ist der Wechsel des Medikaments, bevorzugt in eine andere Wirkstoffklasse, mit dem Patienten zu diskutieren. Häufige Nebenwirkungen sind Übelkeit und Erbrechen, Sturzneigung insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten, anfängliche innere Unruhe und Agitiertheit sowie sexuelle Funktionsstörungen. Selten aber schwerwiegende Nebenwirkungen sind das Auftreten eines Serotoninsyndroms und Komplikationen in Folge einer Verlängerung der QT-Überleitungszeit am Herzen.

Bereits bei Therapiebeginn soll mit der Patientin oder dem Patienten besprochen werden, dass circa vier Wochen nach Erreichen der Standarddosis gemeinsam geprüft werden soll, ob

unter Medikation eine relevante Verbesserung der Symptomatik eingetreten ist. Dies erfordert bei Behandlungsbeginn eine entsprechende Dokumentation der Symptomatik. Bei Ansprechen (Response) erfolgt die Weiterbehandlung bis zur Remission und der Übergang in die Erhaltungstherapie (vier bis neun Monate ab Erreichen der Remission), bei Nicht-Ansprechen (Non-Response) erfolgt eine Veränderung der Behandlungsstrategie (zum Beispiel Dosiserhöhung, Kombinationstherapie, Augmentationstherapie) unter Einbeziehung einer entsprechend spezialisierten Ärztin oder eines entsprechend spezialisierten Arztes.

Bei Patientinnen und Patienten, die eine medikamentöse Therapie in Anspruch nehmen, ist in der Regel eine langfristige Rezidivprophylaxe empfohlen. Die Rezidivprophylaxe soll das Auftreten einer erneuten depressiven Episode verhindern. Den Patientinnen und Patienten soll empfohlen werden, das Antidepressivum nach Abschluss der Erhaltungstherapie mindestens zwei Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen.

Bei Beendigung der medikamentösen Behandlung sollen Antidepressiva schrittweise über einen Zeitraum von vier Wochen reduziert werden. Die Patientin oder der Patient ist über mögliche Absetzsymptome aufzuklären.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 9 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (CANMAT 2022 [25], CANMAT 2021 [26], CCSMH 2021 [27], ISNPR 2019 [29], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANCZP 2020 [33], UMHS 2021 [34], VADoD 2022 [35]):

- Grundsätze
- zu klärende Aspekte vor Beginn
- weitere Wirkstoffe
- Antidepressiva:
 - SSRI
- Beendigung der medikamentösen Therapie
- Absetzsymptome bei Beendigung

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapie“ (V1.5.3) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.4	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.3 – K1 Grundsätze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ empfohlene Dosierung bei jüngeren Erwachsenen ▪ Aufdosierung bis zur Standarddosis ▪ Antidepressiva als Erstlinientherapie bei peri- und postmenopausaler Depression ▪ erforderliche Kenntnisse zur Dosierung und zu potenziellen Nebenwirkungen ▪ Auswahl des Antidepressivums ▪ Fortsetzung bis zur Remission und Übergang in Erhaltungstherapie ▪ Negativempfehlung für spezifische Narkose- und Schmerzmittel ▪ Empfehlungen für einzelne Arzneimittel aus den Wirkstoffgruppen der Antidepressiva und Psychopharmaka 	CCSMH 2021 [•] , NVL 2022, RANZCP 2020 [•] , UMHS 2021 [•] , VADoD 2022	2	4	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte: Kenntnisse zur Dosierung und zu potenziellen Nebenwirkungen von mindestens 2 Antidepressiva zur Erstlinientherapie aus verschiedenen Medikamentenklassen und von 2 Wirkstoffen zur Augmentation[#] ▪ Kriterien für die Auswahl des Antidepressivums (u. a. Sicherheits- und Interaktionsprofil, Patientenpräferenzen, Erfahrungen)[#]
V1.5.3 – K2 zu klärende Aspekte zu Beginn	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Managementplan ▪ Aufklärung vor Beginn ▪ initiale Untersuchungen ▪ Aufklärung über Absetzsymptome und Rebound-Depressionen 	NICE 2022, NVL 2022,	3	4	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstimmung eines Managementplans u. a. hinsichtlich Selbstmanagement und Symptomkontrolle sowie Begründung der Auswahl der Medikamente ▪ Inhalte der Initialuntersuchung z. B. Blutbild, GFR, Blutdruck, Körpergewicht[#]

Tabelle 9: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapie“ (V1.5.3) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.4	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.3 – K3 weitere Wirkstoffe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monotherapie und / oder ergänzende komplementäre Therapie bei Patientinnen und Patienten mit leichter bis mittelgradiger Depression mit: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Johanniskraut ▫ Safran ▫ Kurkuma ▫ ätherischem Lavendelöl ▫ verschreibungspflichtige Omega-3-Fettsäuren (RxOM3FAs) ▪ Therapie mit Ketaminen und Kontraindikationen ▪ Negativempfehlungen für: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Rosenwurz ▫ Valprionsäure bei Frauen im gebärfähigen Alter ▫ nicht zugelassene psychotrope Substanzen 	APA 2019 [•] CANMAT 2022 [•] , CANMAT 2021 [•] , ISNPR 2019 [•] , RANZCP 2020 [•] , UMHS 2021 [•] , VADoD 2022	2	2	28	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monotherapie mit Johanniskraut bei Patientinnen und Patienten mit leichter bis mittelgradiger Depression ▪ Negativempfehlungen für nicht zugelassene psychotrope Substanzen wie Psilocybin, MDMA, Cannabis[#]

Tabelle 9: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapie“ (V1.5.3) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.4	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.3 – K4 Beendigung der medikamentösen Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besonderheit bei Entlassung aus dem Krankenhaus nach Therapie mit Ketaminen ▪ Austausch mit der / dem Behandelnden beim Wunsch des Absetzens ▪ Beachtung u. a. des pharmakokinetischen Profils ▪ Ausschleichen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ des Antidepressivums am Ende einer Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe ▫ nach Augmentations- oder Kombinationstherapie ▫ ggf. Umstieg auf flüssige Präparate ▫ schrittweise Dosisreduzierungen ▪ Absetzen bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen 	CANMAT 2021 [•] , NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020 [•]	3	4	11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beachtung des pharmakokinetischen Profils und der Dauer der Behandlung beim Beenden ▪ Ausschleichen der Medikamente nacheinander nach Augmentations- oder Kombinationstherapie[#] ▪ schnelles / abruptes Absetzen eines Antidepressivums bei unerwünschten bzw. gefährlichen Arzneimittelwirkungen[#]

Tabelle 9: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapie“ (V1.5.3) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.4	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.3 – K5 Absetzsymptome bei Beendigung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung über Absetzsymptome ▪ individuelles Monitoring bei Absetzsymptomen / Entzugserscheinungen ▪ Unterstützung durch Behandler beim Absetzen von Antidepressiva ▪ Vorgehen bei Absetzsymptomen ▪ schrittweises Absetzen zur Vermeidung einer Rebound-Depression 	NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020*	10	12	17	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung über/zur: <ul style="list-style-type: none"> ▫ mögliche Symptome bei abruptem Absetzen oder unregelmäßiger / unvollständiger Einnahme ▫ Abgrenzung von Absetzsymptomen zu einem Rezidiv ▪ weitreichende Unterstützung durch Behandler beim Absetzen von Antidepressiva ▪ Empfehlungen bei Absetzsymptomen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Dauer und Geschwindigkeit des Absetzens in Abhängigkeit von möglichen Symptomen ▫ Monitoring von Symptomen und auf eine Verschlechterung/Neuaufreten eines depressiven Syndroms ▫ insbesondere bei Paroxetin und Venlafaxin: spezifische Dosierungsangaben zum Absetzen von Fluoxetin ▫ Ausschleichen über kleinere Dosierungsschritte[#]
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; MDMA: 3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.5 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen (V1.5.4)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die unter Nummer 1.5.1 bis Nummer 1.5.3 genannten therapeutischen Maßnahmen stellen die zentralen Behandlungsformen der Zielgruppe dieses DMP dar. Zur Unterstützung dieser Maßnahmen können unter anderem eine Ergotherapie, Soziotherapie sowie die psychiatrische häusliche Krankenpflege, erwogen werden.

Patientinnen und Patienten sollten zu einer gesunden Lebensweise motiviert werden. Als weitere unterstützende Maßnahme sollen Patientinnen und Patienten auf den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die depressive Symptomatik hingewiesen und regelmäßige körperliche Aktivität empfohlen werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 10 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (AAFP 2019 disorders [22], APA 2019 [24], CANMAT 2022 [25], EPA 2018 [28], ISNPR 2019 [29], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], UMHS 2021 [34], VADoD 2022 [35]):

- allgemeine Aspekte
- Nahrungsergänzungsmittel
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- psychiatrische häusliche Krankenpflege
- gesunde Lebensweise

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen“ (V1.5.4) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.4 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lichttherapie ▪ Akupunktur ▪ Abwägung der Vor- und Nachteile einer Wachttherapie ▪ Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ▪ Teilhabeleistungen an Arbeit bzw. Bildung ▪ Bibliothherapie auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie als ergänzende Maßnahme oder Alternative 	APA 2019, NVL 2022, VADoD 2022	5	5	13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung <ul style="list-style-type: none"> ▫ Erörterung der Vor- und Nachteile[#] ▫ Angebot angemessener Interventionen[#] ▫ Angebot einer intensivierten Behandlung bei wiederholter Verlängerung[#] ▪ Teilhabeleistungen an Arbeit bzw. Bildung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ frühzeitige Beratung und Weiterleitung an regionale Beratungseinrichtungen bei u. a. längerer Arbeitsunfähigkeit oder erheblich gefährdeter Erwerbsfähigkeit[#] ▫ Angebot der Unterstützung bei der Antragstellung und / oder Vermittlung an zuständige Kostenträger[#]
V1.5.4 – K2 Nahrungsergänzungsmittel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Omega-3-Fettsäuren (EPA/DHA) ▪ Probiotika ▪ Vitamin C, D ▪ Mineralstoffe ▪ Folsäure ▪ SAMe ▪ Inositol ▪ Kreatin ▪ Tryptophan ▪ Negativempfehlung für Nahrungsergänzungsmittel allgemein 	APA 2019, CANMAT 2022*, ISNPR 2019*, NVL 2022	5	5	27	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ergänzende Therapie mit Omega-3-Fettsäuren in standardisierter Dosis von 1 g bis 2 g ▪ Negativempfehlungen für <ul style="list-style-type: none"> ▫ die Gabe von Folsäure ▫ Inositol in einer Dosierung bis zu 12 g als ergänzende Therapie oder Monotherapie ▫ Magnesium in einer Dosierung von 100 mg bis 400 mg als ergänzende Therapie oder Monotherapie ▪ Negativempfehlung für Nahrungsergänzungsmittel allgemein, sofern kein Mangel an Mikronährstoffen vorliegt[#]

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen“ (V1.5.4) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.4 – K3 psychiatrische häusliche Krankenpflege	Angebot der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	NVL 2022	1	1	1	Angebot der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, wenn selbstständige Versorgung im häuslichen Umfeld nicht gewährleistet ist und / oder zur Vermeidung/Verkürzung stationärer Aufenthalte [#]
V1.5.4 – K4 gesunde Lebensweise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ körperliche Aktivität (auch in Gruppe) ▪ Yoga ▪ achtsamkeitsbasierte Interventionen ▪ Hinweis auf inkonsistente Wirksamkeitsnachweise für Tai-Chi und Qigong ▪ Erfassung der Bewegungsroutinen und Lebensstilfaktoren ▪ Schulungsmaßnahmen ▪ Teilnahme an einem strukturierten supervidierten körperlichen Training ▪ besondere Vorteile von Outdoor-Aktivitäten ▪ Beibehaltung einer gesunden Lebensweise ▪ Motivierung zur ausgewogenen und gesunden Ernährung ▪ Kombinationstherapie mit körperlicher Aktivität 	AAFP 2019 disorders*, APA 2019, EPA 2018*, NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020*, UMHS 2021*, VADoD 2022	6	7	20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ körperliche Aktivität bei leichter bis mittelgradiger Depression zur Verbesserung der Symptome und der körperlichen Belastbarkeit[#] ▪ körperliche Aktivität, idealerweise innerhalb einer Gruppe, und Teilnahme an einem strukturierten supervidierten körperlichen Training, wenn keine Kontraindikationen vorliegen[#] ▪ besondere Vorteile von Outdoor-Aktivitäten ▪ Motivierung zur ausgewogenen und gesunden Ernährung[#]
<p>• Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.6 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität (V1.5.5)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Einschätzung des Suizidrisikos

Suizidalität umfasst ein graduelles Spektrum von passivem Todeswunsch, Suizidgedanken und -ideen über Suizidpläne und -vorbereitungen bis hin zu Suizidhandlungen. Diese Phasen verlaufen nicht unbedingt linear. Zur validen Abschätzung der akuten Suizidgefahr soll diese direkt thematisiert und vor dem Hintergrund bestehender Risikofaktoren und vorhandener sozialer Unterstützung beurteilt werden. Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht insbesondere bei früheren Suizidversuchen, drängenden Suizidgedanken, konkreten Suizidplänen oder Vorbereitung suizidaler Handlungen und Abschiedsvorbereitungen. Daneben können klinische Symptome und weitere allgemeine Faktoren wie beispielsweise suizidales Verhalten in der Familiengeschichte mit einem höheren Suizidrisiko einhergehen.

Suizidprävention und Krisenmanagement

Je nach Ausprägung des Suizidrisikos, der vorhandenen patientenseitigen Ressourcen und der Absprachefähigkeit soll konkrete Unterstützung initiiert werden. Suizidale Patientinnen und Patienten sollen grundsätzlich eine Intensivierung der zeitlichen Betreuung und der therapeutischen Bindung erhalten. Im Rahmen eines Krisenmanagements sollte gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten geklärt werden, welche Unterstützung und Hilfsangebote bei einer Verschlechterung der Symptomatik in Anspruch genommen werden können. Diese können zum Beispiel gemeindepsychiatrische Angebote, sozialpsychiatrische Dienste oder telefonische oder lokale Krisendienste sein.

Vorgehen bei akuter Suizidalität

Bei akuter Suizidalität soll im Rahmen von Kriseninterventionen oder Psychotherapie eine intensive Kontaktgestaltung und aktive unmittelbare Unterstützung und Entlastung des Patienten bis zum Abklingen der Krise angestrebt werden. Eine tragfähige therapeutische Beziehung kann bei suizidgefährdeten Patienten per se suizidpräventiv wirken. Es sollte eine Psychotherapie angeboten werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert. Als psychotherapeutische Maßnahmen im Sinne einer Krisenintervention steht die Akuttherapie zur Verfügung (siehe Nummer 1.5.2). Zusätzliche Unterstützung können zum Beispiel telefonische oder lokale Krisendienste bieten.

Bei akuter Suizidgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit bis zum nächsten vereinbarten Termin soll die Patientin oder der Patient notfallmäßig in eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung weitergeleitet werden (siehe Nummer 1.7.3).

Medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität

Antidepressiva allein sollten zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität nicht eingesetzt werden. Sie können jedoch bei suizidalen Patienten zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen eingesetzt werden.

Zu Beginn einer medikamentösen antidepressiven Behandlung kann es, vor allem bei jüngeren Patientinnen und Patienten, zu einer vorübergehenden Zunahme der Suizidalität kommen. Hierüber ist die Patientin oder der Patient aufzuklären und es ist eine engmaschige Verlaufskontrolle in dieser Phase einzuplanen. Eine Akutbehandlung mit Benzodiazepinen bei suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten kann in Betracht gezogen werden, da diese angstlösend und emotional distanzierend wirken und depressives Erleben dämpfen können. Diese sollte aufgrund des Abhängigkeitspotenzials möglichst nicht länger als zwei Wochen andauern.

Besteht die suizidale Symptomatik im Verlauf der Behandlung mit Antidepressiva, sollte eine Anpassung der Medikation erwogen werden. Klingt die Suizidalität trotz Anpassung der Medikation nicht ab, oder ist von einer akuten Suizidgefährdung auszugehen, soll zur Prävention suizidaler Handlungen eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 2022 [31], NVL 2022 [32]):

- allgemeine Aspekte
- Einschätzung des Suizidrisikos
- Vorgehen bei akuter Suizidalität
- medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität
- aufsuchende Behandlungsformen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität“ (V1.5.5) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.6	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.5 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu beachtende Aspekte bei vorliegendem Suizidrisiko ▪ Art und Frequenz von Konsultationen und Überweisung an eine Fachärztin oder einen Facharzt ▪ Nachuntersuchung und Folgebehandlung nach stationärem Aufenthalt 	NICE 2022, NVL 2022	3	3	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu beachtende Aspekte bei vorliegendem Suizidrisiko: <ul style="list-style-type: none"> ▫ kein Vorenthalten einer Behandlung aufgrund des bestehenden Suizidrisikos ▫ Beachtung einer möglichen Überdosierung von Antidepressiva oder anderer Medikamente und ggf. Einschränkung von verfügbaren Medikamenten ▪ Nachuntersuchung und Folgebehandlung nach stationärem Aufenthalt[#]: <ul style="list-style-type: none"> ▫ kurzfristig, max. 1 Woche nach Entlassung ▫ unmittelbare Kontaktaufnahme mit der Patientin / dem Patienten, wenn Termin zur Nachuntersuchung nicht wahrgenommen wurde
V1.5.5 – K2 Einschätzung des Suizidrisikos	gradueller Ausprägung, Handlungsdruck, Distanzierung von suizidalem Verhalten und allgemeine Absprachefähigkeit	NVL 2022	1	1	1	Einschätzung von gradueller Ausprägung, Handlungsdruck, Distanzierung von suizidalem Verhalten und allgemeiner Absprachefähigkeit bei Vorliegen von Suizidalität [#]
V1.5.5 – K3 Vorgehen bei akuter Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krisenintervention oder Psychotherapie mit Fokus auf Suizidalität ▪ Notfallplan 	NVL 2022	1	2	3	Erstellung eines Notfallplans bei akuter Suizidgefahr zusammen mit der Patientin bzw. dem Patienten [#]

Tabelle 11: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität“ (V1.5.5) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.6	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.5 – K4 medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgehensweise bei Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 18 und 25 Jahren ▪ Einsatz von Antidepressiva ▪ Medikation mit Lithium bei Indikation für eine Rezidivprophylaxe ▪ Indikation und Anforderungen für die Behandlung mit Benzodiazepinen ▪ Indikation für die intranasale Applikation von Esketamin zusätzlich zu einem Antidepressivum 	NICE 2022, NVL 2022	4	5	8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ spezifische Vorgehensweise für Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, die Antidepressiva verschrieben bekommen und ein erhöhtes Risiko für Suizid aufweisen ▪ Beachtung der möglichen toxischen Überdosierung von Antidepressiva, insbesondere TCAs (mit Ausnahme von Lofepramin) ▪ Abwägung der Auswahl von Antidepressiva hinsichtlich des Nutzen-Risiko-Verhältnisses bei suizidalen Patientinnen und Patienten[#] ▪ Indikation und Anforderungen für die Behandlung mit Benzodiazepinen[#]
V1.5.5 – K5 aufsuchende Behandlungsformen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationen für die Nutzung von neuen Versorgungsmodellen wie dem „Crisis Resolution and Home Treatment“ (CRHT) ▪ Anforderungen an CRHT-Teams 	NICE 2022	1	1	2	Inhaltliche und organisatorische Anforderungen an CRHT-Teams [#]
<p>[#] methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. CRHT: crisis resolution and home treatment; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; TCA: tricyclic antidepressants; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.7 Maßnahmen bei Komorbiditäten (V1.5.6)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Vor dem Hintergrund des möglichen Einflusses auf das Krankheitsgeschehen und ihrer Bedeutung ist das Vorliegen von Komorbiditäten zu prüfen. Im Kontext von Depressionen sind zahlreiche Komorbiditäten möglich, die nach komorbiden psychischen und komorbiden somatischen Erkrankungen unterschieden werden. Bei Verdacht auf oder dem Vorliegen von Komorbiditäten sind Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer zu veranlassen (siehe Nummer 1.7.2).“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 2022 [31]):

- kognitive Einschränkungen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Maßnahmen bei Komorbiditäten“ (V1.5.6)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.7	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.6 – K1 kognitive Einschränkungen	kognitive Einschränkungen und leichte bis mittelgradige Demenz: <ul style="list-style-type: none"> ▪ psychologische Behandlung ▪ zu beachtende Aspekte bei der Durchführung von Interventionen ▪ Negativempfehlung für Antidepressiva 	NICE 2022 ^b	1	1	3	zu beachtende Aspekte bei Durchführung von Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen und der Diagnose einer Depression: <ul style="list-style-type: none"> ▪ beibehalten der üblichen Intervention ▪ ggf. Anpassung der Art und Weise der Anwendung oder Dauer der Intervention
<p>a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>b. Auf die in dieser Tabelle dargestellten Inhalte der Leitlinie Dementia 2018 wird in der Leitlinie NICE 2022 verwiesen. Ein separater Einschluss der Leitlinie erfolgte nicht.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.7.1 Psychische Komorbiditäten (V1.5.6.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Zu den relevanten psychischen Komorbiditäten gehören insbesondere:

- Angststörungen

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Angststörung sollten sowohl Psychotherapie als auch Pharmakotherapie als wirksame Behandlungsverfahren angeboten werden.

- Alkoholabhängigkeit

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit soll eine Behandlungsindikation der Depression drei bis vier Wochen nach einem Entzug überprüft werden. Bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression sollen zur Besserung der depressiven Symptomatik Antidepressiva erwogen werden. Eine Psychotherapie kann als alleinige Therapie oder in Kombination mit einer medikamentösen Therapie zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik in Frage kommen.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 2022 [31]):

- Angst- und Zwangserkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Psychische Komorbiditäten“ (V1.5.6.1)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.7.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.6.1 – K1 Angst- und Zwangserkrankungen	prioritäre Behandlung der Depression	NICE 2022	1	1	2	prioritäre Behandlung der Depression bei gleichzeitigem Vorliegen von Symptomen einer Angsterkrankung
V1.5.6.1 – K2 Persönlichkeitsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kein Vorenthalten einer Behandlung ▪ Behandlungsoptionen 	NICE 2022	3	3	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kein Vorenthalten einer Behandlung der Depression bei gleichzeitigem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ▪ Unterstützung bei der Wahl einer psychotherapeutischen Behandlung ▪ Hinweise zur Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie
<p>a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.7.2 Somatische Komorbiditäten (V1.5.6.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Zu den relevanten somatischen Komorbiditäten gehören insbesondere:

- Diabetes mellitus

Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Diabetes mellitus soll eine Psychotherapie zur Verringerung der Depressivität und zur Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus angeboten werden. Ist eine antidepressive Pharmakotherapie vorgesehen, sollen SSRI empfohlen werden. Grundsätzlich sind bei der antidepressiven Pharmakotherapie substanzspezifische Effekte auf den Diabetes zu beachten, wie beispielsweise der reduzierte Insulinbedarf bei SSRI oder eine Gewichtszunahme unter Mirtazapin, Mianserin und sedierenden TZA.

- Koronare Herzerkrankung

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK soll eine Psychotherapie angeboten werden. Ist eine medikamentöse antidepressive Behandlung vorgesehen, soll diese bei mittelgradiger bis schwerer Depression vorzugsweise mit SSRI erfolgen. TZA sollen wegen ihrer kardialen Nebenwirkungen nicht verordnet werden.

- Herzinsuffizienz

Ist bei gleichzeitigem Vorliegen einer Herzinsuffizienz eine medikamentöse antidepressive Behandlung vorgesehen, sollten TZA vermieden werden, insbesondere wegen ihrer proarrhythmischen und negativ inotropen Wirkung.

- Tumorerkrankungen

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Tumorerkrankung sollte eine Psychotherapie angeboten werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (AAFP 2019 [21]):

- Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Somatische Komorbiditäten“ (V1.5.6.2)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.7.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.5.6.2 – K1 Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom	medikamentöse Therapie und / oder kognitive Verhaltenstherapie	AAFP 2019	1	1	1	medikamentöse Therapie mit Antidepressiva, bevorzugt mit SSRIs oder SNRIs und / oder kognitive Verhaltenstherapie bei Patientinnen und Patienten mit Depression und akutem Koronarsyndrom in der Vorgeschichte
<p>a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; SNRI: selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.4.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation (V1.5.7)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V informiert.

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.5 Verlaufskontrolle (V1.6)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Unabhängig von den individuell erforderlichen regelmäßigen Verlaufskontrollen erfolgt die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie mittels der in Anlage 18 aufgeführten Parameter quartalsweise oder jedes zweite Quartal.

Zur Überprüfung der Erreichung der Therapieziele sind, abhängig von den individuellen Erfordernissen, regelmäßige Kontrolluntersuchungen des physischen und psychischen Gesundheitszustandes auch unter Berücksichtigung von Komorbiditäten durchzuführen.

Standardinhalte der regelmäßigen Konsultationen, unabhängig von der Art der therapeutischen Maßnahmen, sind:

- Erhebung und klinische Beurteilung der Symptomausprägung und -veränderung,
- Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus und psychosozialer Belastungsfaktoren,
- Einschätzung des Ansprechens auf die Therapie und
- Beurteilung möglicher Nebenwirkungen der Therapie.

Für die Erhebung und klinische Beurteilung der Symptomausprägung soll unterstützend der Patientenfragebogen PHQ-9 verwendet werden.

Bei jedem Patientenkontakt sollte zudem Suizidalität klinisch eingeschätzt und falls erforderlich exploriert werden. Abgeschätzt werden soll dabei der aktuelle Handlungsdruck. Bei schweren Verläufen soll eine klinische Einschätzung von psychotischen Symptomen und möglicher Fremdgefährdung erfolgen.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 5 (6) Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (ADAA 2021 [23], ISNPR 2019 [29], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], UMHS 2021 [34]):

- allgemeine Aspekte
- Einstufung einer therapieresistenten Depression
- Rezidivprophylaxe allgemein
- Nichtansprechen allgemein

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle“ (V1.6) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR ^c		N ^c	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD ^b	n		
V1.6 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu überprüfende Faktoren im Rahmen der Behandlung ▪ Maßnahmen nach erfolgreicher medikamentöser Therapie ▪ Monitoring: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Therapieansprechen bei Depression mit psychotischen Symptomen ▫ Einschätzung der Suizidalität ▫ Intervalle und Parameter ▫ regelmäßige Symptomerfassung ▪ Psychoedukation ▪ Dokumentation des Ausgangsbefunds 	NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020*, UMHS 2021*	1	5	11	zur Bewertung des Therapieansprechens: nachvollziehbare Dokumentation des Ausgangsbefunds vor Behandlungsbeginn mit validierten Instrumenten #
V1.6 – K2 Einstufung einer therapieresistenten Depression ^d	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumente zur Einstufung einer therapieresistenten Depression ▪ Risikofaktoren für die Entstehung einer therapieresistenten Depression ▪ Kriterien für die Diagnostik einer therapieresistenten Depression ▪ Definition des Nichtansprechens 	ADAA 2021*	(4)	0	23	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikofaktoren für die Entstehung einer therapieresistenten Depression: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Symptomschwere ▫ Frequenz und rezidivierende depressive Episoden ▪ Kriterien für die Diagnostik: <ul style="list-style-type: none"> ▫ fehlendes Ansprechen auf 2 adäquate Therapieversuche mit Antidepressiva ▪ Definition des Nichtansprechens anhand der Anzahl der medikamentösen Therapieversuche und Reduktion von Symptomen (weniger als 50 %)

Tabelle 15: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle“ (V1.6) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR ^c		N ^c	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD ^b	n		
V1.6 – K3 Rezidivprophylaxe allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (prophylaktische) Behandlung mit Omega-3-Fettsäuren ▪ gemeinsame Entscheidungsfindung zur Fortsetzung einer Therapie ▪ Aufklärung über Risikofaktoren für ein Rezidiv ▪ Maßnahmen bei erhöhtem Rezidivrisiko 	ISNPR 2019*, NICE 2022	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung über Risikofaktoren für ein Rezidiv (z. B. rezidivierende depressive Episoden in der Vergangenheit) ▪ gemeinsame Entscheidungsfindung zur Fortsetzung der vorangehenden Therapie bei erhöhtem Rezidivrisiko
V1.6 – K4 Nichtansprechen allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation von Ursachen / Ursachenklärung ▪ Überprüfung der Diagnose Depression ▪ weitere möglicherweise wirksame Therapieoptionen 	ISNPR 2019*, NICE 2022	4	4	6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeinsame Evaluation von Ursachen / Ursachenklärung für das Nichtansprechen auf eine medikamentöse und / oder psychische Therapie, Diskussion und gemeinsame Entscheidungsfindung über weitere Therapieoptionen ▪ Überprüfung der Diagnose Depression bei Nichtansprechen trotz Therapiewechsel ▪ Motivierung hinsichtlich weiterer möglicherweise wirksamer Therapieoptionen bei Nichtansprechen
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. b. Bei unklarem GoR, aber hohem LoE wird stattdessen die Anzahl hoher LoE (in Klammern) angegeben. c. Hellgrau markierte Zahlen in Klammern beziehen sich auf alle Empfehlungen, inklusive denen aus Leitlinien ohne transparente Angaben zur Literaturrecherche und ohne Rückmeldung auf eine diesbezügliche Autorenanfrage. d. Ergebnisse, die aus Leitlinien ohne transparente Angaben zur Literaturrecherche und ohne Rückmeldung auf eine diesbezügliche Autorenanfrage generiert wurden, sind hellgrau gekennzeichnet.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.5.1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie (V1.6.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Bei einer psychotherapeutischen Behandlung ist das Therapieansprechen regelmäßig zu beurteilen. Dabei soll geprüft werden, ob der Behandlungsumfang sowie das gewählte Behandlungsverfahren geeignet sind. Bei psychotherapeutischer Behandlung ist bei fehlender Besserung nach spätestens drei Monaten die weitere Konsultation eines entsprechend spezialisierten Leistungserbringers zu prüfen.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 5 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (APA 2019 [24], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], VADoD 2022 [35]):

- allgemeine Aspekte
- Rezidivprophylaxe

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei Psychotherapie“ (V1.6.1) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.6.1 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ursachenklärung und Maßnahmen bei Nichtansprechen ▪ regelmäßige begleitende Erfassung von Symptomatik und therapeutischem Prozess durch validierte Instrumente ▪ Beendigung einer Psychotherapie ▪ Überweisung ▪ Intensivierung der Psychotherapie 	NICE 2022, NVL 2022	6	7	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algorithmus zur Überprüfung des Nichtansprechens[#] ▪ Evaluation von Ursachen bei Nichtansprechen[#] ▪ Aufklärung über weitere Therapieoptionen bei Nichtansprechen ohne erkennbare Ursache ▪ Indikationen für die Prüfung auf eine Intensivierung der Psychotherapie[#] ▪ Beendigung einer Psychotherapie auf Basis der individuellen Erfordernisse und nach zeitlich und inhaltlicher Vorbereitung[#] ▪ Überweisung bzw. Weiterleitung bei nicht tragfähiger therapeutischer Beziehung oder nicht adäquatem Verfahren[#]

Tabelle 16: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei Psychotherapie“ (V1.6.1) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.6.1 – K2 Rezidivprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortsetzung der Therapie zur Rezidivprophylaxe ▪ Komponenten der Rezidivprophylaxe ▪ gemeinsame Entscheidungsfindung ▪ erneute Beurteilung des Rezidivrisikos und Notwendigkeit einer weiteren Nachbehandlung ▪ längerfristige Psychotherapie zur Rezidivprophylaxe 	APA 2019, NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020*, VADoD 2022	4	7	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventionen zur Rezidivprophylaxe: <ul style="list-style-type: none"> ▫ kognitive Verhaltenstherapie und achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie ▫ psychologische Interventionen ▫ bei Wunsch der Patientin bzw. des Patienten: Fortführen einer Psychotherapie oder Kombinationstherapie, Angabe zu den Sitzungshäufigkeiten ▪ Komponenten der Rezidivprophylaxe: <ul style="list-style-type: none"> ▫ konkrete Therapiepläne zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs ▫ Identifikation von belastenden Faktoren und Ereignissen ▫ Pläne für schwierige Ereignisse in den kommenden 12 Monaten erstellen ▪ gemeinsame Entscheidungsfindung zur Weiterführung einer Psychotherapie bei hohem Rezidivrisiko <p>Hinweis: Von der britischen Leitlinie NICE 2022 wird die achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie empfohlen, die nicht Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinie und der vertragsärztlichen Versorgung im deutschen Versorgungskontext sind (vgl. auch Kapitel 5).</p>

Tabelle 16: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei Psychotherapie“ (V1.6.1) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.5.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (V1.6.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Im Falle einer medikamentösen Akuttherapie erfolgen Kontrollen innerhalb der ersten vier Wochen einmal wöchentlich oder zumindest alle zwei Wochen, danach alle zwei bis vier Wochen.

Besteht ein erhöhtes Suizidrisiko sollten eine Woche nach Beginn einer antidepressiven medikamentösen Behandlung und anschließend regelmäßig Kontrollen stattfinden, bis das Suizidrisiko als nicht mehr klinisch relevant beurteilt wird (vgl. Nummer 1.5.5).

Vier Wochen nach Erreichen der Standarddosierung einer Behandlung mit Antidepressiva sollte gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine genaue Prüfung der Symptombesserung erfolgen und die weitere Behandlung besprochen werden. Bei Auftreten von Nebenwirkungen können - abhängig von der Nebenwirkungsschwere und den Patientenpräferenzen - eine Anpassung der Dosierung, das Absetzen der Medikation oder ein Therapiewechsel erwogen werden.

Bei Nichtansprechen auf das gewählte Antidepressivum trotz Ausschöpfung der zugelassenen und verträglichen Dosis kommen grundsätzlich mehrere Behandlungsalternativen in Frage, wobei keine ausreichende Evidenz vorliegt, um einer dieser Alternativen generell den Vorrang zu geben:

- Wechsel des Antidepressivums
- Kombination zweier Antidepressiva
- Augmentation mit Lithium oder Quetiapin

Sollte ein Wechsel zwischen Antidepressiva erwogen werden, sollte wegen möglicher Wechselwirkungen eine schrittweise Aufdosierung des neuen und ein ausschleichendes Absetzen des alten Antidepressivums erfolgen.

In Abhängigkeit von der Schwere der Depression ist auch zu prüfen, ob ein Wechsel zur Psychotherapie oder eine Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie in Betracht kommt.

Bei gutem Ansprechen auf die Behandlung sind ab dem vierten Behandlungsmonat längere Intervalle möglich.

Spätestens sechs Monate nach Erreichen einer Remission sollte bei Patientinnen oder Patienten mit schweren depressiven Episoden überprüft werden, ob die Remission weiterhin besteht und ob gegebenenfalls eine Therapieanpassung erforderlich ist.

Im Anschluss an die Erhaltungsphase ist zu prüfen, ob eine Rezidivprophylaxe angezeigt ist. Erfolgt diese mittels Antidepressiva länger als ein Jahr, wird bei Patientinnen oder Patienten mit schwerer Depression mindestens jährlich eine gemeinsame Prüfung der weiteren Therapie empfohlen.

Aufgrund des Nebenwirkungsprofils der jeweiligen Wirkstoffgruppen können in Abhängigkeit von der gewählten Arzneimitteltherapie vor und während der Behandlung Kontrolluntersuchungen notwendig werden. Insbesondere können regelmäßige Blutbildkontrollen, Erhebung der Leberwerte, Gewichtskontrollen, EKG-Kontrollen sowie die Bestimmung der Schilddrüsenwerte erforderlich sein. Bei einer Medikation mit Lithium ist darüber hinaus die Bestimmung des Lithiumspiegels erforderlich.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 7 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (APA 2019 [24], CANMAT 2021 [26], ISNPR 2019 [29], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], UMHS 2021 [34], VADoD 2022 [35]):

- allgemeine Aspekte
- Nichtansprechen
- Augmentation
- Wechsel auf nicht medikamentöse Maßnahmen bei Nichtansprechen
- Anpassung der Medikation bei Nichtansprechen
- Kombinationstherapie medikamentöse und nicht medikamentös
- Wechsel der Medikation bei Nichtansprechen
- Erhaltungsphase
- Kontrolluntersuchungen
- Rezidivprophylaxe

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung“ (V1.6.2) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.6.2 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu überwachende Parameter vor, während und nach Ketamininfusionen ▪ Indikation für die Einnahme eines alternativen SSRI ▪ Zeitpunkt der Bewertung des Ansprechens ▪ Monitoring ▪ Indikation für Langzeittherapie („Therapie auf Lebenszeit“) ▪ Beurteilung des Erreichens der Therapieziele 	CANMAT 2021 [•] , NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020 [•] , UMHS 2021 [•]	4	7	12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ konkrete Intervalle des Monitorings unter medikamentöser Therapie sowie nach Absetzen der Therapie ▪ zu untersuchende Parameter für die verschiedenen Antidepressiva ▪ Beurteilung des Erreichens der Therapieziele mit validierten Instrumenten nach Erreichen der Standarddosierung[#]
V1.6.2 – K2 Nichtansprechen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ursachen des Nichtansprechens ▪ ergänzende Bewegungstherapie in Gruppe ▪ Hinzuziehen von anderen medizinischen Diensten ▪ bei Wunsch einer medikamentösen Kombinationsbehandlung ggf. Überweisung ▪ Vorgehen nach Behandlungsalgorithmus ▪ Indikation für eine rTMS ▪ experimentelle medikamentöse Ansätze 	NICE 2022, NVL 2022, VADoD 2022	5	5	9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung möglicher Ursachen des Nichtansprechens (z. B. Fehldiagnose, nicht ausreichende Mitarbeit) und gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich Therapieanpassung ▪ Ergänzung durch eine Bewegungstherapie in der Gruppe oder Wechsel zu einer psychologischen Therapie ▪ Vorgehen nach Behandlungsalgorithmus (u. a. Evaluation der Ursachen, Wirkungsprüfung, Therapieanpassung) ▪ Durchführung von experimentellen medikamentösen Ansätzen nur im Rahmen von klinischen Studien[#]

Tabelle 17: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung“ (V1.6.2) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.6.2 – K3 Augmentation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontrolluntersuchungen vor Beginn ▪ Augmentation mit einem anderen Antidepressivum, Lithium, Antipsychotika, Neuroleptika und weiteren Substanzen ▪ verschiedene Optionen der Kombinationsbehandlung ▪ Negativempfehlungen für einzelne Substanzen 	APA 2019, NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020*, UMHS 2021*, VADoD 2022	11	11	22	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation mit Lithium / Antipsychotika: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kontrolluntersuchungen vor Beginn ▫ Monitoring ▫ Aufklärung bei Frauen im gebärfähigen Alter ▫ Bestimmung der Lithiumdosis ▫ Informationsmaterial für die korrekte Einnahme ▫ Hinweise zum Absetzen ▪ Negativempfehlungen für: <ul style="list-style-type: none"> ▫ stimmungsstabilisierende Antiepileptika, Dopaminagonisten oder Psychostimulanzien zur Augmentation[#] ▪ verschiedene Optionen der Kombinationsbehandlung unter Beachtung von Nebenwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antidepressiva der 2. Generation ▫ Antipsychotika ▫ Lamotrigin ▫ Triiodothyronin ▫ EKT <p>Hinweis: Die EKT wird in Deutschland fast ausschließlich im stationären Setting erbracht.</p>

Tabelle 17: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung“ (V1.6.2) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.6.2 – K4 Anpassung der Medikation bei Nichtansprechen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung über Nebenwirkungen ▪ Indikationen für: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Vortioxetin ▫ begleitende transdermale Östrogengabe bei peri-/postmenopausaler Depression ▫ Dosisanpassung/-eskalation ▫ kürzere Kontrollintervalle ▫ Kontrolle des Serumspiegels ▫ intranasale Applikation von Esketamin ▪ Negativempfehlungen ▪ Kombinationsbehandlung mit weiteren Antidepressiva ▪ Maßnahmen bei chronisch depressiven Symptomen ▪ Maßnahmen bei Serumspiegeln außerhalb des therapeutischen Bereichs 	NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020 [•]	6	6	13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen bei Wunsch einer Kombinationsbehandlung aus Medikamenten anstelle einer Psychotherapie ▪ Negativempfehlungen für: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ketamin i. v. (off-label) außerhalb eines stationären psychiatrischen Settings[#] ▫ Dosiserhöhung eines SSRI (Monotherapie) mit Serumspiegeln im therapeutischen Bereich und Nichtansprechen[#] ▪ Kombinationsbehandlung mit weiteren Antidepressiva ▪ Maßnahmen bei chronisch depressiven Symptomen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Abklärung des Benefits ▫ Absetzen der Medikation ▫ Ursachenklärung ▪ Maßnahmen bei Serumspiegeln außerhalb des therapeutischen Bereichs[#]: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Adhärenzprüfung und -förderung ▫ ggf. Absetzen interagierender Substanzen ▫ Dosiserhöhung/-reduktion ▫ Prüfung der Ernährung
V1.6.2 – K5 Wechsel der Medikation bei Nichtansprechen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wechsel des Antidepressivums ▪ schrittweise Aufdosierung / Ausschleichen ▪ Zeiträume für Therapieansprechen und möglichen Wechsel 	APA 2019, NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020 [•] , UMHS 2021 [•] , VADOD 2022	1	2	11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hinweise bezüglich des Wechsels der Medikation und mögliche medikamentöse Alternativen bei chronischen depressiven Symptomen und Nichtansprechen auf SSRI/SNRI, insbesondere beim Wechsel von oder zu MAO-Inhibitoren oder Moclobemid

Tabelle 17: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung“ (V1.6.2) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.6.2 – K6 Erhaltungsphase	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlungen zur Fortsetzung der Therapie mit: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antidepressiva ▫ Antidepressiva mit / ohne Lithium nach einer EKT oder eine Kombination von Medikamenten und EKT ▫ Antipsychotika bei Depressionen mit psychotischen Symptomen ▪ Ausschleichen des Antidepressivums ▪ Maßnahmen nach medikamentöser Erhaltungstherapie 	NICE 2022, RANZCP 2020*, UMHS 2021*	2	3	8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einnahme des Antidepressivums 6 bis 12 Monate in gleicher Dosierung wie in der Akutphase über die Remission hinaus[#] ▪ Ausschleichen des Antidepressivums nach Ende der Erhaltungstherapie bei fehlender Indikation für eine Rezidivprophylaxe[#]
V1.6.2 – K7 Rezidivprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung ▪ Risikofaktoren einer Langzeittherapie mit Antidepressiva und Rezidivrisiko ▪ Kontrollintervalle und -untersuchungen ▪ Langzeitprophylaxe 	CANMAT 2021*, NICE 2022, NVL 2022	3	3	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abwägung der Risikofaktoren einer Langzeittherapie mit Antidepressiva vs. das Risiko eines Rezidivs ▪ Aufklärung über wichtige Aspekte bei Verzicht auf eine Rezidivprophylaxe ▪ Kontrollintervalle und -untersuchungen bei medikamentöser Rezidivprophylaxe
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. [#] Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EKT: elektrokonvulsive Therapie; GoR: Grade of Recommendation; i. v.: intravenös; K: Kerninhalt; MAO: Monoaminoxidase; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; rTMS: repetitive transkranielle Magnetsimulation; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.6 Kooperation der Versorgungssektoren (V1.7)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression erfordert die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch über alle Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen hinweg sowie aller an der Versorgung Beteiligten. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurde in 5 Leitlinien eine Empfehlung zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], UMHS 2021 [34], VADoD 2022 [35]):

- allgemeine Aspekte

Ableich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Kooperation der Versorgungssektoren“ (V1.7) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.5	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.7 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ interdisziplinäre Betreuung bei: Verschreibung von Lithium und Antipsychotika ▪ Indikationen für: <ul style="list-style-type: none"> ▫ zusätzliche soziale und berufliche Unterstützung sowie Rehabilitationsprogramm ▫ psychologische Interventionen in der Sekundärversorgung ▫ Überweisung zur Konsiliar-, Mit- oder Weiterbehandlung ▫ die Anwendung spezifischer Versorgungsmodelle ▪ Sicherstellung der effektiven Anwendung der Therapien ▪ Erkundigung über die jeweils regionale Versorgungslandschaft ▪ Unterstützung durch Apothekerinnen und Apotheker 	NICE 2022, NVL 2022, UMHS 2021 ^o , VADoD 2022	10	12	16	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elemente zur Sicherstellung der effektiven Anwendung der Therapien durch Auftraggeber und Anbieter von psychosozialen Diensten ▪ Indikationen für eine interdisziplinäre Abstimmung bzw. Überweisung zur Konsiliar-, Mit- oder Weiterbehandlung # ▪ Koordination verschiedener Akteurinnen und Akteure durch psychosoziale Dienste der Primär- und Sekundärversorgung ▪ detaillierte Komponenten der interdisziplinären Versorgung ▪ Erkundigung über die jeweils regionale Versorgungslandschaft# ▪ Anforderungen und Inhalte multidisziplinärer Versorgungspläne ▪ psychologische Interventionen in der Sekundärversorgung bei: <ul style="list-style-type: none"> ▫ schwerer Depression ▫ chronischen depressiven Symptomen ▫ gleichzeitiger Persönlichkeitsstörung ▪ Unterstützung durch Apothekerinnen und Apotheker# ▪ angemessene multiprofessionelle, strukturierte und koordinierte Versorgung bei mittelgradiger oder schwerer Symptomatik und ≥ 1 Jahr Erkrankungsdauer# ▪ Anwendung von Kooperationsversorgungsmodellen bzw. integrierten Versorgungsmodellen

Tabelle 18: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Kooperation der Versorgungssektoren“ (V1.7) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.5	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. # Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.7.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt steht im Austausch mit den anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Sie oder er hat die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen miteinzubeziehen.

Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit unipolarer Depression eine zugelassene oder ermächtigte spezialisierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten spezialisierten Facharzt oder eine spezialisierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung (V1.7.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„In Abhängigkeit von der eigenen Qualifikation ist die Erforderlichkeit einer Überweisung zu einer entsprechend qualifizierten Fachärztin oder einem entsprechend qualifizierten Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeutin oder Psychologischen Psychotherapeuten oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung insbesondere zu prüfen bei:

- hausärztlicher Behandlung: spätestens nach sechs Wochen bei nicht ausreichender Besserung,
- Nichtansprechen der aktuellen medikamentösen Therapie zur Therapieanpassung (Präparatewechsel, Kombination, Augmentation),

- fehlender Besserung bei aktueller Psychotherapie nach spätestens drei Monaten,
- Hinweisen auf eine die depressive Erkrankung komplizierende psychische oder somatische Komorbidität,
- psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor,
- Verdacht auf eine bipolare Störung,
- unklarer psychiatrischer Differentialdiagnostik oder
- geplanter oder bestehender Schwangerschaft zur Einleitung, Fortsetzung oder Absetzung einer medikamentösen antidepressiven Behandlung.

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ist eine unmittelbare Vorstellung bei einer entsprechend spezialisierten Fachärztin oder einem entsprechend spezialisierten Facharzt, bei einer spezialisierten ambulanten Einrichtung oder eine unmittelbare Einweisung in eine spezialisierte stationäre Einrichtung zu veranlassen, sofern eine Absprachefähigkeit nach Nummer 1.5.5 nicht erreicht werden kann. Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 4 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], UMHS 2021 [34]):

- allgemeine Aspekte

Ableich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung“ (V1.7.2)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.5.1	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.7.2 – K1 allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationen für die Überweisung zur psychiatrischen/fachärztlichen Versorgung ▪ konkrete Inhalte der Behandlung nach Überweisung 	NICE 2022, NVL 2022, RANZCP 2020*, UMHS 2021*	3	4	8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationen für die Überweisung zur psychiatrischen/fachärztlichen Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ bei Depression mit psychotischen Symptomen ▫ bei schwerer oder therapieresistenter Depression, Nichtansprechen auf ≥ 2 medikamentöse Therapieversuche oder Nichtansprechen auf eine kooperative Versorgung ▫ bei chronisch depressiven Symptomen und wenn die Depression persönliche / soziale Fähigkeiten einschränkt ▪ Angebot der Überweisung an spezialisierte Fachärztin bzw. spezialisierten Facharzt bei psychotischen Symptomen ▪ konkrete Behandlungsinhalte (z. B. Risikobewertung, Bedürfnisermittlung) bei psychotischen Symptomen
<p>● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.7.3)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Eine Notfallindikation zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung besteht insbesondere bei Vorliegen einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit.

Eine stationäre Einweisung ist für suizidale Patientinnen oder Patienten zu erwägen,

- die akut suizidgefährdet sind;
- die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen;
- die wegen der zugrundeliegenden depressiven Störung einer intensiven psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung bedürfen;
- wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität anders nicht möglich ist, oder
- wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ambulant nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt.

Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist darüber hinaus immer dann zu erwägen, wenn die Depression ambulant nicht ausreichend therapierbar ist. Soll in diesen Fällen vorrangig eine Psychotherapie angeboten werden, kann auch eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung erwogen werden.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2022 [31], NVL 2022 [32]):

- Einweisung in ein Krankenhaus
- Notfall

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung“ (V1.7.3)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.5.2	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.7.3 – K1 Einweisung in ein Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationen ▪ Maßnahmen im Rahmen des interdisziplinären Entlassmanagements 	NICE 2022, NVL 2022	3	4	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ konkrete Indikationen entsprechend zur stationären Einweisung (z. B. akute Selbst- und Fremdgefährdung, depressiver Stupor, bei Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien)[#] ▪ Einweisung bei depressivem Stupor und Behandlung mit Lorazepam[#] ▪ Maßnahmen im Rahmen des interdisziplinären Entlassmanagements rechtzeitig vor Entlassung[#]
V1.7.3 – K2 Notfall	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einweisung gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten 	NVL 2022	1	1	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ notfallmäßige stationäre Einweisung bei akuter Suizidgefahr zur psychiatrischen Versorgung ggf. gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten[#]
<p># Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.4.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.7.4)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist individuell zu prüfen, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen oder eine möglichst selbstbestimmte und selbständige Lebensführung zu erreichen sowie einer Chronifizierung der Depression entgegenzuwirken und komorbide psychische und somatische Erkrankungen zu vermeiden oder zu mindern.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2022 [32]):

- Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 21: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Veranlassung einer Rehabilitationsleistung“ (V1.7.4)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.5.3	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V1.7.4 – K1 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationen und Ausschlusskriterien für eine stationäre psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation ▪ Erhebung des Beratungsbedarfs bezüglich Rehabilitations- und Teilhabeleistungen 	NVL 2022	1	1	2	Indikationen (bspw. [drohende] erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit) und Ausschlusskriterien (bspw. akute Fremd- oder Eigengefährdung) für eine stationäre psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation nach adäquater Akutbehandlung [#]
<p># Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

4.5 Schulungen (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des SGB V) (V4)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.5.1 Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.5.2 Schulungen der Versicherten (V4.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Jeder Patientin und jedem Patienten, die oder der aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht geeignet ist, soll ein digitales Selbstmanagement-Programm angeboten werden, das qualifiziert begleitet wird. Das digitale Selbstmanagement-Programm muss strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Es kommen auch strukturierte, evaluierte und publizierte Präsenzgruppenschulungen in Frage. Im Übrigen gelten die Anforderungen an die Schulungen der Versicherten nach § 4 dieser Richtlinie. Digitale Versorgungsangebote, die als eigenständige Therapie oder therapieersetzend konzipiert sind, sind keine Schulungsprogramme im Sinne von § 4 dieser Richtlinie.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.6 Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen (V.Y)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

In der aktuellen DMP-A-RL ist dieser Versorgungsaspekt bisher nicht enthalten.

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2022 [32], VADoD 2022 [35]):

- digitale medizinische Gesundheitsanwendungen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 22: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen“ (V.Y)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.6	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Hoher GoR		N	Erläuterung der Diskrepanz zur DMP-A-RL und Hinweise
			nD	n		
V.Y – K1 digitale medizinische Gesundheitsanwendungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ adäquate Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Indikationsstellung ▫ Aufklärung und Verordnung ▫ therapeutische Begleitung ▫ regelmäßiges Monitoring der Adhärenz und Wirksamkeit ▪ Indikationen für internet- und mobilbasierte Interventionen ergänzend zu Antidepressiva und / oder Psychotherapie ▪ internet- und mobilbasierte Interventionen als alternativer Behandlungsansatz ▪ Anwendung von Telehealth-Technologien 	NVL 2022, VADoD 2022	4	4	7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ adäquate Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung und Verordnung vor Einsatz von internet- und mobilbasierten Interventionen[#] ▪ therapeutische Begleitung bei der Anwendung von internet- und mobilbasierten Interventionen[#] ▪ regelmäßiges Monitoring der Adhärenz und Wirksamkeit[#] ▪ internet- und mobilbasierte Interventionen als alternativer Behandlungsansatz[#]
<p># Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt</p>						

5 Diskussion

Einordnung der Diskrepanzen

In diesem Abschnitt werden einzelne in dem vorliegenden Bericht identifizierte Diskrepanzen hinsichtlich ihrer Bedeutung für den deutschen Versorgungskontext diskutiert.

Definitionen der unipolaren Depression und Einteilung der Schweregrade

Die in diesen Bericht eingeschlossenen Leitlinien zu unipolaren depressiven Störungen greifen in ihrer Darstellung der Definition der unipolaren Depression und der Schweregradeinteilung depressiver Episoden auf unterschiedliche Klassifikationssysteme (ICD-10 bzw. ICD-11 und DSM-5; siehe auch Abschnitt 4.3) zurück. Daher sind dadurch möglicherweise entstehende Unschärfen bei der Schweregradeinteilung hinsichtlich des Versorgungsaspekts „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf (V1.5.1.1)“ zu beachten.

Die Leitlinienentwicklergruppe der NVL 2022 weist hinsichtlich der Diagnosestellung depressiver Störungen darauf hin, dass die WHO im Jahr 2018 die ICD-11 verabschiedet hat und sich daraus im Vergleich zur ICD-10 Änderungen ergeben. Daher wurden in der Leitlinie NVL 2022 beide ICD-Versionen berücksichtigt. Da in Deutschland der ICD-11 erst nach einer Übergangszeit in Kraft treten soll, ist somit, laut der Leitlinienentwicklergruppe, gewährleistet, dass die NVL 2022 bis zu / ab diesem Zeitpunkt anwendbar bleibt [32].

Zuordnung der Empfehlungen der Leitlinien zu den Versorgungsaspekten

Die DMP-A-RL führt Inhalte zur Rezidivprophylaxe und Nichtansprechen grundsätzlich im Versorgungsaspekt „Verlaufskontrolle (1.6)“ auf. Daneben werden in der DMP-A-RL auch unter dem Versorgungsaspekt „Medikamentöse Therapie (1.5.3)“ Aspekte zur Rezidivprophylaxe und zum Nichtansprechen dargestellt. Die eingeschlossenen Leitlinien enthalten Empfehlungen zum Nichtansprechen, zur Rezidivprophylaxe sowie zur Erhaltungsphase bei Psychotherapie und / oder medikamentöser Therapie. Um die Empfehlungen in der Synthese zu zentralisieren, wurden sie ausschließlich dem Versorgungsaspekt „Verlaufskontrolle (1.6)“ zugeordnet. Der Abgleich der dem Versorgungsaspekt „Verlaufskontrolle (1.6)“ zugeordneten Empfehlungen erfolgte auch mit den betreffenden Abschnitten des Versorgungsaspekts „Medikamentöse Therapie (1.5.3)“.

Behandlungsoptionen im Rahmen der Psychotherapie

Gemäß der Psychotherapie-Richtlinie [36] können in Deutschland derzeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die Verhaltenstherapie, die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) sowie die systemische Therapie erbracht werden. 3 Leitlinien (APA 2019 [24], NICE 2022 [31], RANZCP 2020 [33]) enthalten zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR bzw. hohem

LoE bei unklarem GoR, die beispielsweise die interpersonelle Therapie und die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie als weitere Behandlungsoptionen im Rahmen der Psychotherapie thematisieren (siehe Tabelle 4, Tabelle 6 und Tabelle 7).

Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter

Die DMP-A-RL bezieht den Versorgungsaspekt „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter“ auf Patientinnen und Patienten im Lebensalter ab 65 Jahren mit Depressionen. 5 Leitlinien enthalten Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt (APA 2019 [24], CCSMH 2021 [27], JSPN 2022 [30], NICE 2022 [31], UMHS 2021 [34]).

Die Leitlinien APA 2019 [24] und UMHS 2021 [34] berücksichtigen Patientinnen und Patienten im Alter ≥ 60 Jahre. Dabei weisen die Autorinnen und Autoren der Leitlinie APA 2019 darauf hin, dass zwar grundsätzlich Patientinnen und Patienten im Alter ≥ 60 Jahre berücksichtigt wurden, jedoch eine relevante Studie mindestens 50-jährige Patientinnen und Patienten betrachtet [24]. Die Autorinnen und Autoren der Leitlinie JSPN 2022 [30] machen wiederum deutlich, dass aufgrund der breiten Spannweite der Altersangaben in Studien zu Depressionen im fortgeschrittenen Lebensalter (in den referenzierten Studien der Leitlinie JSPN 2022 definiert als Altersspanne von ≥ 50 Jahren bis ≥ 75 Jahren) keine konkrete Altersgrenze in der Leitlinie verwendet wurde. Auch die Leitlinie CCSMH 2021 [27] definiert keine konkreten Altersgrenzen.

Die für diesen Versorgungsaspekt identifizierten Diskrepanzen zur aktuell gültigen DMP-A-RL auf Basis der Empfehlungen der Leitlinien begründen sich daher auch in den unterschiedlichen Angaben zur Altersgrenze.

Neurostimulatorische Verfahren

6 Leitlinien (CCSMH 2021 [27], JSPN 2022 [30], NICE 2022 [31], NVL 2022 [32], RANZCP 2020 [33], VADoD 2022 [35]) enthalten Empfehlungen zu neurostimulatorischen Verfahren und davon 2 Leitlinien (CCSMH 2021, JSPN 2022) spezifisch für ältere Patientinnen und Patienten, sodass deren Empfehlungen dem Versorgungsaspekt V1.5.1.2 zugeordnet wurden. Die Empfehlungen beziehen sich auf die elektrokonvulsive Therapie und die repetitive transkranielle Magnetstimulation. Die DMP-A-RL enthält bisher keine Angaben zu neurostimulatorischen Verfahren.

Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression

Lediglich 2 (NVL 2022 [32], VADoD 2022 [35]) der 14 (15) eingeschlossenen Leitlinien beinhalten allgemeine Empfehlungen zu DiGA. Im Rahmen des Innovationsfonds werden aktuell Projekte für DiGA in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression gefördert. Dabei handelt es sich z. B. um iCAN, eine intelligente, chatbotassistierte ambulante

Nachsorge der Depression bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie STEP.De., ein Projekt für die Sporttherapie bei Depression.

Im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind zudem verordnungsfähige DiGAs für Patientinnen und Patienten mit Depression gelistet, u. a. finden sich hier Webanwendungen wie deprexis (für leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome) oder Selfapy, ein Online-Kurs bei mittelgradiger depressiver Episode oder rezidivierender depressiver Störung. Bei deprexis handelt es sich um ein interaktives onlinebasiertes Selbsthilfeprogramm zur Therapieunterstützung von Patientinnen und Patienten (mind. 18 Jahre) mit Depressionen und depressiven Verstimmungen. Es soll in Ergänzung zu einer sonst üblichen Behandlung (zum Beispiel beim Haus-, Facharzt oder Psychotherapeuten) eingesetzt werden. Selfapy ist ein individueller Online-Kurs, der auf evidenzbasierten Theorien und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie basiert [37,38].

6 Fazit

Für den vorliegenden Bericht wurden Empfehlungen aus 14 (15) aktuellen evidenzbasierten Leitlinien den Versorgungsaspekten der DMP-A-RL für das DMP Depression zugeordnet und inhaltlich abgeglichen.

Für die Versorgungsaspekte „Hinreichende Diagnostik (V1.2)“, „Therapieplanung (V1.4)“, „Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung (V1.5.1)“, „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und vom Erkrankungsverlauf (V1.5.1.1)“, „Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin/des Patienten (V1.5.1.2)“, „Psychotherapie (V1.5.2)“, „Medikamentöse Therapie (V1.5.3)“, „Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen (V1.5.4)“, „Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität (V1.5.5)“, „Maßnahmen bei Komorbiditäten (V1.5.6)“, „Psychische Komorbiditäten (V1.5.6.1)“, „Somatische Komorbiditäten (V1.5.6.2)“, „Verlaufskontrolle (V1.6)“, „Verlaufskontrolle bei Psychotherapie (V1.6.1)“ sowie „Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (V1.6.2)“, „Kooperation der Versorgungssektoren (V1.7)“, „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung (V1.7.2)“, „Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.7.3)“ sowie „Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.7.4)“ wurden diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR identifiziert.

Für die Versorgungsaspekte „Therapieziele (V1.3)“, „Besondere Maßnahmen bei Multimedikation (V1.5.7)“, „Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.7.1)“, „Schulungen (V4)“, „Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)“ sowie „Schulungen der Versicherten (V4.2)“ fanden sich keine Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien.

Als zusätzliche Versorgungsaspekte, die bisher nicht in der DMP-A-RL thematisiert werden, wurden die Versorgungsaspekte „Neurostimulatorische Verfahren (V1.5.X)“ und „Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen (V.Y)“ identifiziert.

Details des Berichts

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21.04.2022 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Depression beauftragt.

In die Bearbeitung des Projekts wurde ein externer Sachverständiger eingebunden.

Der Berichtsplan in der Version 1.0 vom 18.05.2022 wurde am 27.05.2022 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 27.06.2022 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Die Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan ist auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Eine Überarbeitung der Methoden des Berichtsplans war nicht notwendig.

Die vorläufige Bewertung, der Vorbericht in der Version 2.0 vom 14.02.2023, wurde am 22.02.2023 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 22.03.2023 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Die wesentlichen Argumente aus den Stellungnahmen werden in Kapitel A4 „Kommentare“ des vorliegenden Abschlussberichts gewürdigt.

Der vorliegende Abschlussbericht beinhaltet die Änderungen, die sich aus der Anhörung ergeben haben.

Im Anschluss an die Anhörung erstellte das IQWiG den vorliegenden Abschlussbericht, der 4 Wochen nach Übermittlung an den G-BA auf der Website des IQWiG veröffentlicht wird. Die zum Vorbericht eingegangenen Stellungnahmen werden in einem gesonderten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht“ zeitgleich mit dem Abschlussbericht auf der Website des IQWiG bereitgestellt.

A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf

Vorbericht im Vergleich zum Berichtsplan 1.0

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen oder Änderungen im Vorbericht:

- Spezifizierung des Kapitels 2 Fragestellung hinsichtlich der digitalen medizinischen Gesundheitsanwendungen

Vorbericht 2.0 im Vergleich zum Vorbericht 1.0

- Ergänzung der Ergebnisse aus der Nachrecherche; Einschluss der Leitlinien ISNPR 2019, NVL 2022, NICE 2022 sowie VADoD 2022. Dadurch:
 - Überarbeitung des Kapitels 4 und A3 Ergebnisse
 - Überarbeitung des Kapitels 5 Diskussion
 - Überarbeitung des Kapitels A4 Kommentare

Abschlussbericht im Vergleich zum Vorbericht

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen oder Änderungen im Abschlussbericht:

- Ergänzung des ICD-11 in Kapitel 1 „Hintergrund“
- Aktualisierung des Kapitels 1 „Hintergrund“ hinsichtlich der Daten zu AU-Tagen

Abschlussbericht 2.0 im Vergleich zum Abschlussbericht 1.0

- Die Leitlinie ADAA 2021 sowie die auf Basis dieser Leitlinie generierten Ergebnisse wurden im Bericht mit Ausnahme der Kapitel A3.4, A3.5 und A9 hellgrau gekennzeichnet, da die Leitlinie keine transparenten Angaben zur systematischen Literaturrecherche enthält und diesbezüglich keine Rückmeldung auf eine Autorenanfrage erfolgte.

A2 Methodik gemäß Berichtsplan 1.0

Die folgenden Abschnitte geben den Wortlaut der Berichtsmethodik aus dem Berichtsplan wieder. Über diese Methodik hinausgehende Spezifizierungen oder Änderungen der Methoden im Projektverlauf werden in Abschnitt A1.2 erläutert. Im folgenden Text wird an den entsprechenden Stellen auf diesen Abschnitt verwiesen.

A2.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung

A2.1.1 Population

Die Population stellen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit unipolarer Depression dar.

A2.1.2 Versorgungsaspekte

Die für ein DMP relevanten Aspekte der Versorgung werden im Rahmen der Berichterstellung als Versorgungsaspekte bezeichnet.

In Anlehnung an die aktuell gültige Anlage zum DMP Depression der DMP-A-RL [3] werden Leitlinien eingeschlossen, die Empfehlungen zu 1 oder mehreren der folgenden übergeordneten Versorgungsaspekte beinhalten:

- hinreichende Diagnostik
- Therapieziele
- Therapieplanung
- therapeutische Maßnahmen
- Verlaufskontrolle
- Kooperation der Versorgungssektoren
- Schulungen

Zusätzlich werden Empfehlungen zu digitalen medizinischen Gesundheitsanwendungen berücksichtigt.

Finden sich in den eingeschlossenen Leitlinien weitere Versorgungsaspekte, die für die Versorgung im DMP von Bedeutung sein könnten, werden diese ebenfalls dargestellt.

A2.1.3 Übertragbarkeit

Für die Leitliniensynopse sollen Leitlinien recherchiert und ausgewählt werden, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

Dabei kann es sich neben nationalen auch um internationale Leitlinien handeln. Leitlinien aus Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) sind

dabei von besonderer Relevanz. Die OECD umfasst derzeit 38 überwiegend europäische Länder (siehe A10), die untereinander zahlreiche Abstimmungen zu fast allen Politikbereichen vornehmen [39]. Neben einem im globalen Vergleich hohen Pro-Kopf-Einkommen verfügen diese Mitgliedsländer jeweils über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Seit 2003 wird eine gemeinsame Berichterstattung über ausgewählte Qualitätsindikatoren gesundheitlicher Versorgung innerhalb der OECD (Health Care Quality Indicators Project) angestrebt [40]. Interne empirische Daten der letzten Jahre zeigen, dass hauptsächlich Leitlinien aus Deutschland, Großbritannien, USA, Kanada, Australien und Neuseeland den Qualitätskriterien für die Entwicklung von Leitlinien und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem entsprechen. Vorrangig sollen Leitlinien aus diesen Ländern recherchiert werden.

A2.1.4 Empfehlungskennzeichnung

Eine Leitlinienempfehlung ist u. a. ein Handlungsvorschlag für die klinische Entscheidung.

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

Die formale Darstellung der Empfehlungen in Leitlinien wird unterschiedlich umgesetzt. Empfehlungen können beispielsweise durch Aufzählungszeichen, Nummerierungen, Umrahmungen, Überschriften, Schriftauszeichnungen (beispielsweise kursiv oder fett) oder Absätze vom Fließtext abgehoben werden. Ebenso ist es möglich, dass die Empfehlungen durch die Vergabe eines GoR gekennzeichnet sind.

A2.1.5 Publikationszeitraum

Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, entsprechen in der Regel nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand [41-43]. Es werden deshalb nur Leitlinien berücksichtigt, die vom im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend, maximal 5 Jahre zuvor veröffentlicht wurden (siehe Abschnitt A2.2).

A2.1.6 Gültigkeit

Zum Zeitpunkt der letzten Recherche ist die Leitlinie als gültig gekennzeichnet und / oder das in der Leitlinie genannte Überarbeitungsdatum ist nicht überschritten.

Leitlinien, die zum Zeitpunkt der Erstrecherche gültig sind, deren Gültigkeitsdatum zum Zeitpunkt der Nachrecherche für den Abschlussbericht jedoch abgelaufen ist, werden im Abschlussbericht besonders gekennzeichnet.

A2.1.7 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 [44]. 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. Diese Prüfung erfolgt hinsichtlich formaler Kriterien, eine inhaltliche Prüfung der Beleglage erfolgt nicht.

Die Evidenzbasierung einer Leitlinie setzt nicht voraus, dass jede in ihr enthaltene Einzelempfehlung mit einem hohen Evidenzlevel verknüpft ist. Auch systematisch und transparent erstellte evidenzbasierte Leitlinien enthalten in der Regel Empfehlungen, die auf einer schwachen Evidenzgrundlage beruhen [45]. Von der methodischen Qualität einer Leitlinie lässt sich nicht notwendigerweise auf die inhaltliche Qualität einzelner Empfehlungen schließen [46].

A2.1.8 Nachvollziehbarkeit der Graduierungsschemata

Es werden Leitlinien eingeschlossen, in denen zum einen Klassifizierungsschemata zur Empfehlungs- und / oder Evidenzgraduierung angegeben werden und zum anderen diese von der Leitliniengruppe nachvollziehbar angewendet wurden.

A2.2 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss

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

Tabelle 23: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit unipolarer Depression (siehe auch Abschnitt A2.1.1)
E2	Empfehlungen zu mindestens 1 der in Abschnitt A2.1.2 genannten Versorgungsaspekte
E3	Empfehlungen für die Versorgung in Deutschland oder in einem OECD-Mitgliedsstaat (siehe auch Abschnitt A2.1.3)
E4	Empfehlungen sind aufgrund einer formalen Kennzeichnung eindeutig zu identifizieren (siehe auch Abschnitt A2.1.4)
E5	Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch
E6	Publikationstyp Leitlinie (siehe auch Kapitel 1)
E7	Publikation erfolgte ab Mai 2018 (siehe auch Abschnitt A2.1.5)
E8	als gültig gekennzeichnet und / oder Überarbeitungsdatum nicht überschritten (siehe auch Abschnitt A2.1.6)
E9	Vollpublikation ^a der Leitlinie
E10	evidenzbasiert (siehe auch Abschnitt A2.1.7)
E11	Klassifizierungsschemata nachvollziehbar (siehe auch Abschnitt A2.1.8)
Ausschlusskriterium	
A1	Mehrfachpublikation ohne Zusatzinformationen.
a. Unter Vollpublikation wird eine verfügbare, vollständige und finalisierte Leitlinie verstanden.	
OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development	

A2.3 Informationsbeschaffung

Für die umfassende Informationsbeschaffung wird eine systematische Recherche nach relevanten Leitlinien durchgeführt. Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

A2.3.1 Primäre Informationsquellen

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien erfolgt im Internet

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

A2.3.2 Weitere Informationsquellen

- Anhörungen zum Berichtsplan und zum Vorbericht (optional)
- Autorenanfragen

A2.3.3 Selektion relevanter Leitlinien

Das Titel- und Abstractscreening bei Leitlinienanbietern im Internet wird von 1 Person durchgeführt; eine 2. Person überprüft das Screeningergebnis. Anschließend prüfen beide im Volltext unabhängig voneinander, ob die daraus resultierenden potenziell relevanten Leitlinien die in Abschnitt A2.2 genannten Einschlusskriterien erfüllen oder ob das Ausschlusskriterium zutrifft.

Die im Rahmen der Anhörung zum Berichtsplan und zum Vorbericht gegebenenfalls eingereichten Informationen werden von 1 Person gesichtet. Sofern darin Leitlinien enthalten sind, werden diese hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet; eine 2. Person überprüft den gesamten Prozess inklusive der Bewertungen.

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

A2.4 Methodische Qualität der Leitlinien

AGREE-II-Bewertung

Ein wichtiger Aspekt bei der Interpretation und Einschätzung von Leitlinienempfehlungen im Rahmen der Leitliniensynopse ist die Einschätzung der methodischen Qualität der zugrunde liegenden Leitlinien.

Zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien wird das AGREE-II-Instrument (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation [AGREE]) [44,47,48] eingesetzt. Insgesamt enthält das Instrument 23 Beurteilungskriterien. Diese Kriterien sind 6 Domänen zugeordnet, die voneinander unabhängig sind. Diese Domänen beschreiben jeweils eine separate Dimension methodologischer Leitlinienqualität.

Während das AGREE-II-Instrument die Berechnung standardisierter Domänenwerte für jede der Domänen vorsieht [44], wird die Anwendung des Instruments im Rahmen der Leitliniensynopsen auf die Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) begrenzt. Dies erfolgt mit Blick auf die Zielsetzung der Leitliniensynopsen [1,49], eine evidenzbasierte Grundlage für die Aktualisierung bestehender bzw. Entwicklung neuer DMPs zur Verfügung zu stellen. Die Begrenzung auf die Domänen 2, 3 und 6 wird auch von anderen Autorenteam vorgenommen [50].

Jedes Beurteilungskriterium innerhalb der 3 Domänen wird auf einer 7-Punkte-Skala bewertet. Die Skala gibt an, inwieweit ein Kriterium in der zu bewertenden Leitlinie erfüllt ist, wobei 7 bedeutet, dass das Kriterium vollständig erfüllt wurde.

Jede Leitlinienbewertung wird von 2 Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Bei stark unterschiedlichen Einschätzungen werden diese konsentiert, sodass die beiden Personen in ihren abschließenden Bewertungen höchstens 2 Punkte voneinander abweichen.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Domänen sowie der Leitlinien untereinander erfolgt, wie im Instrument vorgegeben, eine Standardisierung durch die Darstellung standardisierter Domänenwerte, die wie folgt berechnet werden:

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

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.

Um zu verdeutlichen, wie die Qualität der Leitlinien in den 3 Domänen zueinander einzuordnen ist, wird innerhalb einer Domäne für jede Leitlinie zusätzlich ein Rang vergeben. Hierfür werden die standardisierten Domänenwerte der einzelnen Leitlinien der Größe nach sortiert und nummeriert, wobei der höchste Domänenwert den Rang 1 bekommt. Bei gleichen Domänenwerten werden mittlere Ränge vergeben. Der niedrigste und der höchste Domänenwert und Rang werden gekennzeichnet.

Das AGREE-II-Instrument gibt keine Schwellenwerte zur Abgrenzung von methodisch guten und methodisch schwachen Leitlinien vor [44]. Jedoch geben einige Anwenderinnen und Anwender des Instruments auf Basis der standardisierten Domänenwerte Anwendungsempfehlungen für Leitlinien, wobei 2- und 3-stufige Systeme zum Einsatz kommen. Im 3-stufigen System werden Leitlinien mit Domänenwerten unterhalb eines spezifischen – aber je nach Anwendergruppe variierenden Wertes – als schwach oder nicht empfehlenswert betrachtet [51]. In Anlehnung an dieses Verfahren werden die eingeschlossenen Leitlinien markiert, die in 1 oder mehreren der 3 betrachteten Domänen hinsichtlich des standardisierten Domänenwertes einen Schwellenwert von 30 % unterschreiten. Dies gilt ebenso für Ergebnisse, die ausschließlich auf derartigen Leitlinien basieren.

Die Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung sind somit zwar kein Kriterium für den Einschluss von Leitlinien in die Leitliniensynopse, aber mithilfe der Markierung wird transparent dargestellt, ob die in eine Leitliniensynopse eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien besondere methodische Stärken oder Schwächen aufweisen.

Obgleich die Einschätzung der methodischen Qualität einer Leitlinie ein wichtiger Aspekt ist, lässt sich von dieser nicht notwendigerweise auf die inhaltliche Qualität einzelner Empfehlungen schließen [46].

A2.5 Kategorisierung der GoRs und LoEs

Um eine Vergleichbarkeit der zumeist unterschiedlichen Systeme der Empfehlungs- und Evidenzgraduierung in den Leitlinien zu erreichen, werden die in den Leitlinien verwendeten GoRs und LoEs Kategorien zugeordnet. Dabei werden die Kategorien hoch, nicht hoch und unklar unterschieden.

Ein hoher GoR liegt dann vor, wenn er der Empfehlungsstärke A (hoch) des 3-stufigen Graduierungssystems aus dem Verfahren des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) entspricht [52]. Alle anderen von der Leitliniengruppe angegebenen GoRs werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet. Ein von der Leitliniengruppe angegebener LoE wird als hoch eingestuft, wenn der LoE mindestens auf 1 randomisierten kontrollierten Studie beruht. Diese Bedingung ist bei den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung erfüllt [49].

Verwendet die Leitliniengruppe ein Klassifizierungssystem entsprechend dem Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), wird die höchste Empfehlung- bzw. Evidenzstufe nach GRADE grundsätzlich der Kategorie hoch zugeordnet. Alle weiteren von der Leitliniengruppe angegebenen Einstufungen werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet.

Die Kategorie unklarer GoR beziehungsweise unklarer LoE wird vergeben, wenn ein von der Leitliniengruppe angegebener GoR / LoE nicht entsprechend dem Empfehlungsgraduierungssystem des NVL-Programms beziehungsweise der Evidenzklassifizierung des G-BA oder GRADE kategorisierbar ist, wenn der angegebene GoR / LoE nicht eindeutig einer Empfehlung zugeordnet werden kann oder kein GoR / LoE angegeben ist.

A2.6 Extraktion der Empfehlungen

Für die Synthese werden die von der Leitliniengruppe formal gekennzeichneten Empfehlungen den einzelnen Versorgungsaspekten zugeordnet und mit der DMP-A-RL inhaltlich abgeglichen. Zu den Versorgungsaspekten, die inhaltlich diskrepante Empfehlungen enthalten, werden alle zugehörigen Empfehlungen in Originalsprache in Tabellen extrahiert. Diese Empfehlungen sind daher als Zitate zu verstehen, deren zugrunde liegende Evidenz als solche nicht erneut geprüft wird.

Für jede extrahierte Empfehlung werden der dazugehörige GoR und LoE und die zugrunde liegende Literatur dargestellt, sofern diese in der Leitlinie oder in einem Leitlinienreport dokumentiert sind und der Empfehlung eindeutig zugeordnet werden können.

Ergänzend zu den Empfehlungen werden die jeweiligen Definitionen des Krankheitsbildes aus den eingeschlossenen Leitlinien extrahiert und im Originalwortlaut dargestellt.

Umgang mit ergänzenden Aussagen in den Leitlinien

Als ergänzende Aussagen werden im Rahmen der Leitliniensynopse Informationen verstanden, die in der formalen Darstellung Empfehlungen ähneln, aber nicht als solche deklariert sind. Zu diesen ergänzenden Aussagen zählen beispielsweise Statements oder Clinical Practice Points. Diese werden wie Empfehlungen behandelt.

Liegen ergänzende Aussagen vor, zu denen es in den methodischen Ausführungen (beispielsweise Methodenpapiere, Leitlinienreports) keine Informationen zur Entwicklung gibt, werden diese in den Extraktionstabellen erfasst. Sie fließen jedoch nicht in die inhaltliche Entwicklung der Kerninhalte und deren Beurteilung hinsichtlich der Diskrepanz zur DMP-A-RL ein.

A2.7 Informationssynthese: Analyse der extrahierten Empfehlungen

Zur Beurteilung der Diskrepanz erfolgt zunächst ein inhaltlicher Abgleich der einzelnen Empfehlungen mit der DMP-A-RL. Nur zusätzliche und bisher nicht in der DMP-A-RL abgebildete oder von dieser abweichende Empfehlungen können zur Feststellung einer Diskrepanz führen. Bei der Beurteilung der Diskrepanz wird zudem berücksichtigt, dass in den Anforderungen an die DMPs (DMP-A-RL) vorwiegend Eckpunkte für die Diagnose und Therapie einer Erkrankung festgelegt werden, während Leitlinien oftmals einen deutlich höheren Detaillierungsgrad aufweisen. Für die weitere Analyse werden nur die Versorgungsaspekte berücksichtigt, die Empfehlungen mit Diskrepanzen beinhalten. Versorgungsaspekte mit übereinstimmenden Inhalten zur DMP-A-RL finden im Bericht keine Berücksichtigung.

Nach dem inhaltlichen Abgleich erfolgt eine methodische Bewertung pro Versorgungsaspekt. Hierzu wird überprüft, ob die diskrepanten Empfehlungen innerhalb eines Versorgungsaspekts mindestens 1 hohen GoR enthalten oder alternativ bei ausschließlich unklaren GoRs mit mindestens 1 hohem LoE versehen sind. Bei positivem Prüfergebnis werden alle Empfehlungen dieses Versorgungsaspekts für die Darstellung der Kerninhalte berücksichtigt.

Die Kerninhalte fassen pro Versorgungsaspekt die zentralen Inhalte der Empfehlungen schlagwortartig zusammen. Die Diskrepanz zwischen den Empfehlungen des einzelnen Versorgungsaspekts und der DMP-A-RL wird kurz und prägnant erläutert.

Des Weiteren werden, unabhängig vom GoR und LoE der Empfehlungen, die Versorgungsaspekte zu digitalen medizinischen Gesundheitsanwendungen in den Bericht aufgenommen und die Inhalte ihrer Empfehlungen ebenfalls zu Kerninhalten zusammengefasst.

Für die einzelnen Versorgungsaspekte wird weiterhin geprüft, ob

- die inhaltlich diskrepanten Empfehlungen widersprüchlich sind, also die Leitlinien untereinander inhaltlich gegensätzliche (inkonsistente) Aussagen machen,
- die diskrepanten Empfehlungen mit hohen GoRs ausschließlich auf niedrigen oder fehlenden LoEs basieren, oder
- zu den diskrepanten Empfehlungen anderslautende IQWiG-Bewertungen existieren. Es werden nur diejenigen IQWiG-Bewertungen herangezogen, deren finale Version maximal 5 Jahre von dem im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin ausgehend, veröffentlicht wurden.

Die Prüfergebnisse werden stichwortartig aufgeführt. Diskrepante Empfehlungen, bei denen der hohe GoR ausschließlich auf niedrigen oder fehlenden LoEs beruht, werden gesondert gekennzeichnet.

Methodische Hinweise und Besonderheiten aus dem wissenschaftlichen Kontext zu den dargestellten Versorgungsaspekten, beispielsweise für die Versorgung in Deutschland abweichende, relevante Informationen oder wissenschaftliche Diskurse, werden ebenfalls dargestellt oder in der Diskussion aufgegriffen.

Für den deutschen Versorgungskontext relevante Empfehlungen, die im Vergleich zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant sind, aber aufgrund der GoR- bzw. LoE-Kategorisierung nicht im Ergebnisteil des Berichts dargestellt werden, werden gegebenenfalls diskutiert.

Die Beurteilung der Diskrepanz stellt einen Vorschlag des IQWiG dar. In welchem Umfang und an welchen Stellen die DMP-A-RL aktualisiert wird, entscheidet der G-BA.

A3 Details der Ergebnisse

A3.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

A3.1.1 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 für den Leitlinieneinschluss. Die Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter befindet sich in Abschnitt A7.2. Nach Prüfung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss konnten 14 (15) relevante Leitlinien eingeschlossen werden.

In Kapitel A6 findet sich eine Liste der im Volltext gesichteten, aber ausgeschlossenen Dokumente unter Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes.

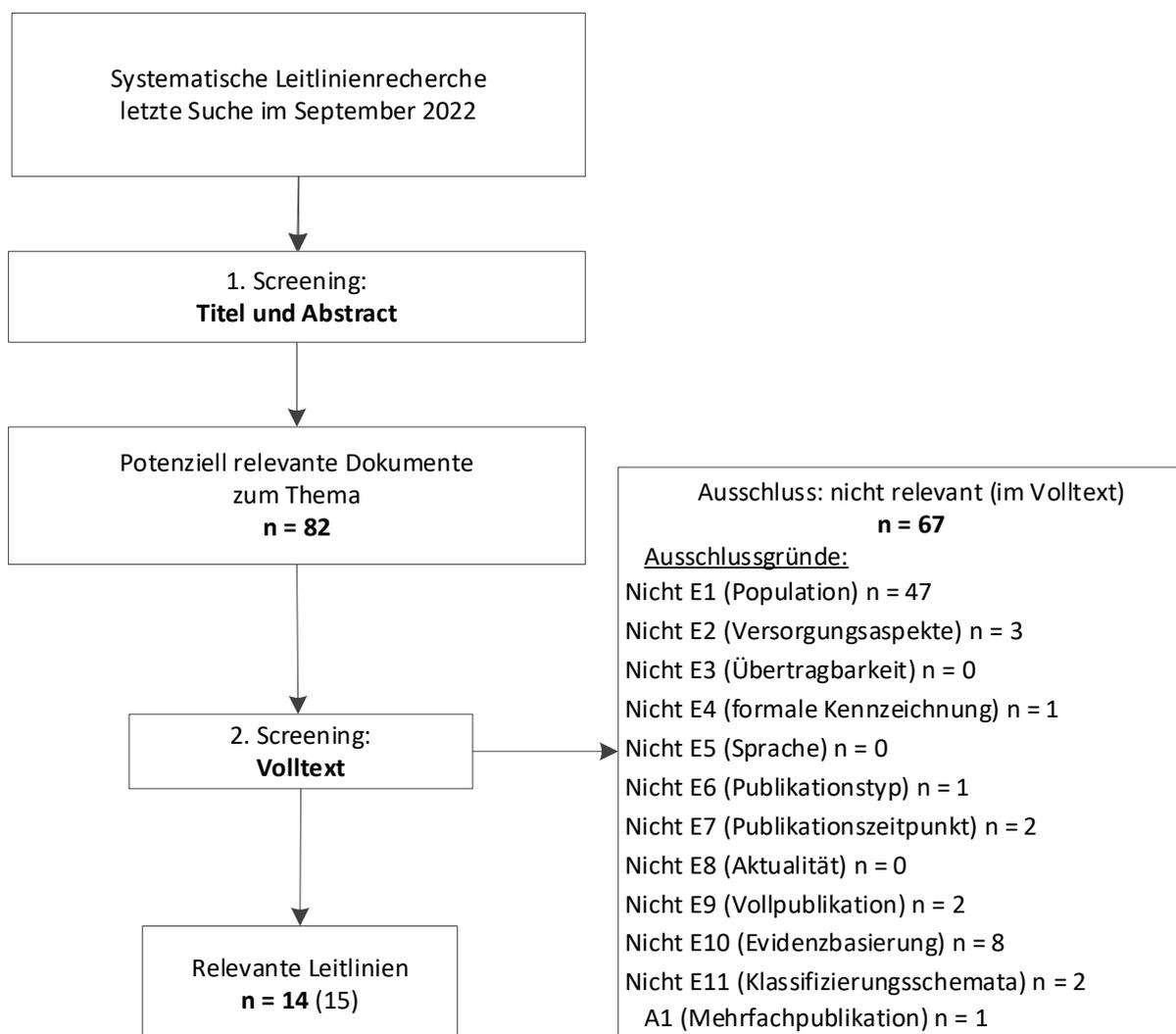


Abbildung 1: Ergebnis der Leitlinienrecherche und des Leitlinienscreenings

A3.1.2 Weitere Informationsquellen

A3.1.2.1 Anhörung

Im Rahmen der Anhörungen zum Berichtsplan und Vorbericht wurden keine relevanten Leitlinien genannt, die nicht auch über andere Rechenschritte identifiziert werden konnten.

A3.1.2.2 Autorenanfragen

Für die vorliegende Bewertung wurde eine Autorenanfrage versendet (Tabelle 24). Die Informationen aus der eingegangenen Antwort sind in die Bewertung eingeflossen.

Tabelle 24: Übersicht über Autorenanfragen

Leitlinie	Inhalt der Anfrage	Antwort eingegangen ja / nein	Inhalt der Antwort
ADAA 2021	weitere Informationen zur durchgeführten Literaturrecherche	nein	–

A3.1.3 Resultierender Leitlinienpool

Durch die verschiedenen Recherchen konnten insgesamt 14 (15) relevante Leitlinien eingeschlossen werden (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Eingeschlossene Leitlinien (mehrseitige Tabelle)

Leitlinie	Abkürzung	Herausgeber	Land
Depression following acute coronary syndrome events: screening and treatment guidelines from the AAFP	AAFP 2019 [21]	American Academy of Family Physicians	US
Depression and anxiety disorders: benefits of exercise, yoga, and meditation	AAFP 2019 disorders [22]	American Academy of Family Physicians	US
Treatment-resistant major depressive disorder: Canadian expert consensus on definition and assessment	ADAA 2021 ^a [23]	Anxiety and Depression Association of America	CA
APA clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts	APA 2019 [53]	American Psychological Association	US
Clinical guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytochemicals: the World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Taskforce	CANMAT 2022 [25]	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Taskforce	CA
The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force recommendations for the use of racemic ketamine in adults with major depressive disorder	CANMAT 2021 [26]	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Taskforce	CA
Canadian guidelines on prevention, assessment and treatment of depression among older adults	CCSMH 2021 [27]	Canadian Coalition for Seniors' Mental Health	CA
EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH)	EPA 2018 [28]	European Psychiatric Association	EU
ISNPR practice guidelines for omega-3-fatty acids in the treatment of major depressive disorder	ISNPR 2019 [29]	International Society for Nutritional Psychiatry Research	INT
Guidelines for the diagnosis and treatment of depression in older adults: A report from the Japanese Society of mood disorders	JSPN 2022 [30]	Japanese Society of Mood Disorders	JPN
Depression in adults: treatment and management	NICE 2022 [31]	National Institute for Health and Care Excellence	GB
Nationale VersorgungsLeitlinie: unipolare Depression	NVL 2022 [32]	Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	D
The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders	RANZCP 2020 [33]	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	AUS/ NZ
Ambulatory unipolar depression guideline	UMHS 2021 [34]	University of Michigan	US
VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder	VADoD 2022 [35]	Department of Veterans Affairs, Department of Defense	US

Tabelle 25: Eingeschlossene Leitlinien (mehrseitige Tabelle)

Leitlinie	Abkürzung	Herausgeber	Land
a: Die Leitlinie wurde hellgrau gekennzeichnet, da sie keine transparenten Angaben zur Literaturrecherche enthält und keine Rückmeldung auf eine Autorenanfrage erfolgte.			

A3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

In der folgenden Tabelle 26 werden die eingeschlossenen Leitlinien charakterisiert.

Tabelle 26: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (mehreseitige Tabelle)

Leitlinie	Zielpopulation ^a	Methodik					
		Darstellung der Evidenzbewertung	Darstellung der Generierung von GoR	Konsensverfahren zur Formulierung der Empfehlungen	Angabe GoR	Angabe LoE	Zuordnung Literatur
AAFP 2019	<ul style="list-style-type: none"> Erwachsene, die kürzlich (≥ 3 Monate) ein akutes Koronarsyndrom-Ereignis erlebt haben Erwachsene mit Depression nach einem akuten Koronarsyndrom-Ereignis (≥ 3 Monate) 	ja	ja	ja	ja	ja	ja
AAFP 2019 disorders	<ul style="list-style-type: none"> Patientinnen und Patienten mit Depression oder Angsterkrankung 	nein	nein	nein	ja	nein	ja
ADAA 2021 ^b	<ul style="list-style-type: none"> Patientinnen und Patienten mit Depression, die trotz mehrerer Behandlungszyklen keine Remission erreichen^b 	ja	nein	ja	nein	ja	nein
APA 2019	<ul style="list-style-type: none"> Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Erwachsene mit depressiven Störungen (majore Depression, subsyndromale Depression, persistierende depressive Störung) 	ja	ja	ja	ja	nein	nein
CANMAT 2022	<ul style="list-style-type: none"> Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen wie majore Depression, bipolare Depression, generalisierte Angsterkrankung, Schizophrenie und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung 	ja	ja	ja	ja	ja	ja
CANMAT 2021	<ul style="list-style-type: none"> Erwachsene mit therapieresistenter Depression 	nein	nein	nein	nein	ja	nein
CCSMH 2021	<ul style="list-style-type: none"> ältere Erwachsene mit Depression 	nein	nein	ja	ja	nein	nein
EPA 2018	<ul style="list-style-type: none"> Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenie-Spektrum-Störungen, Major Depression, bipolare Störung) 	ja	ja	nein	ja	nein	nein
ISNPR 2019	<ul style="list-style-type: none"> Kinder, Jugendliche, Schwangere, Erwachsene und ältere Erwachsene mit Depressionen 	nein	nein	ja	nein	n. z.	nein

Tabelle 26: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (mehreseitige Tabelle)

Leitlinie	Zielpopulation ^a	Methodik					
		Darstellung der Evidenzbewertung	Darstellung der Generierung von GoR	Konsensverfahren zur Formulierung der Empfehlungen	Angabe GoR	Angabe LoE	Zuordnung Literatur
JSPN 2022	▪ ältere Erwachsene mit Depression	nein	nein	nein	ja	ja	nein
NICE 2022	▪ Erwachsene mit Depression	ja	ja	ja	ja	ja	nein
NVL 2022	▪ Patientinnen und Patienten mit unipolarer depressiver Störung	ja	ja	ja	ja	n. z.	ja
RANZCP 2020	▪ Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Stimmungsstörungen, insbesondere depressive und bipolare Störungen	nein	ja	ja	ja	ja	nein
UMHS 2021	▪ Erwachsene und Jugendliche ≥ 12 Jahre mit unipolarer Depression	nein	nein	nein	ja	ja	nein
VADoD 2022	Erwachsene mit Depression (ausgenommen: suizidgefährdete Patientinnen und Patienten, Patientinnen und Patienten mit Depression nach einem Schlaganfall sowie Patientinnen und Patienten mit bipolaren Störungen I/II)	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<p>a. Die Anwendungsbereiche der Leitlinien sind der Tabelle 1 (Übersicht Versorgungsaspekte) des Berichtes zu entnehmen.</p> <p>b. Die Leitlinie wurde hellgrau gekennzeichnet, da sie keine transparenten Angaben zur Literaturrecherche enthält und keine Rückmeldung auf eine Autorenanfrage erfolgte.</p> <p>c. Bei der Beschreibung der Zielpopulation wird bewusst auf die Formulierung „therapieresistente Depression“ verzichtet, da die Leitlinie ADAA 2021 u. a. das Ziel hat, eine (bisher fehlende) abgestimmte Definition der therapieresistenten Depression festzulegen.</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; k. A. keine Angabe; LoE: Level of Evidence</p>							

A3.3 Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien

Die Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien nach AGREE II ist in der folgenden Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 27: Ergebnis der methodischen Bewertung

Leitlinie	AGREE II-Domäne						Anzahl der Domänen mit Domänenscore $\geq 30\%$
	Standardisierte Domänenwerte ^a in Prozent (Rangfolge) ^b						
	Domäne 2: Interessengruppen		Domäne 3: methodologische Exaktheit		Domäne 6: redaktionelle Unabhängigkeit		
AAFP 2019	50 %	(4,5) (4,5)	46 %	(6) (6)	58 %	(5,5) (5,5)	3
AAFP 2019 disorders	14 %	(14) (15)	24 %	(9) (10)	54 %	(7) (7)	1
ADAA 2021 ^c	17 %	– (13,5)	31 %	– (8)	25 %	– (13,5)	1
APA 2019	58 %	(3) (3)	48 %	(4) (4)	88 %	(2) (2)	3
CANMAT 2022	36 %	(8) (8)	47 %	(5) (5)	25 %	(13) (13,5)	2
CANMAT 2021	25 %	(9) (9)	23 %	(10) (11)	50 %	(8,5) (8,5)	1
CCSMH 2021	19 %	(11) (11)	21 %	(13) (14)	17 %	(14) (15)	0
EPA 2018	19 %	(11) (11)	36 %	(7) (7)	63 %	(4) (4)	2
ISNPR 2019	19 %	(11) (11)	19 %	(14) (15)	33 %	(11,5) (11,5)	1
JSPN 2022	42 %	(7) (7)	22 %	(11,5) (12,5)	33 %	(11,5) (11,5)	2
NICE 2022	44 %	(6) (6)	73 %	(2) (2)	67 %	(3) (3)	3
NVL 2022	75 %	(2) (2)	75 %	(1) (1)	92 %	(1) (1)	3
RANZCP 2020	50 %	(4,5) (4,5)	22 %	(11,5) (12,5)	46 %	(10) (10)	2
UMHS 2021	17 %	(13) (13,5)	25 %	(8) (9)	50 %	(8,5) (8,5)	1
VADoD 2022	81 %	(1) (1)	66 %	(3) (3)	58 %	(5,5) (5,5)	3
MW (SD)	39 % (22 %)	[38 % (22 %)]	39 % (20 %)	[39 % (20 %)]	52 % (22 %)	[51 % (22 %)]	

Fett hervorgehoben: niedrigste und höchste Werte einer Domäne

a. standardisierter Domänenwert = (erreichte Punktzahl – minimale Punktzahl) / (maximale Punktzahl – minimale Punktzahl). Der Wert liegt zwischen 0 % und 100 %.

b. Bei gleichem standardisiertem Domänenwert wurden mittlere Ränge vergeben. Die hellgrau gekennzeichneten Ränge und MW (SD) beziehen die Leitlinien ohne transparente Angaben zur Literaturrecherche ein.

c. Die Leitlinie wurde hellgrau gekennzeichnet, da sie keine transparenten Angaben zur Literaturrecherche enthält und auf eine Autorenanfrage keine Rückmeldung erfolgte.

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

A3.4 Darstellung der Definition der Depression

8 Leitlinien geben Definitionen für die Depression (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28: Definition von Depressionen (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegender Originalwortlaut	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)
Treatment-resistant depression (TRD) as a categorical or dimensional definition.	ADAA 2021	460	n. z.
A definition for TRD is currently being used in clinical practice by the expert.	ADAA 2021	460	n. z.
TRD is a meaningful concept in clinical practice.	ADAA 2021	460	n. z.
An operational definition for TRD is needed for clinicians and researchers.	ADAA 2021	460	n. z.
TRD should be defined in a dimensional sense only.	ADAA 2021	460	n. z.
Major depressive disorder is characterized by a depressed mood (or irritability in children) or loss of pleasure or interest for at least 2 weeks (American Psychiatric Association, 2013). It is also accompanied by at least three (for a total of at least five) of the following symptoms present most days: weight loss or change in appetite, insomnia or hypersomnia, psychomotor retardation or agitation, fatigue or loss of energy, excessive/inappropriate guilt or feelings of worthlessness, indecisiveness or diminished ability to concentrate or think, and recurrent thoughts of death or suicidal ideation or suicide plan or attempt (American Psychiatric Association, 2013).	APA 2019	4	ja
Although depressive mood and loss of interest are core symptoms of depression in both elderly and younger adults, other core symptoms include death wishes and pessimism in elderly patients, and the core symptoms of fatigue and appetite changes in younger adults.	JSPN 2022	3	ja

Tabelle 28: Definition von Depressionen (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegender Originalwortlaut	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)
<p>Definitions of depression and severity 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. For more detail, see the International Classification of Diseases-11 (ICD-11) or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) criteria for depression. Depression severity exists along a continuum and is essentially composed of 3 elements:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ symptoms (which may vary in frequency and intensity) ▪ duration of the disorder ▪ the impact on personal and social functioning. <p>Severity of depression is therefore a consequence of the contribution of all of these elements.</p> <p>Traditionally, depression severity has been grouped under 4 categories (subthreshold, mild, moderate and severe) but in the development of this guideline the committee wanted to develop a way of representing the severity of depression which best represents the available evidence on the classification and would help the uptake of the recommendations in routine clinical practice. This guideline has therefore defined new episodes of depression as less severe or more severe depression. Less severe depression encompasses subthreshold and mild depression, and more severe depression encompasses moderate and severe depression. Thresholds on validated scales were used in this guideline as an indicator of severity. For example, a score 16 on the PHQ-9 scale was used, with scores less than 16 defined as less severe depression, and scores of 16 or more defined as more severe depression.</p>	NICE 2022	7	nein

Tabelle 28: Definition von Depressionen (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegender Originalwortlaut	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)
<p>In ICD-11, depression is defined as the presence of depressed mood or diminished interest in activities occurring most of the day, nearly every day, for at least 2 weeks, accompanied by other symptoms such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ reduced ability to concentrate and sustain attention or marked indecisiveness ▪ beliefs of low self-worth or excessive or inappropriate guilt ▪ hopelessness about the future ▪ recurrent thoughts of death or suicidal ideation or evidence of attempted suicide ▪ significantly disrupted sleep or excessive sleep ▪ significant changes in appetite or weight ▪ psychomotor agitation or retardation ▪ reduced energy or fatigue <p>DSM-5 depression is defined as the presence of 5 or more symptoms from a list of 8 symptoms, during the same 2-week period and where at least 1 of the symptoms is depressed mood or loss of interest or pleasure. The 8 symptoms are:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ depressed mood most of the day, nearly every day ▪ markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day ▪ significant weight loss when not dieting, or weight gain, or decrease or increase in appetite nearly every day ▪ a slowing down of thought and a reduction of physical movement (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down) ▪ fatigue or loss of energy nearly every day ▪ feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt nearly every day ▪ diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day ▪ recurrent thoughts of death, recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide <p>In this guideline the term 'people with depression' is used. This includes people with a clinical diagnosis of depression and those who feel themselves to be experiencing depression or depressive symptoms, and recognises that people experience, describe and label their experiences of depression in very individual ways.</p>	NICE 2022	78	nein

Tabelle 28: Definition von Depressionen (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegender Originalwortlaut	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)
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 sowie Schlaf- und Appetitstörungen.	NVL 2022	18	nein
Core depressive symptoms <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressed mood ▪ Anhedonia or markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities. ▪ Significant unintentional weight loss or weight gain OR increase or decrease in appetite. ▪ Insomnia or hypersomnia. ▪ Psychomotor agitation or retardation. ▪ Fatigue or loss of energy ▪ Diminished ability to concentrate, or indecisiveness ▪ Recurrent thoughts of death, recurrent suicidal ideation without a specific plan, OR a suicide attempt or a specific plan for committing suicide. 	UMHS 2021	3	ja
Moderate to severe depression: Symptoms more severe, typically PHQ-9 15–19, including problems with concentration and productivity, low self-worth, increased sensitivities, and excessive worrying.	UMHS 2021	6	nein
Major depressive disorder (MDD) is a common mental disorder characterized by depressed mood, loss of interest or pleasure in regular activities, decreased energy, feelings of guilt or low self-worth, disturbed sleep or appetite, psychomotor changes, and poor concentration.	VADoD 2022	6	nein
The DSM-5 does not define MDD severity levels, but the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) defines depression severity levels as a function of the total score out of 27, largely influenced by the frequency of symptoms. A score of 5 – 9 defines mild depression, 10 – 14 defines moderate depression, 15 – 19 defines moderately severe depression, and greater than 20 defines severe depression. In contrast, 10 – 14 defines mild MDD, 15 – 19 defines moderate MDD, and >20 defines severe MDD.	VADoD 2022	22	ja

Tabelle 28: Definition von Depressionen (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegender Originalwortlaut	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)
Hasin et al. (2018) defined MDD severity slightly differently and emphasized the number of symptoms. Mild MDD was defined as having five of the cardinal symptoms, moderate MDD had 6 – 7 of the cardinal symptoms, and severe MDD had 8 – 9 cardinal symptoms. Regarding chronic depression, also termed persistent depressive disorder (or dysthymia) in DSM-5, symptoms must be present for most days over two years. Typically, symptoms do not remit for greater than two months at a time.	VADoD 2022	22	ja
A diagnosis of MDD generally occurs when a persistent low mood or lack of interest in activity plus impairment in functional areas of life persists. The number and combination of symptoms needed to make a diagnosis is operationally defined by ICD-10 and DSM-5, though some individuals demonstrate an atypical presentation with reactive mood, increased appetite, weight gain, and excessive sleepiness. Diagnosis of MDD results from the presence of depressed mood or loss of interest or pleasure, along with at least four additional MDD diagnosis criteria symptoms for at least two weeks (see Table K-1). Depressive symptoms include depressed mood, loss of interest in most activities (anhedonia), significant change in weight or appetite, insomnia or hypersomnia, decreased concentration, decreased energy, inappropriate guilt or feelings of worthlessness, psychomotor agitation or retardation, and suicidal ideation. In addition, individuals demonstrating more severe or atypical presentations, including marked physical slowness (or marked agitation) and a range of somatic symptoms, are often referred to as melancholic depressions or depression with melancholia. People with severe depressive episodes may also develop psychotic symptoms (hallucinations and/or delusions), most commonly thematically consistent with negative, self-blaming cognitions and low mood typically encountered in major depression. Conversely, others may develop psychotic symptoms unrelated to the mood of the patient. In the latter case, the mood-incongruent psychotic symptoms prove difficult to distinguish from those that occur in other psychoses such as schizophrenia.	VADoD 2022	140	ja
Definition leichte Depression			
Mild depression: Depression that meets criteria for MDD (Table 1), typically PHQ-9 < 15, but does not have prominent vegetative symptoms, suicidal ideation, or significant functional impairment	UMHS 2021	6	nein
Definition schwere Depression			
For example, 'severe depression' is often used to indicate melancholic and psychotic presentations of mood disorders and those featuring suicidal thinking.	RANZCP 2020	18	nein
Severe depression: symptoms severe, typically PHQ-9 ≥ 20, including significant vegetative symptoms, hopelessness, or suicidal ideation.	UMHS 2021	6	nein

Tabelle 28: Definition von Depressionen (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegender Originalwortlaut	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)
People with severe depressive episodes may also develop psychotic symptoms (hallucinations and/or delusions), most commonly thematically consistent with negative, self-blaming cognitions and low mood typically encountered in major depression.	VADoD 2022	140	nein
Severe Major Depressive Disorder Symptoms <ul style="list-style-type: none"> ▪ Active suicidal ideation with either intent or plan, or suicide attempt ▪ Active homicidal ideation ▪ Psychotic symptoms ▪ Severe anorexic symptoms (including loss of weight that poses health risk) Inability to maintain ADLs (e.g., grooming, eating, catatonia)	VADoD 2022	141	nein
Definition rezidivierende Depression			
Chronic depressive symptoms People with chronic depressive symptoms includes those who continually meet criteria for the diagnosis of a major depressive episode for at least 2 years, or have persistent subthreshold symptoms for at least 2 years, or who have persistent low mood with or without concurrent episodes of major depression for at least 2 years. People with depressive symptoms may also have a number of social and personal difficulties that contribute to the maintenance of their chronic depressive symptoms.	NICE 2022	78	nein
In a minority of patients, an MDD episode persists for over two years and is defined as chronic MDD.	VADoD 2022	141	ja
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Classification of Diseases; LL: Leitlinie; MDD: Major depressive disorder; n. z.: nicht zuzuordnen; PHQ: Patient Health Questionnaire; TRD: treatment-resistant depression			

A3.5 Darstellung der Empfehlungen zu den diskrepanten Versorgungsaspekten

A3.5.1 Hinreichende Diagnostik (V1.2)

Tabelle 29: V1.2 – K1 Hinreichende Diagnostik – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Die Diagnostik der unipolaren Depression soll gemäß Algorithmus (Abbildung 2 [der Leitlinie]) erfolgen.	NVL 2022	25	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Bei Hinweisen auf depressive Symptome oder auffälligen Testwerten soll die Diagnose einer behandlungsrelevanten depressiven Störung durch die anschließende direkte und vollständige Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome (Schweregrad) sowie Fragen zu Verlauf und Dauer gestellt werden.	NVL 2022	28	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Bei Verdacht auf eine der Depression zugrundeliegende somatische Erkrankung (Tabelle 13 [der Leitlinie]) soll eine weiterführende Diagnostik gemeinsam mit den Patient*innen abgewogen werden, insbesondere bei sehr aufwändigen und/oder belastenden Verfahren. Dabei soll berücksichtigt werden, ob sich aus der Diagnostik therapeutische Konsequenzen ergeben können.	NVL 2022	36	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik soll eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung bezüglich weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen.	NVL 2022	37	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Die Einnahme von Medikamenten und die Exposition gegenüber Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, soll sorgfältig geprüft werden.	NVL 2022	37	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Die Erfassung personen- und umweltbezogener Kontextfaktoren sowie die Erfassung von Aktivität und Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen sollen integraler Bestandteil der Diagnostik sein.	NVL 2022	39	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Somatic complaints are a common presenting feature in depression.	UMHS 2021	2	n. z.	C	nein	n. a.	unklar
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.2 Therapieplanung (V1.4)

Tabelle 30: V1.4 – K1 Therapieplanung – Allgemeine Aspekte.....	119
Tabelle 31: V1.4 – K2 Therapieplanung – Arzt-Patienten-Kommunikation	120
Tabelle 32: V1.4 – K3 Therapieplanung – Individuelle Therapieplanung.....	123
Tabelle 33: V1.4 – K4 Therapieplanung – Unterstützungsangebote.....	124
Tabelle 34: V1.4 – K5 Therapieplanung – Aufklärung	125
Tabelle 35: V1.4 – K6 Therapieplanung – Schriftliche Patienteninformation	127

Tabelle 30: V1.4 – K1 Therapieplanung – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Commissioners and service managers should ensure that people can express a preference for NICE-recommended treatments, that those treatments are available in a timely manner, particularly in severe depression, and that they are monitored to ensure equality of access, provision, outcomes and experience.	NICE 2022	14	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Die Bedeutung von Adhärenz sowie mögliche förderliche und hinderliche Faktoren sollen vor der Therapieentscheidung sowie vor einer Änderung der Therapie besprochen werden.	NVL 2022	57	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Wenn die Patient*innen damit einverstanden sind, sollen Angehörige in die Aufklärung, Information und Behandlung eingebunden werden.	NVL 2022	59	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
For patients with MDD, we suggest using a quantitative measure of depression severity in the initial treatment planning and to monitor treatment progress at regular intervals to guide shared treatment decision making.	VADoD 2022	23	ja	very low	nein	weak for/ weak against	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 31: V1.4 – K2 Therapieplanung – Arzt-Patienten-Kommunikation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When working with people with depression and their families or carers: <ul style="list-style-type: none"> ▪ build a trusting relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner 	NICE 2022	7	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Discuss with the person how the factors below may have affected the development, course and severity of their depression in addition to assessing symptoms and associated functional impairment: <ul style="list-style-type: none"> ▪ any history of depression and coexisting mental health or physical disorders ▪ any history of mood elevation (to determine if the depression may be part of bipolar disorder); see the NICE guideline on bipolar disorder ▪ any past experience of, and response to, previous treatments ▪ personal strengths and resources, including supportive relationships ▪ difficulties with previous and current interpersonal relationships ▪ current lifestyle (for example, diet, physical activity, sleep) ▪ any recent or past experience of stressful or traumatic life events, such as redundancy, divorce, bereavement, trauma (also see the NICE guideline on post-traumatic stress disorder) ▪ living conditions, drug (prescribed or illicit) and alcohol use, debt, employment situation, loneliness and social isolation. 	NICE 2022	10	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Discuss with people with depression: <ul style="list-style-type: none"> ▪ what, if anything, they think might be contributing to the development of their depression (see recommendation 1.2.7) ▪ whether they have ideas or preferences about starting treatment, and what treatment options they have previously found helpful or might prefer ▪ their experience of any prior episodes of depression, or treatments for depression ▪ what they hope to gain from treatment. 	NICE 2022	13	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja

Tabelle 31: V1.4 – K2 Therapieplanung – Arzt-Patienten-Kommunikation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Allow adequate time for the initial discussion about treatment options, and involve family members, carers or other supporters if agreed by the person with depression.	NICE 2022	13	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Discuss with people with depression their preferences for treatments (including declining an offer of treatment, or changing their mind once a treatment has started) by providing: <ul style="list-style-type: none"> ▪ information on what treatments are NICE-recommended, their potential benefits and harms, any waiting times for treatments, and the expected outcomes (see table 1 and table 2 on the recommended treatments for a new episode of less severe and more severe depression) ▪ a choice of: <ul style="list-style-type: none"> ▫ the treatments recommended in this guideline ▫ how they will be delivered (for example individual or group, in person or remotely) and <ul style="list-style-type: none"> ▫ where they will be delivered ▪ the option to attend with a family member or friend when possible, for some or all of their treatment ▪ the option to express a preference for the gender of the healthcare professional, to see a professional they already have a good relationship with, or to change professional if the relationship is not working 	NICE 2022	13	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Help build a trusting relationship with the person with depression and facilitate continuity of care by: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ensuring they can see the same healthcare professional wherever possible ▪ recording their views and preferences so that other practitioners are aware of these details 	NICE 2022	13	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja

Tabelle 31: V1.4 – K2 Therapieplanung – Arzt-Patienten-Kommunikation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Make a shared decision with the person about their treatment. See the NICE guideline on shared decision making.	NICE 2022	14	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Diagnostische, therapeutische und versorgungsbezogene Entscheidungen sollen entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung erfolgen.	NVL 2022	54	ja	n. a	unklar	soll ↑↑	ja
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 32: V1.4 – K3 Therapieplanung – Individuelle Therapieplanung (Zuordnung Versorgungsaspekt, Tabelle 3)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When considering treatments for people with depression: ▪ carry out an assessment of need ▪ develop a treatment plan	NICE 2022	14	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Patient*innen und Behandelnde sollen gemeinsam individuelle Therapieziele vereinbaren und priorisieren. Dabei sollen person- und umweltbezogene Kontextfaktoren sowie die Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen berücksichtigt werden.	NVL 2022	49	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Die Behandelnden sollten den Patient*innen anbieten, die vereinbarten individuellen Therapieziele und Gründe für ihr Nicht-Erreichen ggf. gemeinsam zu dokumentieren, so dass sie in Absprache mit den Patient*innen bei Bedarf auch anderen beteiligten Berufsgruppen zur Verfügung gestellt werden können.	NVL 2022	49	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Die mit den Patient*innen vereinbarten individuellen Therapieziele sollen regelmäßig und je nach Bedarf evaluiert und ggf. angepasst werden.	NVL 2022	49	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 33: V1.4 – K4 Therapieplanung – Unterstützungsangebote (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Make sure people with depression are aware of self-help groups, peer support groups and other local and national resources. Follow the guidance on providing information in the NICE guideline on service user experience in adult mental health.	NICE 2022	8	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Patient*innen und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigenangebote, Peer-Counselling sowie Genesungsbegleitung informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.	NVL 2022	160	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zuzuordnen</p>							

Tabelle 34: V1.4 – K5 Therapieplanung – Aufklärung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Patients should be informed about the benefits and risks of ketamine as well as the limited evidence for relapse prevention following an acute course of treatment.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 3	unklar	n. a.	unklar
Patients should be informed of the potential dissociative effects of ketamine.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein ^b	n. a.	unklar
Consider developing advance decisions about treatment choices (including declining treatment) and advance statements collaboratively with people who have recurrent severe depression or depression with psychotic symptoms, and for those who had treatment under the Mental Health Act 2007, in line with the Mental Capacity Act 2005, and review them regularly. Record the decisions and statements and include copies in the person's care plan in primary and secondary care, and give copies to the person and to their family or carer, if the person agrees.	NICE 2022	8	nein	n. z.	unklar	consider	nein
Advise people with depression that they can set up a Health and Welfare Lasting Power of Attorney, and support them to do so if appropriate, so that a trusted person can represent their interests and make decisions on their behalf if they do not have the capacity to make decisions themselves at any point.	NICE 2022	9	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Advise a person with depression and their family or carer to be vigilant for mood changes, agitation, 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.	NICE 2022	11	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Bei der Aufklärung und Information über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten der unipolaren Depression sollen die unterschiedlichen Optionen mit ihren Vor- und Nachteilen umfassend und in verständlicher Form dargestellt werden.	NVL 2022	51	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja

Tabelle 34: V1.4 – K5 Therapieplanung – Aufklärung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Die Aufklärung vor Beginn der Behandlung depressiver Störungen sollte folgende Aspekte für die jeweiligen Interventionen umfassen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsablauf erläutern, ▪ zu erwartenden Nutzen der Behandlung darstellen, ▪ auf Wirklatenz und mögliches Nichtansprechen hinweisen; ▪ Wirkmechanismen der Behandlung erklären; ▪ Nebenwirkungen und ggf. zu ergreifende Maßnahmen erläutern; ▪ Bedenken gegenüber Antidepressiva und/oder Psychotherapie besprechen. 	NVL 2022	53	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Given the modest response and remission rates and effect size of rTMS compared to sham, patient expectations of outcome should be discussed fully as part of the consenting process.	RANZCP 2020	60	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Clinicians should assist patients to overcome well-recognised barriers to accessing psychological interventions (e.g. via providing information about online psychological treatments, advice about local therapists, and the rationale for developing skills to prevent relapse)	RANZCP 2020	66	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
When prescribing above the recommended maximum dose [Anmerkung: bezogen auf Antidepressiva], the patient should be made aware a higher than usual dose is being used and a second opinion can be considered.	RANZCP 2020	92	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; rTMS: repetitive transkranielle Magnetstimulation							

Tabelle 35: V1.4 – K6 Therapieplanung – Schriftliche Patienteninformation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Provide people with depression with up-to-date and evidence-based verbal and written information about depression and its treatment, appropriate to their language, cultural and communication needs. Follow the sections on communication and information in the NICE guideline on patient experience in adult NHS services.	NICE 2022	8	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Commissioners and providers of mental health services should ensure that accessible, inclusive and culturally adapted information about the pathways into treatment and different explanatory models of depression is available, for example in different languages and formats and in line with NHS England's Accessible Information Standard.	NICE 2022	73	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.3 Therapeutische Maßnahmen (V1.5)

A3.5.3.1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung (V1.5.1)

Tabelle 36: V1.5.1 – K1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Psychotherapy and Pharmacotherapy</p> <p>For initial treatment of adult patients with depression,¹⁶ the panel recommends the following in the context of sharing decision-making with the patient when considering options:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ That clinicians offer either psychotherapy or second-generation antidepressant.¹⁷ ▪ When selecting between treatments, the panel recommends considering the following options: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Second-generation antidepressants ▫ The panel found that effectiveness studies demonstrated similar effects across psychotherapy. Thus, the panel is not able to recommend specific monotherapies for initial treatment. General models that appear to have comparable effects include: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Behavioral therapy ▫ Cognitive, cognitive-behavioral, and mindfulness-based cognitive-therapy ▫ Interpersonal psychotherapy ▫ Psychodynamic therapies ▫ Supportive therapy ▪ If considering combined treatment, the panel recommends cognitive-behavioral therapy or interpersonal psychotherapy plus a second-generation antidepressant. 	APA 2019	10	n. z.	n. a.	unklar	recommended	ja ^a

Tabelle 36: V1.5.1 – K1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>¹⁶ The depression recommendations refer to the full range of depression diagnoses identified by the panel for inclusion unless a recommendation specifies otherwise. Note that recommendations do not pertain to psychotic depression.</p> <p>¹⁷ Throughout the recommendations, both the terms “antidepressant medication” and “second-generation antidepressant” are used. Note that “second-generation antidepressants” refers specifically to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) or serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) while the term “antidepressant medication” could include second-generation antidepressants as well as other antidepressants.</p>							
<p>For adult patients with depression who are also experiencing relationship distress, if a recommended treatment is not acceptable or available, the panel suggests that clinicians offer problem-focused couples’ therapy.</p> <p>When selecting between treatments the panel suggests considering the following options:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suggest behavioral therapy rather than antidepressant medication alone. ▪ If considering combined treatment, the panel suggests cognitive therapy plus antidepressant medication to improve likelihood of full recovery in treatment. 	APA 2019	10	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
<p>Match the choice of treatment to meet the needs and preferences of the person with depression. Use the least intrusive and most resource efficient treatment that is appropriate for their clinical needs, or one that has worked for them in the past.</p>	NICE 2022	15	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
<p>Consider behavioural couples therapy for people with either less severe or more severe depression who have problems in the relationship with their partner if:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ the relationship problem(s) could be contributing to their depression, or ▪ involving their partner may help in the treatment of their depression. 	NICE 2022	56	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein

Tabelle 36: V1.5.1 – K1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Commissioners and providers of mental health services should consider using models such as stepped care or matched care for organising the delivery of care and treatment of people with depression. See the matched care model visual summary.</p> <p>Pathways should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ promote easy access to, and uptake of, the treatments covered ▪ allow for prompt assessment of adults with depression, including assessment of severity and risk ▪ ensure coordination and continuity of care, with agreed protocols for sharing information ▪ support the integrated delivery of services across primary and secondary care, to ensure individuals do not fall into gaps in service provision ▪ have clear criteria for entry to all levels of a stepped care service ▪ have multiple entry points and ways to access the service, including self-referral <p>have routine collection of data on access to, uptake of and outcomes of the specific treatments in the pathway.</p>	NICE 2022	71	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 36: V1.5.1 – K1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Commissioners and providers of mental health services should ensure pathways have the following in place for people with depression to promote access, and increased uptake and retention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ services delivered in culturally appropriate or culturally adapted language and formats ▪ services available outside normal working hours ▪ a range of different methods to engage with and deliver treatments in addition to in-person meetings, such as text messages, email, telephone and online or remote consultations (where clinically appropriate, and for people who wish to access and are able to access services in this way) ▪ services provided in community-based settings, for example in a person's home, community centres, leisure centres, care homes, social centres and integrated clinics within primary care (particularly for older people) ▪ services delivered jointly with charities or the voluntary sector ▪ bilingual therapists or independent translators ▪ procedures to support active involvement of families, partners and carers, if agreed by the person with depression 	NICE 2022	73	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 36: V1.5.1 – K1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When promoting access and uptake of services, identify and address the needs of groups who may have difficulty in accessing, or face stigma or discrimination when using some or all mental health services. This may include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ men ▪ older people ▪ lesbian, gay, bisexual and trans people ▪ people from black, Asian and minority ethnic communities ▪ people with learning disabilities or acquired cognitive impairments (see the NICE guideline on mental health problems in people with learning disabilities) ▪ people with physical or sensory disabilities, who may need reasonable adjustments to services as defined by legislation to enable this access; see the Equality Act 2010 ▪ people who have conditions which compromise their ability to communicate ▪ people who are homeless, refugees and asylum seekers 	NICE 2022	73	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
One of the evidence-based psychological interventions should be offered as foundational care (Action) to all patients (the most extensive evidence is for CBT and IPT, but a range of interventions have strong evidentiary support).	RANZCP 2020	66	n. z.	I	ja	EBR	unklar
Combined psychological intervention and antidepressant medication is more effective than either type of intervention alone.	RANZCP 2020	66	n. z.	I	ja	EBR	unklar
We recommend that MDD be treated with either psychotherapy or pharmacotherapy as monotherapy, based on patient preference. Factors including treatment response, severity, and chronicity may lead to other treatment strategies such as augmentation, combination treatment, switching of treatments, or use of non-first line treatments.	VADoD 2022	23	ja	very low	nein	strong for / strong against	ja

Tabelle 36: V1.5.1 – K1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For patients with mild to moderate MDD, we suggest offering clinician-guided computer/internet-based cognitive behavioral therapy either as an adjunct to pharmacotherapy or as a first-line treatment, based on patient preference.	VADoD 2022	23	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein
For individuals with mild to moderate MDD who are breastfeeding or pregnant, we recommend offering an evidence-based psychotherapy as a first-line treatment (see Recommendation 7). In patients with a history of MDD prior to pregnancy who responded to antidepressant medications, and are currently stable on pharmacotherapy, weigh risk/benefit balance to both mother and fetus in treatment decisions.	VADoD 2022	25	ja	low	nein	strong for / strong against	ja ^a
For patients with mild to moderate MDD and significant relationship distress, we suggest offering couples-focused therapy.	VADoD 2022	25	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>CBT: cognitive behavioural therapy; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EBR: evidence-based recommendation; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren</p>							

A3.5.3.1.1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf (V1.5.1.1)

Tabelle 37: V1.5.1.1 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – Allgemeine Aspekte134

Tabelle 38: V1.5.1.1 – K2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – Schwere Depressionen136

Tabelle 39: V1.5.1.1 – K3 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – Depression mit psychotischen / wahnhaften Merkmalen138

Tabelle 40: V1.5.1.1 – K4 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – (Akute) Depressive Episode mit leichtem Schweregrad139

Tabelle 37: V1.5.1.1 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, Tabelle 5) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>For people who present with chronic depressive symptoms that significantly impair personal and social functioning and who have not received previous treatment for depression, treatment options include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CBT or ▪ SSRIs or ▪ SNRIs or ▪ TCAs (be aware that TCAs are dangerous in overdose, although lofepramine has the best safety profile) or ▪ combination therapy with CBT and either an SSRI or a TCA. <p>Discuss the options with the person and reach a shared decision on treatment choice, based on their clinical needs and preferences (see also the recommendations on choice of treatments).</p>	NICE 2022	64	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 37: V1.5.1.1 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, Tabelle 5) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For people with chronic depressive symptoms, offer cognitive behavioural treatment that: <ul style="list-style-type: none"> ▪ has a focus on chronic depressive symptoms ▪ covers related maintaining processes, including avoidance, rumination and interpersonal difficulties. 	NICE 2022	64	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Bei bislang nicht behandelten chronischen Depressionen soll nach den Schweregrad-spezifischen Empfehlungen für die akute depressive Episode vorgegangen werden.	NVL 2022	154	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Trotz Behandlung chronifizierter Depressionen sollen gemäß den Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen bzw. Therapieresistenz behandelt werden.	NVL 2022	154	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Moderate to severe depression may require combining medication and psychotherapy.	UMHS 2021	2	n. z.	B	ja	II	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>CBT: kognitive Verhaltenstherapie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; SSRI: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; TCA: Trizyklische Antidepressiva</p>							

Tabelle 38: V1.5.1.1 – K2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – Schwere Depressionen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Discuss treatment options with people who have a new episode of more severe depression, and match their choice of treatment to their clinical needs and preferences: <ul style="list-style-type: none"> ▪ use table 2 and the visual summary to guide and inform the conversation ▪ take into account that all treatments in table 2 can be used as first-line treatments ▪ reach a shared decision on a treatment choice appropriate to the person's clinical needs, taking into account their preferences (see also the recommendations on choice of treatments) recognise that people have a right to decline treatment.	NICE 2022	44	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Patient*innen mit akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie empfohlen werden.	NVL 2022	114	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Wenn eine Kombinationstherapie von den Patient*innen abgelehnt wird, sollen bei akuten schweren depressiven Episoden Psychotherapie oder medikamentöse Therapie gleichwertig als Monotherapie angeboten werden.	NVL 2022	114	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Benzodiazepine und Z-Substanzen können in der Akutbehandlung schwerer depressiver Episoden in begründeten Fällen zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva und/oder Psychotherapie angeboten werden bei Patient*innen mit stark belastenden Schlafstörungen oder starker Unruhe und ohne Suchterkrankungen in der Vorgeschichte und unter Beachtung der Risiken und für eine Dauer von 2 (maximal 4) Wochen.	NVL 2022	116	ja	n. a.	unklar	kann ↔	nein
In severe depression, combine psychotherapy with medication (Table 3).	UMHS 2021	2	n. z.	n. a.	unklar	n. a.	unklar

Tabelle 38: V1.5.1.1 – K2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – Schwere Depressionen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
We suggest offering a combination of pharmacotherapy and evidence-based psychotherapy for the treatment of patients with MDD characterized as: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Severe (e.g., PHQ-9 >20) [...]	VADoD 2022	24	ja	very low	nein	weak for/weak against	nein
We recommend offering electroconvulsive therapy (ECT) with or without psychotherapy for patients with severe MDD and any of the following conditions: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Catatonia ▪ Psychotic depression ▪ Severe suicidality ▪ A history of a good response to ECT ▪ Need for rapid, definitive treatment response on either medical or psychiatric grounds ▪ The risks associated with other treatments are greater than the risks of ECT for this specific patient (i.e., co-occurring medical conditions make ECT the safest MDD treatment alternative) ▪ A history of a poor response or intolerable side effects to multiple antidepressants 	VADoD 2022	25	ja	very low	nein	strong for / strong against	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung ECT: electroconvulsive therapy; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: Major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen;							

Tabelle 39: V1.5.1.1 – K3 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – Depression mit psychotischen / wahnhaften Merkmalen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Consider combination treatment for people with depression with psychotic symptoms with antidepressant medication and antipsychotic medication (for example, olanzapine or quetiapine).	NICE 2022	67	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
If a person with depression with psychotic symptoms does not wish to take antipsychotic medication in addition to an antidepressant, then treat with an antidepressant alone.	NICE 2022	68	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen soll eine psychopharmakologische Therapie angeboten werden.	NVL 2022	118	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen sollte eine Kombination aus Antidepressiva und Antipsychotika angeboten werden.	NVL 2022	118	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen soll eine Kombination der medikamentösen Therapie mit Psychotherapie nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik angeboten werden.	NVL 2022	118	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 40: V1.5.1.1 – K4 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – (Akute) Depressive Episode mit leichtem Schweregrad (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>For people with less severe depression who do not want treatment, or people who feel that their depressive symptoms are improving:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ discuss the presenting problem(s) and any underlying vulnerabilities and risk factors, as well as any concerns that the person may have ▪ make sure the person knows they can change their mind and how to seek help ▪ provide information about the nature and course of depression ▪ arrange a further assessment, normally within 2 to 4 weeks <p>make contact (with repeated attempts if necessary), if the person does not attend follow-up appointments.</p>	NICE 2022	27	nein	n. a.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>Discuss treatment options with people with a new episode of less severe depression, and match their choice of treatment to their clinical needs and preferences:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ use table 1 and the visual summary to guide and inform the conversation ▪ take into account that all treatments in table 1 can be used as first-line treatments, but consider the least intrusive and least resource intensive treatment first (guided self-help) ▪ reach a shared decision on a treatment choice appropriate to the person's clinical needs, taking into account their preferences (see also the recommendations on choice of treatments) ▪ recognise that people have a right to decline treatment. 	NICE 2022	28	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>Bei einer leichten depressiven Episode sollen Maßnahmen mit niedriger Intensität (angeleitete Selbsthilfe, gesprächsbasierte Interventionen unter Nutzung psychotherapeutischer Techniken) angeboten werden.</p>	NVL 2022	98	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
<p>Internet- und mobilbasierte Interventionen sollen Patient*innen mit leichten depressiven Episoden angeboten werden, eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept.</p>	NVL 2022	100	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a

Tabelle 40: V1.5.1.1 – K4 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf – (Akute) Depressive Episode mit leichtem Schweregrad (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Antidepressiva sollten bei leichten depressiven Episoden nicht zur Erstbehandlung vor einer niedrigintensiven Intervention eingesetzt werden.	NVL 2022	102	n. z.	n. a.	unklar	sollte nicht ↓	nein
Wenn bei leichten depressiven Episoden eine medikamentöse Therapie erwogen wird, kann nach Aufklärung über spezifische Nebenwirkungen und Interaktionen ein erster Therapieversuch mit einem als Arzneimittel zugelassenen Johanniskrautpräparat angeboten werden.	NVL 2022	108	ja	n. a.	unklar	kann ↔	nein
Benzodiazepine und Z-Substanzen sollen bei leichten depressiven Episoden nicht eingesetzt werden.	NVL 2022	109		n. a.	unklar	soll nicht ↓↓	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; Z-Substanzen: Non-Benzodiazepinhypnotika							

A3.5.3.1.2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin/des Patienten (V1.5.1.2)

Tabelle 41: V1.5.1.2 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Allgemeine Aspekte141
 Tabelle 42: V1.5.1.2 – K2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Komorbiditäten.....147
 Tabelle 43: V1.5.1.2 – K3 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Medikamentöse Therapie151
 Tabelle 44: V1.5.1.2 – K4 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Verlaufskontrolle allgemein155
 Tabelle 45: V1.5.1.2 – K5 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Verlaufskontrolle medikamentöse Therapie.....158

Tabelle 41: V1.5.1.2 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For initial treatment of older ²⁷ adult patients with depression, the panel recommends the following in the context of shared decision-making with the patient: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Either group life review treatment or Group Cognitive Behavioral Therapy (either alone or added to usual care) over no treatment ▪ Combined pharmacotherapy and IPT over IPT alone. Of note, while the study upon which this is based used nortriptyline, the panel recommends a second-generation antidepressant due to the reduced risk of side effects. ²⁷ While the panel defined older adults as ages 60 and over, there was at least one study included in the older adult reviews that included some individuals as young as 50. However, the majority were ages 60 and over.	APA 2019	13	n. z.	n. a.	unklar	recommended	ja ^a

Tabelle 41: V1.5.1.2 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>For older adult patients with depression, if a recommended treatment is not acceptable or available, the panel suggests that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cognitive-behavioral therapy (individual) (either standalone or in combination with usual care), which was found to be superior to: <ul style="list-style-type: none"> ▫ no treatment ▫ a nonspecific talk therapy control ▫ usual care ▫ desipramine ▪ Combination cognitive-behavioral therapy and nonspecific therapeutic techniques (individual) with pharmacotherapy, which was superior to pharmacotherapy alone. Of note, while a specific study upon which this is based used desipramine, the panel recommends a second-generation antidepressant due to the reduced risk of side effects. ▪ Interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy, which was conditionally superior for preventing recurrence to either: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Supportive care ▫ IPT and supportive care ▫ Of note, while the study on which this is based used nortriptyline, the panel recommends a second-generation antidepressant due to the reduced risk of side effects ▫ Problem-solving therapy (group), which was superior to reminiscence therapy (group) ▫ Interpersonal psychotherapy (individual), which was superior to supportive care 	APA 2019	14	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein

Tabelle 41: V1.5.1.2 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Major depressive disorder, single or recurrent episode - severe but without psychosis</p> <p>Patients with severe unipolar depression should be offered a combination of antidepressants and concurrent psychotherapy when appropriate services are available and there is no contraindication to either treatment.</p>	CCSMH 2021	8	n. z.	n. a.	unklar	D	nein
<p>Major depressive disorder, single or recurrent episodes - severe with psychotic features</p> <p>Recently, more placebo-controlled clinical trials reported safe and effective use of combined antidepressant and antipsychotic drugs in MDD with psychotic features, so we recommend that clinicians use their judgement based on severity and patient's physical conditions to try combination pharmacotherapy first. ECT should be considered after 4–8 weeks if combination therapy fails, is poorly tolerated, or if patient develops severe health consequences.</p>	CCSMH 2021	8	ja	n. a.	unklar	B	nein
<p>There is promising evidence for exercise and mind-body interventions (e.g., tai chi, yoga, and mindfulness-based stress reduction) in reducing depressive symptoms in late-life either alone or in combination with other therapies. Physical activity in the form of exercise is an important non-pharmacological approach to improve mood in older adults. Clinicians should use their judgement in recommending the type of exercise and duration, taking into account comorbidities, physical capacity, and level of motivation.</p>	CCSMH 2021	8	ja	n. a.	unklar	B	nein
<p>Psychotherapies and psychosocial treatments should be made available to older adults with depression (symptoms and disorder) in diverse settings (community, hospital, long-term care) across all regions of Canada.</p>	CCSMH 2021	9	n. z.	n. a.	unklar	A	ja ^a
<p>Internet-delivered therapies may be comparable to face-to-face treatment, and may improve access to services for individuals in under-served areas and those with mobility issues.</p>	CCSMH 2021	9	n. z.	n. a.	unklar	C	nein

Tabelle 41: V1.5.1.2 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Core elements of evidence-based models for treating late-life depression in primary care include improved patient education, and incorporating interprofessional staff as depression care managers who routinely assess and follow patients clinically, utilizing a stepped-care approach. Treatment prescriptions are provided by a primary care physician or nurse practitioner, with as needed psychiatric consultation. An individualized plan of care should be developed using a collaborative approach.	CCSMH 2021	13	ja	n. a.	unklar	A	ja ^a
To optimize access to clinical services, "senior-friendly" virtual care options (e.g., videoconferencing) should be available. Older adult patients should have appropriate equipment and support to ensure effective and efficient communication to optimize virtual care encounters.	CCSMH 2021	13	ja	n. a.	unklar	C	nein
Mild or moderate unipolar major depression should be treated pharmacologically using antidepressants or with psychotherapy or a combination of both.	CCSMH 2021	17	nein	n. a.	unklar	A	ja ^a
Psychotherapy should be available to patients suffering from major depression, either alone as first line treatment or in combination with antidepressant medication, for individuals who prefer this treatment modality and are able to safely participate in treatment (e.g., no severe cognitive impairment, no psychotic symptoms)	CCSMH 2021	20	nein	n. a.	unklar	A	ja ^a
Psychotherapy in combination with antidepressant medication should be available to patients with severe major depression, or chronic or recurrent depression.	CCSMH 2021	20	nein	n. a.	unklar	A	ja ^a
At least one form of psychosocial intervention should be offered to the patient depending upon the patient's needs and preferences, and available resources. These interventions should be delivered by professionals who have had some training in the provision of geriatric care.	CCSMH 2021	20	nein	n. a.	unklar	C	nein

Tabelle 41: V1.5.1.2 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Clinicians are strongly encouraged to assess medication adherence as an initial step in managing partial response or treatment-resistant depression. Other considerations include the use of alcohol, substances, and medications that may promote depressive symptoms. Medical conditions should be reviewed, especially the possibility of antidepressant-induced hyponatremia. The working diagnosis should also be reviewed. ECT can also be useful for continuation/ maintenance therapy of older patients who are partially responsive, treatment resistant, or treatment intolerant to pharmacotherapy during the acute phase of treatment.	CCSMH 2021	24	nein	n. a.	unklar	B	nein
Patients who have mild depressive symptoms or symptoms of short duration should be treated with psychosocial supportive interventions first.	CCSMH 2021	26	n. z.	n. a.	unklar	D	nein
Health care professionals and organizations should implement a model of care that addresses the physical/ functional as well as the psychosocial needs of older depressed adults. Given the complex care needs of older adults, these are most likely to require interdisciplinary involvement in care, whether in primary care or specialized mental health settings.	CCSMH 2021	28	nein	n. a.	unklar	B	nein
Health care professionals and organizations should implement a model of care that promotes continuity of care as older adults appear to respond better to consistent primary care providers.	CCSMH 2021	28	nein	n. a.	unklar	B	nein
There is no clear evidence that combined psychotherapy and pharmacotherapy for late-life depression is more effective than psychotherapy alone.	JSPN 2022	5	n. z.	D	nein	n. a.	unklar
However, it has been suggested that combination therapy may be superior to monotherapy for patients with chronic depression, and a combination of psychotherapy and pharmacotherapy may be useful.	JSPN 2022	5	ja	D	nein	2	nein
Exercise therapy is a gentle exercise that has been shown to be effective and safe for late-life depression, and can therefore be recommended.	JSPN 2022	8	n. z.	C	nein	2	nein
High-intensity light therapy and diet therapy also have some effects and are useful.	JSPN 2022	8	n. z.	C	nein	2	nein

Tabelle 41: V1.5.1.2 – K1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
However, there is no clear evidence of efficacy differences between treatments according to type, intensity, amount, and duration of intervention.	JSPN 2022	8	n. z.	D	nein	n. a.	unklar
Consider non-medication treatments to help avoid polypharmacy.	UMHS 2021	3	n. z.	C	nein	II	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; ECT: Electroconvulsive Therapy; GoR: Grade of Recommendation; IPT: Interpersonelle Psychotherapie; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: Major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen</p>							

Tabelle 42: V1.5.1.2 – K2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Komorbiditäten (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>The panel suggests considering one of the following options for MDD or minor depression in the context of cognitive impairment or dementia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problem-solving therapy (individual) for older adult patients with major depressive disorder and executive dysfunction³¹ ▪ Problem-solving behavioral therapy (individual) or pleasant events behavioral therapy (individual) for minor or major depressive disorder in older adults with dementia <p>³¹ Disruption to cognitive processes generally housed in the frontal lobes of the brain.</p>	APA 2019	15	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
<p>The panel suggests considering one of the following options for MDD or minor depression in the context of cognitive impairment or dementia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problem-solving therapy (individual) or paroxetine for persistent depressive disorder <p>Of note, while the study on which this is based used paroxetine, some argue that paroxetine is contraindicated in older adults due to its anticholinergic side effects, and many geriatric psychiatrists would prefer another SSRI (i.e., escitalopram or sertraline).</p>	APA 2019	16	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein

Tabelle 42: V1.5.1.2 – K2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Komorbiditäten (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>The panel suggests considering the following options for patients with both depression and the indicated complicating factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Combination of cognitive behavioral therapy (individual) and usual care for minor or major depressive disorder with type II diabetes mellitus or chronic obstructive pulmonary disease ▪ Multicomponent intervention (individual) for treating symptoms of depression in temporarily homebound African American adults ▪ Coping improvement (group) rather than psychotherapy³² on request (individual) for older adults with mild to severe depressive symptoms and HIV <p>³² Participants in this condition were able to access typical psychosocial services from the community (e.g., 12-step programs, support groups for AIDS, individual therapy). They also were given three brief phone calls to assess for any clinical concerns that may have arisen.</p>	APA 2019	16	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
We recommend SSRIs as first line for the treatment of depression in patients with Parkinson's disease with SNRIs as an alternative. CBT can also be considered.	CCSMH 2021	12	ja	n. a.	unklar	B	nein
Co-morbid psychiatric disorders, particularly generalized anxiety disorders and substance abuse, should be identified and appropriately treated as they will adversely influence the outcome of depression. In cases where benzodiazepines have to be used to prevent acute withdrawal or as a temporary measure until antidepressants or psychotherapeutic interventions take effect, there should be a review and gradual discontinuation when feasible. Clinicians should avoid the use of benzodiazepines for treatment of depressive symptoms with elderly patients.	CCSMH 2021	21	nein	n. a.	unklar	B	nein

Tabelle 42: V1.5.1.2 – K2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Komorbiditäten (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
There is limited evidence to recommend antidepressant therapy for mild or moderate depression associated with dementia. Behavioural interventions may be utilized as a first-line intervention and antidepressant medication could be offered if symptoms are severe and persistent, understanding that efficacy is not well established and that side effects could occur.	CCSMH 2021	26	nein	n. a.	unklar	D	nein
As noted above, we recommend duloxetine and sertraline as first-line antidepressants, while recognizing that other antidepressants are also appropriate. Limiting exposure to anticholinergic properties remains an important consideration in patients with both dementia and depression.	CCSMH 2021	26	nein	n. a.	unklar	n. a.	unklar
Psychosocial treatment should be part of the treatment of depression co-existing with dementia. This treatment should be flexible to account for the decline in functioning as well as multifaceted to provide help with the diversity of problems facing the patient and caregiver. It should be delivered by clinicians sensitized to the vulnerabilities and frailties of older adults with dementia. This treatment should include helping caregivers deal with the disease in a skill-oriented manner.	CCSMH 2021	27	nein	n. a.	unklar	A	ja ^a
For patients who have psychotic depression and dementia, a combination of antidepressant and antipsychotic medication is usually the first choice, although ECT may be used if medications are ineffective or rapid response is required to maintain safety.	CCSMH 2021	27	nein	n. a.	unklar	D	nein
Consider SSRIs as first-line treatment for post-stroke depression whether or not the stroke is ischemic or hemorrhagic. Second-line treatments can include SNRIs and mirtazapine. Methylphenidate may also be considered, especially if apathy is significant.	CCSMH 2021	27	nein	n. a.	unklar	B	nein
Later life (age ≥ 60 years). With depression diagnosis, consider early dementia.	UMHS 2021	3	n. z.	A	ja	II	nein

Tabelle 42: V1.5.1.2 – K2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Komorbiditäten (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome; CBT: cognitive behavioural therapy; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; ECT: Electroconvulsive therapy; GoR: Grade of Recommendation; HIV: Human Immunodeficiency Virus; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: Major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren</p>							

Tabelle 43: V1.5.1.2 – K3 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Medikamentöse Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
It is recommended that clinicians consider sertraline or duloxetine as first-line medications for an acute episode of major depression in older adults. Alternatives include escitalopram and citalopram based on the low possibility of drug interactions but concern about QTc interval may limit dosage to sub-therapeutic levels.	CCSMH 2021	9	n. z.	n. a.	unklar	A	ja ^a
In addition, we suggest clinicians should choose an antidepressant with lowest risk of anticholinergic side effects and drug-drug interactions, as well as being relatively safe in the case of cardiovascular comorbidity. Patients need to be closely monitored for medication compliance, substance use, suicidal ideation, and development of drug toxicity.	CCSMH 2021	9	n. z.	n. a.	unklar	D	nein
When prescribing SSRI or SNRI antidepressants to older adults, the prescriber should screen for a history of hyponatremia before prescribing, as part of the consent process and then consider getting a sodium level prior to starting the antidepressant if there is a history of hyponatremia.	CCSMH 2021	11	n. z.	n. a.	unklar	C	nein
At present we do not recommend the broad use of pharmacogenetic testing in older adults with late-life depression. Patients with recurrent severe side effects to several anti-depressant drugs may benefit from pursuing a pharmacogenetic test to see if CYP450 metabolism is contributing.	CCSMH 2021	12	ja	n. a.	unklar	C	nein
Older patients have a response rate with antidepressant therapy similar to younger adults. Clinicians should approach elderly depressed individuals with therapeutic optimism.	CCSMH 2021	21	nein	n. a.	unklar	A	ja ^a
Antidepressants should be used when indicated, even in patients with multiple comorbidities and serious illnesses, as they have similar efficacy rates compared with use in well elderly. Adverse events in patients with multiple comorbidities can be minimized by careful selection of drugs that are not likely to worsen or complicate patient-specific medical problems.	CCSMH 2021	21	nein	n. a.	unklar	B	nein

Tabelle 43: V1.5.1.2 – K3 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Medikamentöse Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Clinicians should choose an antidepressant with the lowest risk of drug-drug interactions when patients are taking multiple medications. Good choices include citalopram, sertraline, venlafaxine, bupropion and mirtazapine.	CCSMH 2021	21	nein	n. a.	unklar	C	nein
When choosing agents from a specific class, clinicians should select those found to be safer with the elderly (e.g., selecting drugs with the lowest anti-cholinergic properties amongst available antidepressants).	CCSMH 2021	21	nein	n. a.	unklar	D	nein
We recommend that physicians and pharmacists consult up-to-date drug interaction data bases when a new antidepressant is prescribed to patients taking multiple medications.	CCSMH 2021	21	nein	n. a.	unklar	C	nein
When starting antidepressant therapy (e.g., SSRI or venlafaxine), clinicians should monitor for serotonin-related side effects (such as agitation) and for short-term worsening of symptoms.	CCSMH 2021	22	nein	n. a.	unklar	B	nein
TCAs should only be considered as third-line agents with due consideration of the potentially serious side effects.	CCSMH 2021	22	nein	n. a.	unklar	C	nein
Side effects of TCAs include: postural hypotension (fall/ fracture), cardiac conduction defects, anticholinergic effects (delirium, dry mouth, urinary retention, constipation). If used, nortriptyline and desipramine have the lowest anticholinergic effects.	CCSMH 2021	22	nein	n. a.	unklar	D	nein
If there is no sign of improvement after at least 2 weeks on an average dose, further gradual increases are recommended until there is either some clinical improvement, limiting side effects, or one has reached the maximum recommended dose.	CCSMH 2021	22	nein	n. a.	unklar	D	nein
Fluoxetine is not recommended due to long biological half-life, paroxetine is not recommended due to higher anticholinergic effects, and first generation MAOIs are not recommended due to higher risk of serious drug-drug or drug-food interactions.	CCSMH 2021	23	nein	n. a.	unklar	D	nein

Tabelle 43: V1.5.1.2 – K3 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Medikamentöse Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Antidepressants, especially SSRIs, should not be abruptly discontinued but should be tapered off over a 7 to 10 day period when possible.	CCSMH 2021	23	nein	n. a.	unklar	C	nein
The efficacy of antidepressant treatment (for the acute phase and maintenance) for late-life depression has been demonstrated, although there is no clear evidence of differences in efficacy among antidepressants classes.	JSPN 2022	5	n. z.	A	ja	n. a.	unklar
The frequency of adverse events tends to be higher for TCAs than for newer antidepressants (SSRIs, SNRIs, and mirtazapine) and non-TCAs.	JSPN 2022	5	n. z.	B	nein	n. a.	unklar
Therefore, newer antidepressants or non-TCAs are recommended for late-life depression.	JSPN 2022	5	ja	A	ja	1	ja ^a
As there is insufficient evidence on differences in efficacy and safety among newer antidepressants, it is not currently possible to rank them.	JSPN 2022	5	n. z.	D	nein	n. a.	unklar
Evidence for the effectiveness of low-dose antidepressants for late-life depression is limited; however, newer antidepressants show efficacy and fewer adverse events at the minimal effective dose.	JSPN 2022	6	n. z.	C	nein	n. a.	unklar
Therefore, it is recommended that the efficacy of a minimal effective dose should first be confirmed when using antidepressants for late-life depression.	JSPN 2022	6	n. z.	D	nein	1	ja ^a
Switching should be tried for refractory late-life depression, with a careful evaluation of both the number and class of previous adequate medication trials.	JSPN 2022	7	n. z.	C	nein	2	nein
Antidepressant combinations that involve adding mirtazapine to an SSRI should be used with caution.	JSPN 2022	7	n. z.	D	nein	2	nein
Aripiprazole augmentation is the only strategy that has showed efficacy and a good tolerability profile for refractory late-life depression in an RCT with a reasonably sized sample.	JSPN 2022	7	n. z.	A	ja	n. a.	unklar

Tabelle 43: V1.5.1.2 – K3 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Medikamentöse Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Although lithium augmentation has been reported to be effective for refractory late-life depression, its evidence level is lower than that of aripiprazole augmentation.	JSPN 2022	7	n. z.	B	nein	n. a.	unklar
When prescribing antidepressant medication for older people: <ul style="list-style-type: none"> ▪ take into account the person's general physical health, comorbidities and possible interactions with any other medicines they may be taking ▪ carefully monitor the person for side effects ▪ be alert to an increased risk of falls and fractures ▪ be alert to the risks of hyponatraemia (particularly in those with other risk factors for hyponatraemia, such as concomitant use of diuretics). See also the NICE guideline on dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers.	NICE 2022	23	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
When treating depression with medications, start at lower doses and increase slowly to avoid side effects.	UMHS 2021	3	n. z.	A	ja	I	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CYP450: Cytochrom P450; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MAOI: Monoaminoxidase-Inhibitoren; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zuzuordnen; QTc: korrigierte QT-Zeit; RCT: randomized controlled trial; SNRI: selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren; TCA: tricyclic antidepressants							

Tabelle 44: V1.5.1.2 – K4 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Verlaufskontrolle allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Prevention of recurrence MDD</p> <p>For older adult patients with a history of depression, the panel recommends clinicians offer any of the following options: Either</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Combination interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy ▪ Combination supportive care and pharmacotherapy <p>Of note, while the study on which this is based used nortriptyline, the panel recommends a second-generation antidepressant due to the reduced risk of side effects.</p>	APA 2019	17	n. z.	n. a.	unklar	recommended	ja ^a
<p>The panel suggests considering the following option if the prior options are not acceptable or available:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpersonal psychotherapy (individual) alone 	APA 2019	17	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
<p>For older adult patients with a history of depression there is insufficient evidence to recommend between clinicians offering cognitive-behavioral therapy (group) plus pharmacotherapy and pharmacotherapy alone for preventing recurrence. Thus, the panel makes no recommendations of one treatment over the other.</p>	APA 2019	17	n. z.	insufficient	nein	n. a.	unklar

Tabelle 44: V1.5.1.2 – K4 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Verlaufskontrolle allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When significant improvement has occurred but recovery is not complete after an adequate trial, the clinician should consider: <ul style="list-style-type: none"> ▪ a further 4 weeks of monotherapy or consider augmentation with another antidepressant or lithium or an antipsychotic (e.g., aripiprazole) or specific psychotherapy (e.g., IPT, CBT, PST). ▪ a switch to another antidepressant (same or another class) after discussing with the patient the potential risk of losing any significant improvements made with the first treatment. ▪ augmentation with lithium remains a viable option but needs to be used carefully due to the risk of lithium toxicity; the clinician must be aware of how to monitor the patient on lithium over time through investigations 	CCSMH 2021	10	n. z.	n. a.	unklar	C	nein
Health care providers should monitor the older adult for re-occurrence of depression for the first 2 years after treatment. Ongoing monitoring should focus on depressive symptoms that were present during the initial (index) episode.	CCSMH 2021	24	nein	n. a.	unklar	B	nein
An evidence-based psychotherapy represents a treatment option for patients who present with relapse and incomplete remission.	CCSMH 2021	24	nein	n. a.	unklar	B	nein
For those patients who fail to remain well with traditional maintenance therapy but have responded well to ECT, maintenance ECT may be a useful option.	CCSMH 2021	24	nein	n. a.	unklar	D	nein
A maintenance therapy of a combination of ECT and drug therapy is more effective in reducing depressive symptoms than drug therapy for late-life depression in remission following a combination of ECT and drug therapy.	JSPN 2022	8	n. z.	A	ja	n. a.	unklar
However, there were no significant difference between these therapies on the long-term neurocognitive outcomes.	JSPN 2022	8	n. z.	A	ja	n. a.	unklar
In summary, a combination of ECT and drug therapy is useful for maintenance therapy.	JSPN 2022	8	ja	A	ja	2	nein

Tabelle 44: V1.5.1.2 – K4 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Verlaufskontrolle allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CBT: cognitive behavioural therapy; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; ECT: Electroconvulsive therapy; GoR: Grade of Recommendation; IPT: Interpersonelle Psychotherapie; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: Major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; PST: problem-solving therapy							

Tabelle 45: V1.5.1.2 – K5 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Verlaufskontrolle medikamentöse Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When starting antidepressants, patients should initially be seen every 1–2 weeks (in-person or virtually) to assess response, side effects, and to titrate the dose. Visits should include, at a minimum, supportive psychosocial interventions and monitoring for worsening of depression, agitation, and suicide risk.	CCSMH 2021	10	n. z	n. a.	unklar	D	nein
A serum sodium level should be done within 2–4 weeks of initiating SSRI or SNRI antidepressants. Prescribers may consider checking the level after 2 weeks for those patients on diuretics or who have a history of hyponatremia. There is a lower of risk of hyponatremia with TCAs, bupropion, and mirtazapine.	CCSMH 2021	11	n. z	n. a.	unklar	C	nein
Before considering a change in medication, it is important to ensure an adequate trial. Change should be made if: there is no improvement in symptoms after at least 4 weeks at the maximum tolerated or recommended dose; there is insufficient improvement after 8 weeks at the maximum tolerated or recommended dose.	CCSMH 2021	23	nein	n. a.	unklar	C	nein
When switching agents, it is generally safe to reduce the current medication while starting low doses of the alternate agent. Specific drug interaction profiles need to be checked for both drugs involved during this overlap since antidepressants commonly interact with each other.	CCSMH 2021	23	nein	n. a.	unklar	C	nein
Augmentation strategies require supervision by experienced physicians.	CCSMH 2021	23	nein	n. a.	unklar	D	nein
Older patients who achieve remission of symptoms following treatment of their first episode of depression should be treated for a minimum of one year (and up to 2 years) with their full therapeutic dose.	CCSMH 2021	24	nein	n. a.	unklar	B	nein
When discontinuing antidepressant treatment after remission of symptoms, we recommend a slow taper over months, monitoring closely for recurrence of symptoms and resuming full therapeutic dose if there is any sign of relapse or recurrence.	CCSMH 2021	24	nein	n. a.	unklar	D	nein

Tabelle 45: V1.5.1.2 – K5 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter – Verlaufskontrolle medikamentöse Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Older patients who have had more than 2 depressive episodes, had particularly severe or difficult-to-treat depressions or required ECT should continue to take antidepressant maintenance treatment indefinitely, unless there is a specific contraindication to its use.	CCSMH 2021	24	nein	n. a.	unklar	D	nein
In LTC homes, the response to antidepressant therapy should be evaluated monthly after initial improvement and at quarterly care conferences, as well as at the annual assessment after remission of symptoms. A decision to continue or discontinue the antidepressant therapy should be based on: <ul style="list-style-type: none"> ▪ whether the depression has been treated long enough to allow sustained remission of symptoms (e.g., now one year of full remission); or ▪ whether the treatment is still tolerated well in the context of their health problems; and ▪ the risks of discontinuation (i.e., return of original depressive symptoms) are less than those associated with continuation of medication. 	CCSMH 2021	25	nein	n. a.	unklar	D	nein
Owing to the high risk of relapse/recurrence of late-life depression, continuation therapy should be maintained for at least 1 year after remission.	JSPN 2022	6	n. z.	C	nein	1	ja ^a
Then, the duration of maintenance therapy should be determined based on the risk of recurrence and the preferences of the patient and his or her family.	JSPN 2022	6	n. z.	D	nein	2	nein
Because of the lack of sufficient long-term safety information, this regimen is only worth trying if tardive adverse events such as dyskinesia are monitored.	JSPN 2022	7	n. z.	A	ja	2	nein
Use of this regimen should include monitoring of serious adverse events and lithium plasma concentrations.	JSPN 2022	7	n. z.	B	nein	2	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; ECT: Electroconvulsive therapy; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTC: long-term care; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren; TCA: tricyclic antidepressants</p>							

A3.5.3.2 Psychotherapie (V1.5.2)

Tabelle 46: V1.5.2 – K1 Psychotherapie – Allgemeine Aspekte160

Tabelle 47: V1.5.2 – K2 Psychotherapie – Auswahl des Verfahrens162

Tabelle 48: V1.5.2 – K3 Psychotherapie – Anforderungen an Leistungserbringer163

Tabelle 46: V1.5.2 – K1 Psychotherapie – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 7) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Inform people if there are waiting lists for a course of treatment and how long the wait is likely to be (for example, the NHS constitution advises that treatment should be started within 18 weeks). Keep in touch with people at regular intervals, ensure they are aware of how to access help if their condition worsens, ensure they are made aware of who they can contact about their progress on the waiting list	NICE 2022	16	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Consider providing self-help materials and addressing social support issues in the interim.	NICE 2022	16	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Use psychological and psychosocial treatment manuals to guide the form, duration and ending of interventions.	NICE 2022	16	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
When people are nearing the end of a course of psychological treatment, discuss ways in which they can maintain the benefits of treatment and ensure their ongoing wellness.	NICE 2022	16	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Im Rahmen psychotherapeutischer und niedrigschwelliger gesprächsbasierter Interventionen, die psychotherapeutische Ansätze nutzen, sollen die in Tabelle 33 und Tabelle 34 aufgeführten Wirk- und Einflussfaktoren berücksichtigt werden.	NVL 2022	84	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a

Tabelle 46: V1.5.2 – K1 Psychotherapie – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 7) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Patient*innen sollen zu Beginn einer Psychotherapie über mögliche Nebenwirkungen informiert werden. Wenn es im Verlauf zu unerwünschten Nebenwirkungen kommt, sollen diese mit den Patient*innen besprochen werden.	NVL 2022	85	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Psychological interventions, particularly IPT and CBT, should be the preferred treatment modality for MDD during pregnancy and postpartum.	RANZCP 2020	98	n. z.	III	nein	EBR	unklar
Psychological treatment should be offered as a foundational Action according to the Guidelines for mood disorders.	RANZCP 2020	100	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
For patients with mild to moderate MDD who decline pharmacotherapy and who decline or cannot access first-line evidence-based psychotherapies (either in-person or virtually), we suggest considering non-directive supportive therapy.	VADoD 2022	24	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>CBT: kognitive Verhaltenstherapie; GoR: Grade of Recommendation; IPT: Interpersonelle Therapie; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; NHS: National Health Service; n. z.: nicht zuzuordnen</p>							

Tabelle 47: V1.5.2 – K2 Psychotherapie – Auswahl des Verfahrens (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 7) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For adult patients with depression, there is insufficient evidence to recommend for or against clinicians offering: <ul style="list-style-type: none"> ▪ CBASP (cognitive behavioral analysis system of psychotherapy) ▪ Brief problem-solving therapy (10 or fewer sessions) vs. treatment as usual 	APA 2019	11	n. z.	insufficient	nein	n. a.	unklar
Während der psychotherapeutischen Sprechstunde oder spätestens während der probatorischen Sitzungen soll anhand der Wirk- und Einflussfaktoren (Tabelle 33 und Tabelle 34) in partizipativer Entscheidungsfindung geklärt werden, welches psychotherapeutische Verfahren für die Patient*innen adäquat ist.	NVL 2022	87	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
When choosing psychotherapy to treat MDD, we suggest offering one of the following interventions (not rank ordered): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceptance and commitment therapy ▪ Behavioral therapy/behavioral activation ▪ Cognitive behavioral therapy ▪ Interpersonal therapy ▪ Mindfulness-based cognitive therapy ▪ Problem-solving therapy ▪ Short-term psychodynamic psychotherapy 	VADoD 2022	23	ja	very low	nein	weak for/ weak against	nein
For patients who select psychotherapy as a treatment option, we suggest offering individual or group format based on patient preference.	VADoD 2022	23	ja	moderate	nein	weak for/ weak against	nein
There is insufficient evidence to recommend for or against combining components from different psychotherapy approaches.	VADoD 2022	23	ja	very low	nein	neither for nor against	nein

Tabelle 47: V1.5.2 – K2 Psychotherapie – Auswahl des Verfahrens (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 7) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
CBASP: cognitive behavioral Analysis System of Psychotherapy; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 48: V1.5.2 – K3 Psychotherapie – Anforderungen an Leistungserbringer (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 7)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
All healthcare professionals delivering interventions for people with depression should: <ul style="list-style-type: none"> receive regular clinical supervision have their competence monitored and evaluated; this could include their supervisor reviewing video and audio recordings of their work (with patient consent). 	NICE 2022	16	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Das Psychotherapie-Verfahren, nach dem im jeweiligen Fall die Behandlung der depressiven Störung ggf. durchgeführt werden soll, soll durch Psychotherapeut*innen vorgeschlagen werden, die in mindestens einem in Deutschland sozialrechtlich anerkannten Verfahren ausgebildet sind.	NVL 2022	87	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Psychological interventions should only be delivered by clinicians trained in the relevant evidence-based approach.	RANZCP 2020	66	n. z.	I	ja	EBR	unklar
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.3.3 Neurostimulatorische Verfahren (V1.5.X)

Tabelle 49: V1.5.X – K1 Neurostimulatorische Verfahren (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Consider electroconvulsive therapy (ECT) for the treatment of severe depression if:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ the person chooses ECT in preference to other treatments based on their past experience of ECT and what has previously worked for them or ▪ a rapid response is needed (for example, if the depression is life-threatening because the person is not eating or drinking) or ▪ other treatments have been unsuccessful (see the recommendations on further-line treatment). 	NICE 2022	68	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
<p>Make sure people with depression who are going to have ECT are fully informed of the risks, and of the risks and benefits specific to them. Take into account:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ the risks associated with a general anaesthetic ▪ any medical comorbidities ▪ potential adverse events, in particular cognitive impairment ▪ if the person is older, the possible increased risk associated with ECT treatment for this age group ▪ the risks associated with not having ECT. <p>Document the assessment and discussion.</p>	NICE 2022	69	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 49: V1.5.X – K1 Neurostimulatorische Verfahren (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Discuss the use of ECT as a treatment option with the person with depression, and reach a shared decision on its use based on their clinical needs and preferences, if they have capacity to give consent. Take into account the capacity of the person and the requirements of the Mental Health Act 2007 (if applicable), and make sure: <ul style="list-style-type: none"> ▪ informed consent is given without pressure or coercion from the circumstances or clinical setting ▪ the person is aware of their right to change their mind and withdraw consent at any time ▪ there is strict adherence to recognised guidelines on consent, and advocates or carers are involved to help informed discussions 	NICE 2022	69	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
If a person with depression cannot give informed consent, only give ECT if it does not conflict with a valid advance treatment decision the person made.	NICE 2022	69	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
For people whose depression has not responded well to ECT previously, only consider a repeat trial of ECT after: <ul style="list-style-type: none"> ▪ reviewing the adequacy of the previous treatment course ▪ considering all other options ▪ discussing the risks and benefits with the person or, if appropriate, their advocate or carer 	NICE 2022	69	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Clinics should only provide ECT if they: <ul style="list-style-type: none"> ▪ are Electroconvulsive Therapy Accreditation Service (ECTAS) accredited ▪ provide ECT services in accordance with ECTAS standards ▪ submit data, including outcomes, on each course of acute and maintenance ECT they deliver as needed for the ECTAS minimum dataset. ▪ Follow the ECT Accreditation Service Standards for Administering ECT. 	NICE 2022	70	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 49: V1.5.X – K1 Neurostimulatorische Verfahren (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Trusts which provide ECT services should ensure compliance with the ECTAS standards for administering ECT through board-level performance management	NICE 2022	70	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Stop ECT treatment for a person with depression: ▪ immediately, if the side effects outweigh the potential benefits, or ▪ when stable remission has been achieved.	NICE 2022	70	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
If a person's depression has responded to a course of ECT: ▪ start (or continue) antidepressant medication or a psychological intervention to prevent relapse and to provide ongoing care for their depression (see the recommendations on preventing relapse)	NICE 2022	70	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
▪ consider lithium augmentation of antidepressant medication (see the recommendations on further-line treatment)	NICE 2022	70	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Bei Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, kann eine Augmentation mit repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) angeboten werden.	NVL 2022	139	ja	n. a.	unklar	kann ↔	nein
Elektrokonvulsionstherapie soll Patient*innen bei therapieresistenten depressiven Episoden angeboten werden, insbesondere im höheren Lebensalter oder bei psychotischer Symptomatik.	NVL 2022	148	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Eine EKT-Erhaltungstherapie nach einer erfolgreichen EKT-Behandlungsserie soll Patient*innen angeboten werden, die unter einer adäquaten sonstigen Rezidivprophylaxe in der Anamnese einen Rückfall erlitten hatten oder eine Unverträglichkeit gegenüber einer anderen Rezidivprophylaxe aufweisen oder eine entsprechende Präferenz haben	NVL 2022	150	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Eine repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) sollte bei therapieresistenten depressiven Episoden angeboten werden.	NVL 2022	150	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Die Auswahl der rTMS-Methode (Stimulationsort und -art) soll durch ein spezialisiertes Zentrum erfolgen.	NVL 2022	150	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a

Tabelle 49: V1.5.X – K1 Neurostimulatorische Verfahren (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Eine Elektrokonvulsionstherapie kann bei akuter Suizidalität zusätzlich zu einer psychotherapeutischen Krisenintervention angeboten werden.	NVL 2022	187	ja	n. a.	unklar	kann ↔	nein
Wenn bei depressivem Stupor eine Intervention mit Lorazepam keinen Erfolg hatte, sollte eine Elektrokonvulsionstherapie angeboten werden.	NVL 2022	189	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
ECT is a safe and effective treatment for more severe presentations of depression and should be considered first-line for psychotic depression or when an immediate response is necessary.	RANZCP 2020	60	n. z.	I	ja ^a	EBR	unklar
ECT should not be regarded as a treatment of last resort and its administration should be considered on the basis of individual patient and illness factors.	RANZCP 2020	60	n. z.	IV	nein	EBR	unklar
Before considering ECT as second line, patients should have failed to respond to adequate trials of psychological interventions and pharmacology Choices and Alternatives to treat depression.	RANZCP 2020	60	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Ultra-brief and brief unilateral ECT are recommended because of reduced cognitive side-effects. Bilateral and bifrontal ECT may be used when unilateral ECT has failed or the depression is life-threatening.	RANZCP 2020	60	n. z.	II	ja ^a	EBR	unklar
Before considering rTMS, patients should have failed to respond to a reasonable number of adequate trials of pharmacotherapy and psychological treatment Choices and adequate trials of Alternatives to treat depression.	RANZCP 2020	60	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
For severe depression or psychotic depression, ECT is the preferred treatment.	RANZCP 2020	60	n. z.	I	ja ^a	EBR	unklar
There is insufficient evidence to recommend rTMS to patients who have failed to respond to ECT.	RANZCP 2020	60	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
There is insufficient evidence to recommend for or against theta-burst stimulation for the treatment of MDD.	VADoD 2022	24	ja	very low	nein	neither for nor against	nein

Tabelle 49: V1.5.X – K1 Neurostimulatorische Verfahren (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For patients with MDD, we suggest against using vagus nerve stimulation outside of a research setting.	VADoD 2022	26	ja	very low	nein	weak for/ weak against	nein
For patients with MDD, we recommend against using deep brain stimulation outside of a research setting.	VADoD 2022	26	ja	low	nein	strong for / strong against	ja ^a
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>CBR: consensus-based recommendation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EBR: evidence-based recommendation; ECT: electroconvulsive therapy; ECTAS: Electroconvulsive Therapy Accreditation Service; EKT: elektrokonvulsive Therapie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; rTMS: repetitive transkranielle Magnetstimulation</p>							

A3.5.3.4 Medikamentöse Therapie (V1.5.3)

Tabelle 50: V1.5.3 – K1 Medikamentöse Therapie – Grundsätze der medikamentösen Therapie	169
Tabelle 51: V1.5.3 – K2 Grundsätze Medikamentöse Therapie – Zu klärende Aspekte vor Beginn.....	171
Tabelle 52: V1.5.3 – K3 Medikamentöse Therapie – Weitere Wirkstoffe.....	173
Tabelle 53: V1.5.3 – K4 Medikamentöse Therapie – Beendigung der medikamentösen Therapie.....	178
Tabelle 54: V1.5.3 – K5 Medikamentöse Therapie – Absetzsymptome bei Beendigung	180

Tabelle 50: V1.5.3 – K1 Medikamentöse Therapie – Grundsätze der medikamentösen Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Clinicians should start at half of the recommended dose for younger adults, but aim at reaching an average dose within one month if the medication is well tolerated at weekly reassessments.	CCSMH 2021	22	nein	n. a.	unklar	D	nein
Die Auswahl des Antidepressivums soll gemäß dem Sicherheits- und Interaktionsprofil, der Präferenz des Patient*innen, der Erfahrung des Behandelnden sowie der anderen in Tabelle 27 genannten Kriterien erfolgen.	NVL 2022	68	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Bei einer Behandlung mit Antidepressiva sollte unter Berücksichtigung der individuellen Verträglichkeit so schnell wie möglich zur empfohlenen Standarddosis auf-dosiert werden.	NVL 2022	72	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Bei einer positiven Entwicklung im Sinne der vereinbarten individuellen Therapieziele soll die Fortsetzung der Medikation bis zur Remission mit anschließendem Übergang in die Erhaltungstherapie empfohlen werden.	NVL 2022	74	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Bereits vor Beginn einer Antidepressiva-Medikation sollen die Patient*innen über die Möglichkeit von Absetzsymptomen und Rebound-Depressionen nach Beendigung einer solchen Medikation aufgeklärt werden.	NVL 2022	80	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja

Tabelle 50: V1.5.3 – K1 Medikamentöse Therapie – Grundsätze der medikamentösen Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Antidepressants should be first line in peri and post-menopausal depression. No individual agent has been shown to be superior. There is insufficient evidence to recommend oestrogen monotherapy.	RANZCP 2020	100	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Pharmacotherapy. (Table 4). Understand the dosing and potential side effects for at least two first-line antidepressants from different drug classes and two augmentation agents.	UMHS 2021	2	n. z.	E	nein	I	ja ^a
There is insufficient evidence to recommend for or against pharmacogenetic testing to help guide the selection of antidepressants.	VADoD 2022	24	ja	very low	nein	neither for nor against	nein
When choosing an initial pharmacotherapy, or for patients who have previously responded well to pharmacotherapy, we suggest offering one of the following (not rank ordered): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bupropion ▪ Mirtazapine ▪ A serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor ▪ Trazodone, vilazodone, or vortioxetine ▪ A selective serotonin reuptake inhibitor 	VADoD 2022	24	ja	very low	nein ^b	weak for/ weak against	nein
When choosing an initial pharmacotherapy, we suggest against using: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esketamine ▪ Ketamine ▪ Monoamine oxidase inhibitors ▪ Nefazodone ▪ Tricyclic antidepressants 	VADoD 2022	24	ja	very low	nein ^b	weak for/ weak against	nein

Tabelle 50: V1.5.3 – K1 Medikamentöse Therapie – Grundsätze der medikamentösen Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
CBR: consensus-based recommendation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 51: V1.5.3 – K2 Grundsätze Medikamentöse Therapie – Zu klärende Aspekte vor Beginn (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>When offering a person medication for the treatment of depression, discuss and agree a management plan with the person. Include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ the reasons for offering medication ▪ the choices of medication (if a number of different antidepressants are suitable) ▪ the dose, and how the dose may need to be adjusted ▪ the benefits, covering what improvements the person would like to see in their life and how the medication may help ▪ the harms, covering both the possible side effects and withdrawal effects, including any side effects they would particularly like to avoid (for example, weight gain, sedation, effects on sexual function) ▪ any concerns they have about taking or stopping the medication (also see the recommendations on stopping medication) <p>Make sure they have written information to take away and to review that is appropriate for their needs.</p>	NICE 2022	17	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 51: V1.5.3 – K2 Grundsätze Medikamentöse Therapie – Zu klärende Aspekte vor Beginn (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>When prescribing antidepressant medication, ensure people have information about:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ how they may be affected when they first start taking antidepressant medication, and what these effects might be ▪ how long it takes to see an effect (usually, if the antidepressant medication is going to work, within 4 weeks) ▪ when their first review will be; this will usually be within 2 weeks to check their symptoms are improving and for side effects, or after 1 week if a new prescription is for a person aged 18 to 25 years or if there is a particular concern for risk of suicide (see recommendations on antidepressant medication for people at risk of suicide) ▪ the importance of following instructions on how to take antidepressant medication (for example, time of day, interactions with other medicines and alcohol) ▪ why regular monitoring is needed, and how often they will need to attend for review ▪ how they can self-monitor their symptoms, and how this may help them feel involved in their own recovery ▪ that treatment might need to be taken for at least 6 months after the remission of symptoms, but should be reviewed regularly ▪ how some side effects may persist throughout treatment ▪ withdrawal symptoms and how these withdrawal effects can be minimised (see also the recommendations on stopping antidepressant medication). 	NICE 2022	17	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Vor Beginn einer medikamentösen Therapie sollen die in Tabelle 28, Tabelle 29 und Tabelle 30 für das jeweilige Medikament empfohlenen initialen Untersuchungen durchgeführt werden.	NVL 2022	71	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a

Tabelle 51: V1.5.3 – K2 Grundsätze Medikamentöse Therapie – Zu klärende Aspekte vor Beginn (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bereits vor Beginn einer Antidepressiva-Medikation sollen die Patient*innen über die Möglichkeit von Absetzsymptomen und Rebound-Depressionen nach Beendigung einer solchen Medikation aufgeklärt werden.	NVL 2022	80	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 52: V1.5.3 – K3 Medikamentöse Therapie – Weitere Wirkstoffe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9 (mehrseitige Tabelle))

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Complementary and Alternative Treatments¹⁸ For adults with depression for whom psychotherapy or pharmacotherapy is either ineffective or unacceptable the panel suggests the following options: [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> • St. John's Wort Monotherapy²⁰ <p>¹⁸ The panel urges caution when using over-the-counter agents to prevent unintended drug-drug interactions particularly given variable manufacturing practices.</p> <p>²⁰ The trials included patients with moderate to severe depression.</p>	APA 2019	11	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein

Tabelle 52: V1.5.3 – K3 Medikamentöse Therapie – Weitere Wirkstoffe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9 (mehrseitige Tabelle))

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
St John's wort flowers at doses of 600 mg to 1800 mg (3:1–7:1 extract depending on product) per day standardised to a dose of approximately 0.2–0.3% hypericin and/or 5–6% hyperforin (once to three times per day depending on extract) is Recommended for Monotherapy use in MDD (mild-to-moderate depression)	CANMAT 2022	16	ja	A	ja	+++	ja ^a
Saffron at a dose of approximately 30 mg of the stigma, or standardised to safranal or crocin isomers (once to three times per day depending on extract) is Provisionally Recommended for Monotherapy or Adjunctive use in MDD (mild to moderate depression)	CANMAT 2022	16	ja	A	ja	+ weak	nein
Curcumin extract at a dose of approximately 500 mg to 1000 mg per day (depending on extract) is Provisionally Recommended for Monotherapy or Adjunctive use in MDD (mild to moderate depression).	CANMAT 2022	16	ja	A	ja	+ weak	nein
Rhodiola root at a dose of approximately 340–680 mg (once to three times per day depending on extract) is Not Currently Recommended for Monotherapy or Adjunctive use in MDD.	CANMAT 2022	17	ja	A	ja	+/-	nein
Lavender at doses of 80 mg to 160 mg of essential oil per day (in the form of soft gels), or 500 mg to 1.5 g of dried flower (preferably in the form of standardised formulations), twice per day is Weakly Recommended for Monotherapy or Adjunctive use in MDD.	CANMAT 2022	17	ja	A	ja	++	nein
Intravenous (IV) ketamine is efficacious in single infusion studies.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 1	ja	n. a.	unklar
There is still limited evidence for efficacy for a course of 6 to 8 repeated infusions.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 3	unklar	n. a.	unklar
There is only Level 3 evidence for efficacy of oral ketamine and Level 4 evidence for intranasal and sublingual formulations of racemic ketamine. Non-IV formulations should only be used by specialists with ketamine-prescribing expertise and affiliations with tertiary or specialized centers.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar

Tabelle 52: V1.5.3 – K3 Medikamentöse Therapie – Weitere Wirkstoffe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9 (mehrsseitige Tabelle))

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
IV ketamine is considered a third-line recommendation for adults with TRD. Treatment resistance should exceed minimum criteria for TRD, for example, failed trials of 2 or more first-line antidepressants from different classes and 1 or more adjunctive agents.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
There is insufficient evidence to recommend IV ketamine for pediatric and geriatric populations.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 3	unklar	n. a.	unklar
Relative contraindications for ketamine include patients with psychotic symptoms, poorly controlled hypertension, unstable medical conditions (e.g., cardiovascular or respiratory disease), substance use/dependence, and pregnancy/breastfeeding.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 3	unklar	n. a.	unklar
Preinfusion assessment should include general physical examination and selected laboratory tests as indicated (e.g., electrocardiogram for patients with cardiovascular disease or risk factors and urine toxicology screen).	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 3	unklar	n. a.	unklar
Ketamine infusions should be given in a facility where cardiovascular and respiratory monitoring and rescue medications to manage behavioral or cardiovascular adverse events are available.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
The facility should have on-site personnel qualified for resuscitation using advanced cardiac life support in the event of a serious or sustained alteration of cardiovascular or respiratory function.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
Clinicians administering ketamine should have medical training and qualifications to be able to manage behavioral and cardiovascular adverse events. In most jurisdictions, the administering clinician will be a physician or nurse.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
Generally, an on-site anesthesiologist is not required when administering antidepressant doses of IV ketamine in low-risk patients. In nonhospital facilities, a member of the infusion team should be qualified for resuscitation and airway support.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar

Tabelle 52: V1.5.3 – K3 Medikamentöse Therapie – Weitere Wirkstoffe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9 (mehrseitige Tabelle))

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
The typical protocol for IV ketamine is a dose of 0.5 mg/kg infused over 40 minutes, given as a single infusion, or as a course of repeated infusions administered 2 to 3 times per week for a total of 4 to 8 infusions.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 3	unklar	n. a.	unklar
Common adverse events associated with ketamine infusions, including dissociative symptoms, increase in heart rate and blood pressure, drowsiness, blurred vision, headache, restlessness, and nausea, are usually mild and transient.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 3	unklar	n. a.	unklar
Concurrent use of benzodiazepines and other anticonvulsant and sedative medications should be avoided if possible because these medications may interfere with ketamine response or worsen sedative effects.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
Concurrent use of antidepressants appears to be safe and well tolerated, although special caution is indicated with monoamine oxidase inhibitors. A previously untried antidepressant or adjunctive medication should be started concurrently with a course of ketamine infusions or shortly after.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
The need for maintenance ketamine should be assessed on a case-by-case basis and reserved only for individuals who have exhausted other treatment options.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
Patients with baseline blood pressure greater than 140/90 should not proceed with treatment. The infusion should be paused with blood pressure rise over 160/100 during treatment and may resume once blood pressure returns below this threshold, with or without antihypertensive treatment.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
It is recommended to monitor adverse effects systematically, including the gastrointestinal and dermatological conditions, and obtaining a comprehensive metabolic panel in patients receiving higher doses of n-3 PUFAs; if clinicians are not familiar with high-quality n-3 PUFAs in the market, they should consider prescription n-3 fatty acid products (RxOM3FAs).	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
Sodium valproate should be avoided in women of childbearing age.	RANZCP 2020	98	n. z.	II	ja	EBR	unklar

Tabelle 52: V1.5.3 – K3 Medikamentöse Therapie – Weitere Wirkstoffe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9 (mehrsseitige Tabelle))

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For patients desiring complementary or alternative treatments, consider St. John's Wort for mild to moderate symptoms.	UMHS 2021	2	n. z.	A	ja	II	nein
For patients with mild MDD who are not pregnant or breastfeeding and who prefer herbal treatments to first-line psychotherapy or pharmacotherapy, we suggest standardized extract of St. John's wort as monotherapy.	VADoD 2022	26	ja	moderate	nein	weak for/weak against	nein
Given the limited information on the safety and efficacy of psilocybin, MDMA, cannabis, and other unapproved pharmacologic treatments, we recommend against using these agents for MDD outside of a research setting.	VADoD 2022	26	ja	very low	nein	strong for / strong against	ja ^a
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EBR: evidence-based recommendation; GoR: Grade of Recommendation; IV: intravenous; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive disorder; MDMA: 3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; n-3 PUFA: n-3 Polyunsaturated fatty acids; TRD: treatment-resistant depression</p>							

Tabelle 53: V1.5.3 – K4 Medikamentöse Therapie – Beendigung der medikamentösen Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Use of racemic ketamine in adults with treatment-resistant depression safety monitoring Clinicians should assess suitability for discharge by ensuring that both physiological measures and mental state return to baseline.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein ^b	n. a.	unklar
Use of racemic ketamine in adults with treatment-resistant depression safety monitoring After discharge, patients should be accompanied for the drive home and cautioned about not driving until the next day after a restful night's sleep.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein ^b	n. a.	unklar
Advise people taking antidepressant medication to talk with the person who prescribed their medication (for example, their primary healthcare or mental health professional) if they want to stop taking it. Explain that it is usually necessary to reduce the dose in stages over time (called 'tapering') but that most people stop antidepressants successfully.	NICE 2022	18	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
When stopping a person's antidepressant medication: <ul style="list-style-type: none"> ▪ take into account the pharmacokinetic profile (for example, the half-life of the medication as antidepressants with a short half-life will need to be tapered more slowly) and the duration of treatment ▪ slowly reduce the dose to zero in a step-wise fashion, at each step prescribing a proportion of the previous dose (for example, 50% of previous dose) 	NICE 2022	19	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<ul style="list-style-type: none"> ▪ consider using smaller reductions (for example, 25%) as the dose becomes lower ▪ if, once very small doses have been reached, slow tapering cannot be achieved using tablets or capsules, consider using liquid preparations if available 	NICE 2022	19	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein

Tabelle 53: V1.5.3 – K4 Medikamentöse Therapie – Beendigung der medikamentösen Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Am Ende einer Erhaltungstherapie oder einer Rezidivprophylaxe sollte das Antidepressivum über einen Zeitraum von mindestens 8–12 Wochen ausgeschlichen werden, wenn keine anderen Gründe dagegen sprechen.	NVL 2022	79	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Ist geplant, ein Antidepressivum aufgrund von gefährlichen oder stark belastenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen abzusetzen, soll dies rasch oder abrupt erfolgen.	NVL 2022	79	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Nach Augmentations- oder Kombinationsbehandlung sollen die antidepressiven Medikamente nicht gleichzeitig, sondern nacheinander ausgeschlichen werden.	NVL 2022	79	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
The dose of AD should be tapered down with the dose lowered generally in at least weekly steps	RANZCP 2020	69	n. z.	IV	nein ^b	EBR	unklar
▪ Initially, titrate down to the recommended minimum effective dose of the antidepressant	RANZCP 2020	69	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
▪ Once minimum effective dose is achieved, reduce the dose by no more than 50% weekly	RANZCP 2020	69	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
AD: Antidepressant; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MAOI: Monoaminoxidase-Inhibitoren; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren; TCA: tricyclic antidepressants							

Tabelle 54: V1.5.3 – K5 Medikamentöse Therapie – Absetzsymptome bei Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Advise people taking antidepressant medication that if they stop taking it abruptly, miss doses or do not take a full dose, they may have withdrawal symptoms. Also advise them that withdrawal symptoms do not affect everyone, and can vary in type and severity between individuals. Symptoms may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ unsteadiness, vertigo or dizziness ▪ altered sensations (for example, electric shock sensations ▪ altered feelings (for example, irritability, anxiety, low mood tearfulness, panic attacks, irrational fears, confusion, or very rarely suicidal thoughts) ▪ restlessness or agitation ▪ problems sleeping ▪ sweating ▪ abdominal symptoms (for example, nausea) ▪ palpitations, tiredness, headaches, and aches in joints and muscles. 	NICE 2022	18	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>Explain to people taking antidepressant medication that:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ withdrawal symptoms can be mild, may appear within a few days of reducing or stopping antidepressant medication, and usually go away within 1 to 2 weeks ▪ withdrawal can sometimes be more difficult, with symptoms lasting longer (in some cases several weeks, and occasionally several months) ▪ withdrawal symptoms can sometimes be severe, particularly if the antidepressant medication is stopped suddenly 	NICE 2022	19	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja

Tabelle 54: V1.5.3 – K5 Medikamentöse Therapie – Absetzsymptome bei Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Recognise that people may have fears and concerns about stopping their antidepressant medication (for example, the withdrawal effects they may experience, or that their depression will return) and may need support to withdraw successfully, particularly if previous attempts have led to withdrawal symptoms or have not been successful. This could include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ details of online or written resources that may be helpful ▪ increased support from a clinician or therapist (for example, regular check-in phone calls, seeing them more frequently, providing advice about sleep hygiene). 	NICE 2022	19	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ensure the speed and duration of withdrawal is led by and agreed with the person taking the prescribed medication, ensuring that any withdrawal symptoms have resolved or are tolerable before making the next dose reduction ▪ take into account the broader clinical context such as the potential benefit of more rapid withdrawal if there are serious or intolerable side effects (for example, hyponatraemia or upper gastrointestinal tract bleeding) ▪ take into account that more rapid withdrawal may be appropriate when switching antidepressants ▪ recognise that withdrawal may take weeks or months to complete successfully 	NICE 2022	20	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Monitor and review people taking antidepressant medication while their dose is being reduced, both for withdrawal symptoms and the return of symptoms of depression. Base the frequency of monitoring on the person's clinical and support needs.	NICE 2022	20	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 54: V1.5.3 – K5 Medikamentöse Therapie – Absetzsymptome bei Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>When reducing a person's dose of antidepressant medication, be aware that:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ withdrawal symptoms can be experienced with a wide range of antidepressant medication (including tricyclic antidepressants [TCAs], selective serotonin reuptake inhibitors [SSRIs], serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors [SNRIs], and monoamine oxidase inhibitors [MAOIs]) ▪ some commonly used antidepressants such as paroxetine and venlafaxine, are more likely to be associated with withdrawal symptoms, so particular care is needed with them ▪ fluoxetine's prolonged duration of action means that it can sometimes be safely stopped in the following way: <ul style="list-style-type: none"> ▫ in people taking 20 mg fluoxetine a day, a period of alternate day dosing can provide a suitable dose reduction ▫ in people taking higher doses (40 mg to 60 mg fluoxetine a day), use a gradual withdrawal schedule. ▫ allow 1 to 2 weeks to evaluate the effects of dose reduction before considering further dose reductions 	NICE 2022	20	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>If a person has withdrawal symptoms when they stop taking antidepressant medication or reduce their dose, reassure them that they are not having a relapse of their depression. Explain that:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ these symptoms are common ▪ relapse does not usually happen as soon as you stop taking an antidepressant medication or lower the dose ▪ even if they start taking an antidepressant medication again or increase their dose, the withdrawal symptoms may take a few days to disappear. 	NICE 2022	21	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 54: V1.5.3 – K5 Medikamentöse Therapie – Absetzsymptome bei Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
If a person has mild withdrawal symptoms when they stop taking antidepressant medication: <ul style="list-style-type: none"> ▪ monitor their symptoms ▪ reassure them that such symptoms are common and usually time-limited ▪ advise them to contact the person who prescribed their medication (for example, their primary healthcare or mental health professional) if the symptoms do not improve, or if they get worse 	NICE 2022	21	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
If a person has more severe withdrawal symptoms, consider restarting the original antidepressant medication at the previous dose, and then attempt dose reduction at a slower rate with smaller decrements after symptoms have resolved.	NICE 2022	21	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Ist geplant, ein Antidepressivum bei remittierten Patient*innen am Ende des Erhaltungstherapiezeitraums oder zur Beendigung einer Rezidivprophylaxe abzusetzen, soll dies zur Vermeidung einer Rebound-Depression und von Absetzsymptomen schrittweise erfolgen.	NVL 2022	79	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Wenn während des schrittweisen Absetzens eines Antidepressivums Absetzsymptome (siehe Tabelle 31) auftreten, soll wieder auf die vorherige Dosierung erhöht und anschließend langsamer und wenn möglich mit kleineren Dosierungsschritten ausgeschlichen werden.	NVL 2022	79	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Wenn sich das schrittweise Absetzen eines Antidepressivums aufgrund von Absetzsymptomen als schwierig oder nicht möglich erweist, kann erwogen werden, innerhalb der Antidepressiva-Gruppe zunächst auf ein in Tropfenform verfügbares Antidepressivum umzustellen und dieses dann besonders langsam und tropfenweise auszuschleichen. Bei SSRI kann alternativ erwogen werden, zunächst auf Fluoxetin umzustellen.	NVL 2022	79	n. z.	n. a.	unklar	kann ↔	nein

Tabelle 54: V1.5.3 – K5 Medikamentöse Therapie – Absetzsymptome bei Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Während des schrittweisen Absetzens eines Antidepressivums sollen die Patient*innen engmaschig auf Absetzsymptome und eine Verschlechterung/Neuaufreten eines depressiven Syndroms untersucht werden. Absetzsymptome (siehe Tabelle 31) sollen aktiv erfragt werden. Ein Kontakt sollte circa 1 Woche nach jeder Dosisreduktion, mindestens aber alle 2 Wochen erfolgen.	NVL 2022	79	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Inform patients when starting on an antidepressant that they may experience discontinuation and withdrawal symptoms and should not stop antidepressants abruptly and should discuss stopping their antidepressant with their treating physician.	RANZCP 2020	69	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
For patients with one or more risk factors for withdrawal and discontinuation symptoms (treatment at higher than usual dose, long-term period on antidepressant, previous discontinuation and withdrawal symptoms or symptoms emerging with missed dose(s)), a slower taper is recommended	RANZCP 2020	69	n. z.	IV	nein ^b	EBR	unklar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initially, drop to the recommended minimum effective dose of the antidepressant 	RANZCP 2020	69	n. z.	IV	nein ^b	CBR	unklar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduce the dose by small decrements (dependent on how the tablets can be cut up) every 2 weeks 	RANZCP 2020	69	n. z.	III	nein	EBR	unklar
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MAOI: Monoaminoxidase-Inhibitoren; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; SSRI: Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer; TCA: tricyclic antidepressants</p>							

A3.5.3.5 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen (V1.5.4)

Tabelle 55: V1.5.4 – K1 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen.....	186
Tabelle 56: V1.5.4 – K2 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Nahrungsergänzungsmittel.....	189
Tabelle 57: V1.5.4 – K3 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Psychiatrische häusliche Krankenpflege	192
Tabelle 58: V1.5.4 – K4 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Gesunde Lebensweise.....	192

Tabelle 55: V1.5.4 – K1 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen (Zuordnung Versorgungsaspekt, Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>If neither is acceptable or available, the panel suggests consideration of</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bright light therapy²¹ ▪ [...] ▪ If considering adjunctive treatments, the panel suggests adding acupuncture to antidepressant medication.²³ ▪ ²¹ Included patients aged 60 years and older with a diagnosis of MDD. ▪ ²² Based on a trial with female patients between 18 to 40 years of age. ▪ ²³ Trials included patients with a diagnosis of MDD or poststroke depression and were between 33 to 60 years of age. <p>²¹ Included patients aged 60 years and older with a diagnosis of MDD. ²² Based on a trial with female patients between 18 to 40 years of age. ²³ Trials included patients with a diagnosis of MDD or poststroke depression and were between 33 to 60 years of age.</p>	APA 2019	11	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
<p>There is insufficient evidence to recommend</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ [...] ▪ Acupuncture Monotherapy ▪ Combination of second-generation antidepressant and acupuncture 	APA 2019	11	n. z.	insufficient	nein ^b	n. a.	unklar

Tabelle 55: V1.5.4 – K1 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen (Zuordnung Versorgungsaspekt, Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei Depressionen ohne saisonales Muster kann ein Therapieversuch mit Lichttherapie angeboten werden.	NVL 2022	161	n. z.	n. a.	unklar	kann ↔	nein
Bei Patient*innen mit unipolaren Depressionen sollten die Vor- und Nachteile einer Wachtherapie gemeinsam abgewogen und Unterstützung bei der Umsetzung angeboten werden.	NVL 2022	162	ja	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Vor der Entscheidung über das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgrund depressiver Störungen sollen mögliche Vor- und Nachteile mit den Patient*innen erörtert werden.	NVL 2022	167	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Bei Ausstellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgrund depressiver Störungen sollen den Patient*innen immer auch angemessene therapeutische Interventionen angeboten werden.	NVL 2022	167	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Die wiederholte Verlängerung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung soll mit dem Angebot einer intensivierten Behandlung (siehe Kapitel 7 Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz und Kapitel 13 Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe) verbunden sein.	NVL 2022	167	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Bei längerer Arbeitsunfähigkeit, erheblich gefährdeter Erwerbsfähigkeit und drohender oder bestehender Erwerbsminderung oder bei Beeinträchtigungen der Teilhabe an Bildung sollen die Behandelnden frühzeitig eine Beratung bezüglich Teilhabeleistungen an Arbeit (berufliche Rehabilitation) bzw. Bildung empfehlen und die Patient*innen an regionale Beratungseinrichtungen weiterleiten.	NVL 2022	198	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Besteht Bedarf an Teilhabeleistungen am Arbeitsleben (beruflicher Rehabilitation) bzw. Bildung, sollen die Beratenden den Betroffenen Unterstützung bei der Antragstellung anbieten und/oder sie an zuständige Kostenträger vermitteln.	NVL 2022	198	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a

Tabelle 55: V1.5.4 – K1 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen (Zuordnung Versorgungsaspekt, Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For patients with mild to moderate MDD with or without a seasonal pattern (formerly seasonal affective disorder), we suggest offering light therapy.	VADoD 2022	25	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein
For patients with MDD, we suggest CBT-based bibliotherapy as an adjunct to pharmacotherapy or psychotherapy, or as an alternative when patients are unwilling or unable to engage in other treatments.	VADoD 2022	26	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein
For patients with MDD, there is insufficient evidence to recommend for or against acupuncture as an adjunct.	VADoD 2022	26	ja	low	nein	neither for nor against	nein
For patients with MDD, there is insufficient evidence to recommend for or against the addition of biofeedback.	VADoD 2022	26	ja	very low	nein	neither for nor against	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>CBT: cognitive behavioural therapy; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen</p>							

Tabelle 56: V1.5.4 – K2 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Nahrungsergänzungsmittel (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
There is insufficient evidence to recommend ▪ [...] <ul style="list-style-type: none"> ▪ Combination of second-generation antidepressant and Omega-3 Fatty Acids 	APA 2019	11	n. z.	Insufficient	nein ^b	n. a.	unklar
There is insufficient evidence to recommend ▪ [...] <ul style="list-style-type: none"> ▪ Omega-3 Fatty Acids Monotherapy 	APA 2019	11	n. z.	Insufficient	nein ^b	n. a.	unklar
There is insufficient evidence to recommend ▪ [...] <ul style="list-style-type: none"> ▪ S-Adenosyl Methionine Monotherapy 	APA 2019	11	n. z.	Insufficient	nein ^b	n. a.	unklar
Omega-3 fatty acids at doses standardised to 1 g to 2 g of eicosapentaenoic acid (EPA) are Recommended for Adjunctive use in MDD.	CANMAT 2022	7	n. z.	A	ja	+++	ja ^a
and Not Currently Recommended for Monotherapy use [although it may be still effective as a monotherapy in people with raised inflammation and/or obesity]	CANMAT 2022	7	n. z.	A	ja	+/-	nein
Vitamin D at doses of between 1500 IU and 4000 IU per day are Weakly Recommended for Adjunctive or Monotherapy use in MDD.	CANMAT 2022	13	ja	A	ja	++	nein
Probiotic strains (e.g. Lactobacillus and Bifidobacterium spp.) at doses of 1–10 billion units per day are Provisionally Recommended for Adjunctive use	CANMAT 2022	13	n. z.	A	ja	+ weak	nein
and Weakly Recommended for Monotherapy use in MDD	CANMAT 2022	13	n. z.	A	ja	++	nein
Zinc at doses of ~25 mg per day is Provisionally Recommended for Adjunctive use in MDD	CANMAT 2022	14	ja	A	ja	+ weak	nein
Methylfolate (15 mg) per day is Provisionally Recommended for Adjunctive use in MDD.	CANMAT 2022	14	ja	A	ja	+ weak	Nein
Folic acid is however Not Recommended.	CANMAT 2022	14	n. z.	A	ja	-	ja ^a

Tabelle 56: V1.5.4 – K2 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Nahrungsergänzungsmittel (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
SAMe at doses of 800 mg per day is Not Currently Recommended for Monotherapy use in MDD. SAMe at 1600 mg–3200 mg is Weakly Recommended for Adjunctive use in MDD.	CANMAT 2022	14	n. z.	A	ja	+/-	nein
S-Adenosyl Methionine (SAMe) Weakly Recommended for Adjunctive use in MDD	CANMAT 2022	14	n. z.	A	ja	++	nein
Vitamin C at doses of ~1 g per day is Not Currently Recommended for Adjunctive or Monotherapy use in MDD	CANMAT 2022	14	ja	A	ja	+/-	nein
Tryptophan at doses of up to 1 g per day (or 5-HTP at 50 mg–200 mg per day) is Not Currently Recommended for Adjunctive or Monotherapy use in MDD.	CANMAT 2022	15	ja	A	ja	+/-	nein
Creatine at a dose of 5 g per day is Not Currently Recommended for Adjunctive or Monotherapy use in MDD.	CANMAT 2022	15	ja	A	ja	+/-	nein
Inositol at doses up to 12 g per day is Not Recommended for Adjunctive or Monotherapy use in MDD.	CANMAT 2022	15	ja	A	ja	-	ja ^a
Magnesium at doses of 100 mg to 400 mg elemental per day is Not Recommended for Adjunctive or Monotherapy use in MDD.	CANMAT 2022	15	ja	A	ja	-	Ja ^a
Clinicians who use n-3 PUFA treatments in major depressive disorder (MDD) should do so only after applying a clinical interview to confirm the diagnosis and assess mental status and relevant physical conditions, including fish hypersensitivities	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
n-3 PUFAs are better used as an adjunctive treatment than monotherapy for adult MDD	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
n-3 PUFAs can be efficacious and safe, both for acceleration and augmentation – Acceleration = adding n-3 at the beginning of treatment concurrently with another antidepressant – Augmentation = adding n-3 when a prior antidepressant's effect is inadequate	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar

Tabelle 56: V1.5.4 – K2 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Nahrungsergänzungsmittel (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Both pure EPA and EPA/DHA (ratio >2:1) combinations are effective as a potential treatment of MDD	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
n-3 PUFAs are considered effective as an adjunctive treatment for acute major depressive episodes, but more evidence is needed for recurrent major depressive episodes	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
The recommended therapeutic dosages should aim for 1–2 g/day of total EPA from pure EPA or 1–2 g/day EPA from an EPA/DHA (>2:1) combination	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
The dose is recommended to be increased in 2 weeks for nonor partial responders, and titrated up to the maximum dose in 4–6 weeks if tolerable	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
n-3 PUFAs could be prescribed for MDD patients who are overweight (BMI >25) and/or have elevated levels of inflammatory markers; they may also have a role in women with perinatal MDD, and elderly and children and adolescents with MDD.	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
Wenn kein Mangel an Mikronährstoffen vorliegt, sollen Patient*innen mit depressiven Störungen Nahrungsergänzungsmittel nicht empfohlen werden.	NVL 2022	170	n. z.	n. a.	unklar	soll nicht ↓↓	ja ^a
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>BMI: Body-Mass-Index; DHA: Docosahexaensäure; EPA: Eicosapentaensäure; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; n-3-PUFA: Omega-3 Polyunsaturated fatty acids; SAME: S-Adenosyl Methionine</p>							

Tabelle 57: V1.5.4 – K3 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Psychiatrische häusliche Krankenpflege (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Psychiatrische häusliche Krankenpflege soll angeboten werden, wenn aufgrund von Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivität oder der Teilhabe eine selbstständige Versorgung im häuslichen Umfeld nicht gewährleistet ist und/oder damit voraussichtlich stationäre Aufenthalte vermieden bzw. verkürzt werden können.	NVL 2022	166	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben							

Tabelle 58: V1.5.4 – K4 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Gesunde Lebensweise (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Exercise can be a modestly beneficial adjunctive treatment option for depressive and anxiety disorders, especially treatment-resistant depression, unipolar depression, and posttraumatic stress disorder.	AAFP 2019 disorders	621	ja	n. a.	unklar	B	nein
Yoga is a therapeutic option for depression and has positive effects in people with anxiety disorders, particularly panic disorder.	AAFP 2019 disorders	621	ja	n. a.	unklar	B	nein
Tai chi and qi gong have inconsistent effectiveness as complementary treatments for depression and anxiety.	AAFP 2019 disorders	621	ja	n. a.	unklar	B	nein
Mindfulness-based interventions are effective as adjunctive treatment for depression, with positive effects persisting through follow-up. Their effects on anxiety disorders also seem to be positive.	AAFP 2019 disorders	621	ja	n. a.	unklar	B	nein

Tabelle 58: V1.5.4 – K4 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Gesunde Lebensweise (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
There is insufficient evidence to recommend • Tai Chi [...]	APA 2019	11	n. z.	insufficient	nein ^b	n. a.	unklar
There is insufficient evidence to recommend [...] • Combination of second-generation antidepressant and exercise	APA 2019	11	n. z.	insufficient	nein ^b	n. a.	unklar
Complementary and Alternative Treatments ¹⁸ For adults with depression for whom psychotherapy or pharmacotherapy is either ineffective or unacceptable the panel suggests the following options: • Exercise Monotherapy ¹⁹ ¹⁸ The panel urges caution when using over-the-counter agents to prevent unintended drug-drug interactions particularly given variable manufacturing practices. ¹⁹ Patients in these trials had moderate to severe depression, according to the HAM-D Scale (Babyak et al., 2000; Blumenthal et al., 1999, 2007; Hoffman et al., 2008). The panel gave a conditional recommendation because it had only efficacy data and not comparative effectiveness data.	APA 2019	11	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
If neither is acceptable or available, the panel suggests consideration of [...] • Yoga ²² ²² Based on a trial with female patients between 18 to 40 years of age.	APA 2019	11	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
Physical activity should be used as a treatment for mild-moderate depression to improve symptoms and physical fitness.	EPA 2018	140	n. z.	n. a.	unklar	A	ja ^a
Physical activity should be used to improve physical health in people with SMI.	EPA 2018	141	nein	n. a.	unklar	C	nein

Tabelle 58: V1.5.4 – K4 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Gesunde Lebensweise (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
People with SMI should be screened for PA habits in primary and secondary care.	EPA 2018	141	ja	n. a.	unklar	D	nein
Advise people that doing any form of physical activity on a regular basis (for example, walking, jogging, swimming, dance, gardening) could help enhance their sense of wellbeing. The benefits can be greater if this activity is outdoors.	NICE 2022	27	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Advise people that maintaining a healthy lifestyle (for example, eating a healthy diet, not over-using alcohol, getting enough sleep) may help improve their sense of wellbeing. See the also the NHS advice on mental wellbeing.	NICE 2022	27	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Patient*innen mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollen zu sportlichen Aktivitäten motiviert werden, idealerweise innerhalb einer Gruppe.	NVL 2022	164	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Patient*innen mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollen zur Teilnahme an einem strukturierten und supervidierten körperlichen Training motiviert und bei der Umsetzung unterstützt werden.	NVL 2022	164	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Patient*innen mit depressiven Störungen sollen dazu ermuntert werden, sich ausgewogen und gesund zu ernähren.	NVL 2022	170	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Lifestyle factors should be monitored, with ongoing education and encouragement especially important in this vulnerable group.	RANZCP 2020	96	n. z.	II	ja	EBR	unklar
Provide patient education and recommend exercise for all.	UMHS 2021	2	n. z.	A	ja	I	ja ^a
For patients with MDD, there is insufficient evidence for or against the use of meditation as an adjunct.	VADoD 2022	26	ja	very low	nein	neither for nor against	nein

Tabelle 58: V1.5.4 – K4 Weitere Verfahren / unterstützende Maßnahmen – Gesunde Lebensweise (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For patients with MDD, we suggest exercise (e.g., yoga, tai chi, qi gong, resistance, aerobics) as an adjunct.	VADoD 2022	26	ja	very low	nein	weak for/ weak against	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive Disorder; n. a.: nicht angegeben; NHS: National Health Service; n. z.: nicht zuzuordnen; PA: physical activity; SMI: serious mental illness</p>							

A3.5.3.6 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität (V1.5.5)

Tabelle 59: V1.5.5 – K1 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Allgemeine Aspekte	197
Tabelle 60: V1.5.5 – K2 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Einschätzung des Suizidrisikos.....	198
Tabelle 61: V1.5.5 – K3 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Vorgehen bei akuter Suizidalität	198
Tabelle 62: V1.5.5 – K4 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität	199
Tabelle 63: V1.5.5 – K5 Krisenmanagement / Vorgehen bei Suizidalität – Aufsuchende Behandlungsformen.....	201

Tabelle 59: V1.5.5 – K1 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 11)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
If a person with depression is assessed to be at risk of suicide: <ul style="list-style-type: none"> ▪ do not withhold treatment for depression on the basis of their suicide risk ▪ take into account toxicity in overdose if an antidepressant is prescribed, or the person is taking other medication, and if necessary limit the amount of medicine available 	NICE 2022	12	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<ul style="list-style-type: none"> ▪ consider increasing the level of support provided, such as more frequent in-person, video call or telephone contact ▪ consider referral to specialist mental health services. ▪ For further advice on risk assessment, see the NICE guideline on self-harm. For further advice on medication, see the recommendations on antidepressant medication for people at risk of suicide 	NICE 2022	12	nein	n. z.	unklar	consider	nein
Eine ärztliche oder psychotherapeutische Nachuntersuchung und Folgebehandlung von Patient*innen, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen wurden, soll kurzfristig, maximal eine Woche nach Entlassung, organisiert und durchgeführt werden.	NVL 2022	188	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Patient*innen, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahrnehmen, sollen unmittelbar kontaktiert werden.	NVL 2022	188	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 60: V1.5.5 – K2 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Einschätzung des Suizidrisikos (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 11)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei Vorliegen von Suizidalität sollen deren graduelle Ausprägung (Tabelle 41) erfasst, der aktuelle Handlungsdruck und die Distanzierung von suizidalem Verhalten (Tabelle 42 [der Leitlinie]) sowie die allgemeine Absprachefähigkeit eingeschätzt werden.	NVL 2022	175	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben							

Tabelle 61: V1.5.5 – K3 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Vorgehen bei akuter Suizidalität (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 11)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei akuter Suizidalität soll den Patient*innen eine Krisenintervention oder Psychotherapie angeboten werden.	NVL 2022	179	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Suizidgefährdeten Patient*innen mit einer depressiven Episode sollte eine Psychotherapie angeboten werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert.	NVL 2022	179	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Die Leitliniengruppe empfiehlt, die notwendigen Versorgungsstrukturen zu schaffen, um Angebote der ambulanten Krisenintervention flächendeckend zu implementieren.	NVL 2022	179	ergänzende Aussage ohne methodische Erläuterung				
Bei akuter Suizidgefahr soll gemeinsam mit den Patient*innen ein Notfallplan erstellt werden.	NVL 2022	181	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 62: V1.5.5 – K4 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 11) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>When prescribing antidepressant medication for people with depression who are aged 18 to 25 years or are thought to be at increased risk of suicide:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assess their mental state and mood before starting the prescription, ideally in person (or by video call or by telephone call if in-person assessment is not possible, or not preferred) ▪ be aware of the possible increased prevalence of suicidal thoughts, self-harm and suicide in the early stages of antidepressant treatment, and ensure that a risk management strategy is in place (see the section on risk assessment and management) ▪ review them 1 week after starting the antidepressant medication or increasing the dose for suicidality (ideally in person, or by video call, or by telephone if these options are not possible or not preferred) ▪ review them again after this as often as needed, but no later than 4 weeks after the appointment at which the antidepressant was started ▪ base the frequency and method of ongoing review on their circumstances (for example, the availability of support, unstable housing, new life events such as bereavement, break-up of a relationship, loss of employment), and any changes in suicidal ideation or assessed risk of suicide 	NICE 2022	22	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Take into account toxicity in overdose when prescribing an antidepressant medication for people at significant risk of suicide. Do not routinely start treatment with TCAs, except lofepramine, as they are associated with the greatest risk in overdose.	NICE 2022	22	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Antidepressiva können bei suizidalen depressiven Patient*innen zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung eingesetzt werden.	NVL 2022	183	n. z.	n. a.	unklar	kann ↔	nein

Tabelle 62: V1.5.5 – K4 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität – Medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 11) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei suizidalen Patient*innen soll die Auswahl von Antidepressiva hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Pharmaka mit Letalität in hoher Dosis, Agitationssteigerung in der Frühphase) abgewogen werden.	NVL 2022	183	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität sollen Antidepressiva nicht eingesetzt werden.	NVL 2022	183	n. z.	n. a.	unklar	soll nicht ↓↓	ja
Wenn die Indikation für eine Rezidivprophylaxe besteht, sollte bei suizidgefährdeten Patient*innen zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium angeboten werden.	NVL 2022	184	ja	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Benzodiazepine sollen bei akuter Suizidalität und stark belastenden Schlafstörungen oder starker Unruhe unter der Voraussetzung einer engmaschigen Überwachung sowie unter Beachtung der Kontraindikationen für eine Dauer von zwei (maximal vier) Wochen angeboten werden.	NVL 2022	185	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Im Notfall, insbesondere bei akuter Suizidalität, kann im (teil-)stationären Setting zusätzlich zu einem Antidepressivum Esketamin in intranasaler Applikation angeboten werden.	NVL 2022	185	ja	n. a.	unklar	kann ↔	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; TCA: tricyclic antidepressants							

Tabelle 63: V1.5.5 – K5 Krisenmanagement / Vorgehen bei Suizidalität – Aufsuchende Behandlungsformen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 11)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Consider crisis resolution and home treatment (CRHT) for people with more severe depression who are at significant risk of: <ul style="list-style-type: none"> ▪ suicide, in particular for those who live alone ▪ self-harm ▪ harm to others ▪ self-neglect ▪ complications in response to their treatment, for example older people with medical comorbidities. 	NICE 2022	76	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Ensure teams providing CRHT interventions to support people with depression: <ul style="list-style-type: none"> ▪ monitor and manage risk as a high-priority routine activity ▪ establish and implement a treatment programme ▪ ensure continuity of any treatment programme while the person is in contact with the CRHT team, and on discharge or transfer to other services when this is needed ▪ put a crisis management plan in place before the person is discharged from the team's care. 	NICE 2022	76	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CRHT: crisis resolution and home treatment; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.3.7 Maßnahmen bei Komorbiditäten (V1.5.6)

Tabelle 64: V1.5.6 – K1 Maßnahmen bei Komorbidität – Kognitive Einschränkungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 12)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For people with depression who also have dementia, see the section on depression and anxiety in the NICE guideline on dementia For people living with mild to moderate dementia who have mild to moderate depression and/or anxiety, consider psychological treatments.	NICE 2022	12	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
For people with depression who also have dementia, see the section on depression and anxiety in the NICE guideline on dementia Do not routinely offer antidepressants to manage mild to moderate depression in people living with mild to moderate dementia, unless they are indicated for a pre-existing severe mental health problem.	NICE 2022	12	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
When providing interventions for people with an acquired cognitive impairment who have a diagnosis of depression: <ul style="list-style-type: none"> ▪ if possible, provide the same interventions as for other people with depression ▪ if needed, adjust the method of delivery or length of the intervention to take account of the person's ability to communicate, disability or impairment. ▪ For people with depression who also have dementia, see the section on depression and anxiety in the NICE guideline on dementia. 	NICE 2022	12	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.3.7.1 Psychische Komorbiditäten (V1.5.6.1)

Tabelle 65: V1.5.6.1 – K1 Psychische Komorbiditäten – Angst- und Zwangserkrankungen203

Tabelle 66: V1.5.6.1 – K2 Psychische Komorbiditäten – Persönlichkeitsstörungen204

Tabelle 65: V1.5.6.1 – K1 Psychische Komorbiditäten – Angst- und Zwangserkrankungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 13)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When depression is accompanied by symptoms of anxiety, which is particularly common in older people, the first priority should usually be to treat the depression.	NICE 2022	12	nein	n. a.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
When the person has an anxiety disorder and comorbid depression or depressive symptoms, consult NICE guidance for the relevant anxiety disorder if available and consider treating the anxiety disorder first.	NICE 2022	12	nein	n. z.	unklar	consider	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 66: V1.5.6.1 – K2 Psychische Komorbiditäten – Persönlichkeitsstörungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 13)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Do not withhold treatment for depression because of a coexisting personality disorder. See the visual summary on treatment of depression with personality disorder.	NICE 2022	66	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
For people with depression and a diagnosis of personality disorder consider a combination of antidepressant medication and a psychological treatment (for example, BA, CBT, IPT or STPP).	NICE 2022	66	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
To help people choose between these psychological treatments, see the information on them provided in table 1 and table 2	NICE 2022	66	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
When delivering antidepressant medication in combination with psychological treatment for people with depression and a diagnosis of personality disorder: <ul style="list-style-type: none"> ▪ give the person support and encourage them to carry on with the treatment ▪ provide the treatment in a structured, multidisciplinary setting ▪ use a validated measure of prospective mood monitoring or a symptom checklist or chart to assess response, or any exacerbation of emotional instability ▪ extend the duration of treatment if needed, up to a year. 	NICE 2022	66	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>BA: individual behavioural activation; CBT: cognitive behavioural therapy; GoR: Grade of Recommendation; IPT: interpersonelle Psychotherapie; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; STPP: short-term psychodynamic psychotherapy</p>							

A3.5.3.7.2 Somatische Komorbiditäten (V1.5.6.2)

Tabelle 67: V1.5.6.2 – K1 Somatische Komorbiditäten (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 14)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
The AAFP strongly recommends that clinicians prescribe antidepressant medication, preferably SSRIs or SNRIs, and/ or cognitive behavior therapy (CBT) to improve symptoms of depression in patients who have a history of ACS and have been diagnosed with depression.	AAFP 2019	786D	ja	moderate quality	nein	strong	ja ^a
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>AAFP: American Academy of Family Physicians; ACS: acute coronary syndrome; CBT: cognitive behavioural therapy; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; SNRI: selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren</p>							

A3.5.4 Verlaufskontrolle (V1.6)

Tabelle 68: V1.6 – K1 Verlaufskontrolle – Allgemeine Aspekte	206
Tabelle 69: V1.6 – K2 Verlaufskontrolle –Einstufung therapieresistenter Depression.....	208
Tabelle 70: V1.6 – K3 Verlaufskontrolle – Rezidivprophylaxe allgemein	211
Tabelle 71: V1.6 – K4 Verlaufskontrolle – Nichtansprechen allgemein	213

Tabelle 68: V1.6 – K1 Verlaufskontrolle – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For all people with depression having treatment: <ul style="list-style-type: none"> ▪ review how well the treatment is working with the person between 2 and 4 weeks after starting treatment ▪ monitor and evaluate treatment concordance ▪ monitor for side effects and harms of treatment ▪ monitor suicidal ideation, particularly in the early weeks of treatment (see also the recommendations on antidepressant medication for people at risk of suicide and recommendations on risk assessment) ▪ consider routine outcome monitoring (using appropriate validated sessional outcome measures, for example PHQ-9) and follow up 	NICE 2022	15	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
consider routine outcome monitoring (using appropriate validated sessional outcome measures, for example PHQ-9) and follow up.	NICE 2022	16	nein	n. z.	unklar	consider	nein
Monitor people with depression with psychotic symptoms for treatment response (in particular for unusual thought content and hallucinations)	NICE 2022	68	n. z..	n. z..	unklar	offer / do not offer	ja
Bei allen Patient*innen mit einer depressiven Störung soll Suizidalität regelmäßig, bei jedem Patientengespräch klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden.	NVL 2022	42	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja

Tabelle 68: V1.6 – K1 Verlaufskontrolle – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Das Monitoring unter niedrigintensiver, medikamentöser, psychotherapeutischer oder ergänzender psychosozialer Behandlung sollte folgende Parameter umfassen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptomerfassung inkl. Suizidalität, ▪ Nebenwirkungen, ▪ psychosozialer Status und Teilhabebedarf, ▪ Adhärenz. 	NVL 2022	43	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Um das Ansprechen der Behandlung bewerten zu können, soll der Ausgangsbefund vor Behandlungsbeginn nachvollziehbar dokumentiert werden, möglichst mithilfe validierter Instrumente.	NVL 2022	43	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Ein Monitoring unter niedrigintensiverer, medikamentöser, psychotherapeutischer oder ergänzender psychosozialer Behandlung sollte in den ersten 4 Behandlungswochen wöchentlich, im 2. und 3. Monat alle 2 bis 4 Wochen und danach in längeren Intervallen erfolgen.	NVL 2022	43	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Nach einer erfolgreichen medikamentösen Akuttherapie sollte den Patient*innen angeboten werden, die medikamentöse Erhaltungstherapie oder Rückfallprophylaxe mit einer Psychotherapie zu kombinieren.	NVL 2022	125	ja	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
All patients with depression should receive psychoeducation regarding the lifetime risk of relapse.	RANZCP 2020	67	n. z..	n. a.	unklar	CBR	unklar
Patients with depression should be monitored regularly beyond the acute phase of treatment to ensure complete remission of symptoms and full functional recovery.	RANZCP 2020	67	n. z..	n. a.	unklar	CBR	unklar
Frequent initial visits. Initially patients require frequent visits (eg, every 2-4 weeks during the first 12 weeks) to assess response, suicidal ideation, side effects, and psychosocial support systems (Figure 3).	UMHS 2021	2	n. z..	D	nein	I	ja
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9							

Tabelle 69: V1.6 – K2 Verlaufskontrolle –Einstufung therapieresistenter Depression (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
HAM-D-17 should be used in the ongoing assessment of depressive symptoms.	ADAA 2021	460	n. z..	n. a.	unklar	n. a.	unklar
TRD staging models have clinical relevance in both clinical practice and research.	ADAA 2021	460	n. z..	n. a.	unklar	n. a.	unklar
The DM-TRD is recommended as a clinical staging tool in TRD.	ADAA 2021	460	n. z..	n. a.	unklar	n. a.	unklar
The Maudsley staging model is recommended as a clinical staging tool in TRD.	ADAA 2021	460	n. z..	n. a.	unklar	n. a.	unklar
TRD should be defined by the failure to achieve response to two adequately dosed and evidence supported trials of antidepressant medications.	ADAA 2021	461	n. z..	high	ja ^a	n. a.	unklar
Nonresponse should be defined as less than 50% symptom reduction.	ADAA 2021	461	n. z..	high	ja ^a	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Symptom severity of the current episode	ADAA 2021	463	n. z..	high	ja ^a	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Frequent and recurrent depressive episode	ADAA 2021	463	n. z..	high	ja ^a	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression The long duration of illness	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Current psychosocial stressors	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Number of lifetime episodes	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Bipolarity features (e.g., family history)	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Stressful life events or trauma	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar

Tabelle 69: V1.6 – K2 Verlaufskontrolle –Einstufung therapieresistenter Depression (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Comorbidity Anxiety	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Comorbidity Psychotic features	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Comorbidity Personality disorders	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Comorbidity Substance use disorders	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Comorbidity Comorbid medical illness	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Treatment factors Number of previous antidepressant trials	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Treatment factors Number of previous augmentation agents	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Treatment factors Failed psychotherapy trials	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar

Tabelle 69: V1.6 – K2 Verlaufskontrolle –Einstufung therapieresistenter Depression (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Treatment factors Previously failed trial of electroconvulsive therapy	ADAA 2021	463	n. z..	moderate	nein	n. a.	unklar
Risk factors for the development of treatment-resistant depression Treatment factors Greater number of hospitalizations	ADAA 2021	463	n. z.	moderate	nein	n. a.	unklar
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DM-TRD: the Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen HAM-D-17: Hamilton Skala; TRD: Treatment-resistant Depression;							

Tabelle 70: V1.6 – K3 Verlaufskontrolle – Rezidivprophylaxe allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
n=3 PUFAs could be recommended as a potential prophylactic treatment for high-risk populations (alongside standard medical care)	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
The duration of acute n=3 PUFA treatment could be extended to include maintenance treatment to potentially prevent recurrence	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
Discuss with people that continuation of treatment (antidepressants or psychological therapies) after full or partial remission may reduce their risk of relapse and may help them stay well. Reach a shared decision on whether or not to continue a treatment for depression based on their clinical needs and preferences. See the visual summary on preventing relapse.	NICE 2022	57	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Discuss with people that the likelihood of having a relapse may be increased if they have: <ul style="list-style-type: none"> ▪ a history of recurrent episodes of depression, particularly if these have occurred frequently or within the last 2 years ▪ a history of incomplete response to previous treatment, including residual symptoms ▪ unhelpful coping styles (for example, avoidance and rumination) ▪ a history of severe depression (including people with severe functional impairment) ▪ other chronic physical health or mental health problems ▪ personal, social and environmental factors that contributed to their depression (see recommendation 1.2.7) and that are still present (for example, relationship problems, ongoing stress, poverty, isolation, unemployment). 	NICE 2022	57	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 70: V1.6 – K3 Verlaufskontrolle – Rezidivprophylaxe allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For people who have remitted from depression when treated with antidepressant medication alone, but who have been assessed as being at higher risk of relapse, consider: <ul style="list-style-type: none"> ▪ continuing with their antidepressant medication to prevent relapse, maintaining the dose that led to full or partial remission, unless there is good reason to reduce it (such as side effects) or ▪ a course of psychological therapy (group CBT or mindfulness-based cognitive therapy [MBCT]) for people who do not wish to continue on antidepressants (follow the recommendations on stopping antidepressants) or ▪ continuing with their antidepressant medication and a course of psychological therapy (group CBT or MBCT) 	NICE 2022	58	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Discuss with people who have remitted from depression when treated with a combination of an antidepressant medication and psychological therapy, but who have been assessed as being at higher risk of relapse, whether they wish to continue 1 or both treatments. Reach a shared decision on further treatment	NICE 2022	59	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CBT: cognitive behavioural therapy; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy; n. z.: nicht zuzuordnen; n-3 PUFA: Omega-3 poly-unsaturated fatty acids							

Tabelle 71: V1.6 – K4 Verlaufskontrolle – Nichtansprechen allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For nonresponders, it is recommended to evaluate the quality of n-3 PUFA supplementary products	ISNPR 2019	266	n. z.	n. z.	unklar	n. a.	unklar
<p>If a person's depression has not responded at all after 4 weeks of antidepressant medication at a recognised therapeutic dose, or after 4 to 6 weeks for psychological therapy or combined medication and psychological therapy, discuss with them:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ whether there are any personal, social or environmental factors or physical or other mental health conditions that might explain why the treatment is not working ▪ whether they have had problems adhering to the treatment plan (for example, stopping or reducing medication because of side effects, or missing sessions with their therapist). <p>If any of these are the case, make a shared decision with the person about the best way to try and address any problems raised, including how other agencies may be able to help with these factors. See the visual summary on further-line treatment.</p>	NICE 2022	60	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
If a person's depression has not responded to treatment after addressing any problems raised (see recommendation 1.9.1), and allowing an adequate time for treatment changes to work, review the diagnosis	NICE 2022	60	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
and consider the possibility of alternative or comorbid conditions that may limit response to depression treatments.	NICE 2022	60	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Reassure the person that although treatment has not worked, other treatments can be tried, and may be effective.	NICE 2022	60	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 71: V1.6 – K4 Verlaufskontrolle – Nichtansprechen allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>If a person's depression has had no or a limited response to treatment with a combination of antidepressant medication and psychological therapy, discuss further treatment options with the person and make a shared decision on how to proceed based on their clinical need and preferences. Options include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ switching to another psychological therapy ▪ increasing the dose or switching to another antidepressant (see recommendation 1.9.5) ▪ adding in another medication (see recommendation 1.9.9) 	NICE 2022	62	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; n-3 PUFA: Omega-3 poly-unsaturated fatty acids</p>							

A3.5.4.1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie (V1.6.1)

Tabelle 72: V1.6.1– K1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie – Allgemeine Aspekte215

Tabelle 73: V1.6.1– K2 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie – Rezidivprophylaxe217

Tabelle 72: V1.6.1– K1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 16) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
If a person's depression has had no or a limited response to treatment with psychological therapy alone, and no obvious cause can be found and resolved, discuss further treatment options with the person (including what other treatments they have found helpful in the past) and make a shared decision on how to proceed based on their clinical need and preferences. Options include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ switching to an alternative psychological treatment ▪ adding an SSRI to the psychological therapy ▪ switching to an SSRI alone 	NICE 2022	60	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Bei ausbleibender Besserung im Sinne der vereinbarten individuellen Therapieziele sollen nach etwa 8–12 Wochen mögliche Ursachen abgeklärt werden. Gemeinsam mit den Patient*innen soll über eine Anpassung des psychotherapeutischen Vorgehens gesprochen und entschieden werden.	NVL 2022	89	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Insbesondere bei komplex erkrankten Patient*innen und/oder komplizierten Behandlungsprozessen sollte eine regelmäßige begleitende Erfassung von Symptomatik, Befinden und therapeutischem Prozess durch validierte Instrumente erfolgen.	NVL 2022	89	ja	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Die Beendigung einer Psychotherapie soll sich an den individuellen Erfordernissen der Patient*innen orientieren sowie zeitlich und inhaltlich sorgfältig vorbereitet werden.	NVL 2022	90	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a

Tabelle 72: V1.6.1– K1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 16) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei Nichtansprechen einer psychotherapeutischen Behandlung unipolarer Depressionen soll gemäß Algorithmus (Abbildung 14) vorgegangen werden.	NVL 2022	139	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Erleben Patient*innen keine ausreichende initiale Entlastung und sprechen sie auch nach einem angemessenen Zeitraum nicht auf eine Psychotherapie an, sollen zunächst Ursachen für diesen Verlauf evaluiert werden. Zu diesen Ursachen gehören patientenbezogene Faktoren, Diagnose- und therapiebezogene Faktoren und negative Nebenwirkungen von Psychotherapie (Tabelle 38).	NVL 2022	140	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Wenn sich eine Ursache für das Nichtansprechen einer Psychotherapie nicht im direkten Kontakt zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in finden lässt, sollten zur weiteren Klärung Intervention oder Supervision in Anspruch genommen werden.	NVL 2022	140	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Wenn entweder die Passung zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in nicht gegeben ist oder das Verfahren nicht adäquat erscheint, soll dies benannt und der*die Patient*in entsprechend weitergeleitet werden.	NVL 2022	142	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Wenn eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung besteht, soll bei Nichtansprechen die Möglichkeit der Intensivierung der Psychotherapie geprüft werden (höhere Frequenz).	NVL 2022	143	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Wenn eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung besteht und bei Nichtansprechen eine Intensivierung der Psychotherapie nicht hinreichend ist, sollte den Patient*innen eine Kombination mit Antidepressiva angeboten werden.	NVL 2022	143	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren</p>							

Tabelle 73: V1.6.1– K2 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie – Rezidivprophylaxe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 16) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For adult patients with depression who have achieved remission the panel suggests clinicians offer psychotherapy (cognitive-behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy, or interpersonal psychotherapy) rather than antidepressant medication or treatment as usual to prevent relapse. There is insufficient evidence to recommend one form of the three psychotherapies listed.	APA 2019	12	n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
For people starting group CBT or MBCT for relapse prevention, offer a course of therapy with an explicit focus on the development of relapse prevention skills and what is needed to stay well. This usually consists of 8 sessions over 2 to 3 months with the option of additional sessions in the next 12 months.	NICE 2022	58	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Relapse prevention components of psychological interventions may include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ reviewing what lessons and insights were learnt in therapy and what was helpful in therapy ▪ making concrete plans to maintain progress beyond the end of therapy including plans to consolidate any changes made to stay well and to continue to practice useful strategies ▪ identifying stressful circumstances, triggering events, warning signs (such as anxiety or poor sleep), or unhelpful behaviours (such as avoidance or rumination) that have preceded worsening of symptoms and personal or social functioning, and making detailed contingency plans of what to do if each of these re-occur ▪ making plans for any anticipated challenging events over the next 12 months, including life changes and anniversaries of difficult events 	NICE 2022	58	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Discuss with people who have remitted from depression when treated with a psychological therapy alone, but who have been assessed as being at higher risk of relapse, whether they wish to continue with their psychological therapy for relapse prevention. Reach a shared decision on further treatment.	NICE 2022	59	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 73: V1.6.1– K2 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie – Rezidivprophylaxe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 16) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Continue the same therapy for people who wish to stay on a psychological therapy for relapse prevention (either alone or in combination with an antidepressant), adapted by the therapist for relapse prevention. This should include at least 4 more sessions of the same treatment with a focus on a relapse prevention component (see recommendation 1.8.7) and what is needed to stay well.	NICE 2022	59	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Reassess the risk of relapse for people who continue with psychological therapy to prevent relapse, when they are finishing the relapse prevention treatment, and assess the need for any further follow up.	NICE 2022	60	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Im Anschluss an eine psychotherapeutische Akutbehandlung soll zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Rückfallprophylaxe eine angemessene Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden.	NVL 2022	123	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Eine längerfristige Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patient*innen mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.	NVL 2022	123	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
CBT should be offered to prevent relapse of depression, and where available, MBCT should be offered to patients with recurrent depressive episodes.	RANZCP 2020	67	n. z.	I	ja	EBR	unklar
For patients with MDD at high risk for relapse or recurrence (e.g., two or more prior episodes, unstable remission status), we suggest offering a course of cognitive behavioral therapy, interpersonal therapy, or mindfulness-based cognitive therapy during the continuation phase of treatment (i.e., after remission is achieved) to reduce the risk of subsequent relapse/recurrence. The evidence does not support recommending one of these three evidence-based psychotherapies over another..	VADoD 2022	25	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>CBT: cognitive behavioural therapy; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MBCT: mindful based cognitive behavioural therapy; MDD: major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen</p>							

A3.5.4.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (V1.6.2)

Tabelle 74: V1.6.2 – K1 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung219
 Tabelle 75: V1.6.2 – K2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Nichtansprechen221
 Tabelle 76: V1.6.2 – K3 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Augmentation223
 Tabelle 77: V1.6.2 – K4 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Anpassung der Medikation bei Nichtansprechen.....229
 Tabelle 78: V1.6.2 – K5 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Wechsel der Medikation bei Nichtansprechen232
 Tabelle 79: V1.6.2 – K6 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Erhaltungsphase.....234
 Tabelle 80: V1.6.2 – K7 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Rezidivprophylaxe236

Tabelle 74: V1.6.2 – K1 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Blood pressure, heart rate, oximetry, and level of consciousness should be monitored before and during ketamine infusions and for at least 1 hr postinfusion.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
Outcome assessment with validated symptom rating scales should be used for measurement-based care.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
If a person with chronic depressive symptoms that significantly impair personal and social functioning cannot tolerate a particular SSRI, consider treatment with an alternative SSRI.	NICE 2022	64	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Vor Beginn einer medikamentösen Therapie soll mit den Patient*innen vereinbart werden, zu welchem Zeitpunkt das Ansprechen der Behandlung bewertet und über das weitere Vorgehen entschieden werden soll. Aufgrund der Wirklatenz soll ein Zeitpunkt 3–4 Wochen nach Erreichen der Standarddosis gewählt werden.	NVL 2022	71	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja

Tabelle 74: V1.6.2 – K1 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Während der Aufdosierungs- und Wirklatenzphase soll die individuelle Verträglichkeit sorgfältig überwacht werden. Dabei soll insbesondere auf Symptome geachtet werden, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten.	NVL 2022	73	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Ab Erreichen der Standarddosierung soll wegen der Wirklatenz mindestens 3–4 Wochen abgewartet werden. Dann soll gemeinsam mit den Patient*innen beurteilt werden, ob eine positive Entwicklung bezüglich der vereinbarten individuellen Therapieziele vorliegt. Dafür sollen möglichst validierte Instrumente genutzt werden.	NVL 2022	73	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Das Monitoring unter medikamentöser Therapie soll gemäß Tabelle 28, Tabelle 29 und Tabelle 30 erfolgen. Wirkungen und typische Nebenwirkungen sollen aktiv erfragt werden.	NVL 2022	75	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Nach der letzten Einnahme eines Antidepressivums soll der regelmäßige Kontakt mit den Patient*innen für mindestens 6 Monate fortgeführt werden, z. B. alle 4 Wochen.	NVL 2022	79	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Close monitoring of medications to mitigate risks of medication interactions, toxicity and problematic side effects (such as metabolic syndrome) is advised.	RANZCP 2020	96	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Consider long-term maintenance or life-time drug therapy for selected patients with a history of relapse or other clinical features.	UMHS 2021	2	n. z.	B	ja	II	nein
Monitor patients treated with antidepressants for worsening depression or suicidality (especially in adolescents).	UMHS 2021	2	n. z.	C	nein	I	ja
Assess response at week 1 and at week 6.	UMHS 2021	2	n. z.	E	nein	I	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SSRI: Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer							

Tabelle 75: V1.6.2 – K2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Nichtansprechen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
If a person's depression has had no or a limited response to treatment with antidepressant medication alone, and no obvious cause can be found and resolved, discuss further treatment options with the person and make a shared decision on how to proceed based on their clinical need and preferences. Options include: <ul style="list-style-type: none"> adding a group exercise intervention switching to a psychological therapy (see the suggested treatment options for more severe depression) 	NICE 2022	61	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Consider whether some of these decisions and treatments need other services to be involved (for example, specialist mental health services for advice on switching antidepressants).	NICE 2022	62	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
If a person with depression wants to try a combination treatment and is willing to accept the possibility of an increased side-effect burden (see recommendation 1.9.8), consider referral to a specialist mental health setting or consulting a specialist.	NICE 2022	63	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Bei ausbleibendem oder mangelndem Ansprechen sollen mögliche Ursachen abgeklärt werden. Gemeinsam mit den Patient*innen soll über eine Anpassung der Behandlungsstrategie gesprochen und entschieden werden.	NVL 2022	74	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Bei Nichtansprechen einer medikamentösen Behandlung unipolarer Depressionen soll gemäß Algorithmus (Abbildung 13) vorgegangen werden.	NVL 2022	127	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Sprechen Patient*innen nach 4 Wochen nicht auf eine Antidepressiva-Monotherapie an, sollen zunächst Ursachen für diesen Verlauf evaluiert werden. Zu diesen Ursachen gehören insbesondere die Fehldiagnose einer depressiven Störung, eine nicht ausreichende Mitarbeit der Patient*innen, eine nicht angemessene Dosis und ein zu niedriger Serumspiegel (TDM), somatische und psychische Komorbidität sowie eine depressiogene Komedikation.	NVL 2022	129	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a

Tabelle 75: V1.6.2 – K2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Nichtansprechen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Wenn als Ursachen für ein Nichtansprechen einer Antidepressiva-Behandlung Komorbidität weitgehend ausgeschlossen werden kann und die Patient*innen eine regelmäßige Einnahme berichten, sollte bei Antidepressiva, für die das Monitoring der Konzentrationen im Serum gut etabliert ist (siehe Anhang 3), der Serumspiegel kontrolliert werden.	NVL 2022	130	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Experimentelle medikamentöse Ansätze sollen Patient*innen mit unipolarer Depression nur im Rahmen von klinischen Studien angeboten werden.	NVL 2022	147	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
For patients who have demonstrated partial or no response to two or more adequate pharmacologic treatment trials, we suggest offering repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment.	VADoD 2022	24	ja	very low	nein	weak for/ weak against	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; NHS: National Health Service; NICE: Nationale Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zuzuordnen; TDM: Therapeutisches Medikamentenmonitoring</p>							

Tabelle 76: V1.6.2 – K3 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Augmentation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For adult patients with depression who have either not responded or only partially responded to initial antidepressant medication treatment the panel suggests that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions and select between treatments as follows: [...] ▪ Augment with another antidepressant medication	APA 2019	12	n. z.n. z.	n. a.	unklar	conditional recommendation for use	nein
For people with depression taking lithium, assess weight, renal and thyroid function and calcium levels before treatment and then monitor at least every 6 months during treatment, or more often if there is evidence of significant renal impairment	NICE 2022	23	nein	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
For women of reproductive age, in particular if they are planning a pregnancy, discuss the risks and benefits of lithium, preconception planning and the need for additional monitoring.	NICE 2022	23	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 76: V1.6.2 – K3 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Augmentation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Monitor serum lithium levels 12 hours post dose, 1 week after starting treatment and 1 week after each dose change, and then weekly until levels are stable. Adjust the dose according to serum levels until the target level is reached.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ • when the dose is stable, monitor every 3 months for the first year ▪ • after the first year, measure plasma lithium levels every 6 months, or every 3 months for people in any of the following groups: <ul style="list-style-type: none"> ▪ older people ▪ people taking medicines 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. 	NICE 2022	23	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 76: V1.6.2 – K3 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Augmentation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Determine the dose of lithium according to response and tolerability:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ plasma lithium levels should not exceed 1.0 mmol/L (therapeutic levels for augmentation of antidepressant medication are usually at or above 0.4 mmol/L; ▪ consider levels 0.4 to 0.6 mmol/L for older people aged 65 or above) ▪ do not start repeat prescriptions until lithium levels and renal function are stable ▪ take into account a person's overall physical health when reviewing test results (including possible dehydration or infection) ▪ take into account any changes to concomitant medication (for example, angiotensin-converting enzyme inhibitors, angiotensin 2 receptor blockers, diuretics and non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs], or over-the-counter preparations) which may affect lithium levels, and seek specialist advice if necessary ▪ monitor at each review for signs of lithium toxicity, including diarrhoea, vomiting, coarse tremor, ataxia, confusion and convulsions ▪ seek specialist advice if there is uncertainty about the interpretation of any test results. 	NICE 2022	24	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Provide people taking lithium with information on how to do so safely, including the NHS lithium treatment pack.	NICE 2022	25	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Only stop lithium in specialist mental health services, or with their advice. When stopping lithium, whenever possible reduce doses gradually over 1 to 3 months.	NICE 2022	25	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Before starting an antipsychotic, check the person's baseline pulse and blood pressure, weight, nutritional status, diet, level of physical activity, fasting blood glucose or HbA1c and fasting lipids.	NICE 2022	25	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 76: V1.6.2 – K3 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Augmentation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Carry out monitoring as indicated in the summary of product characteristics for individual medicines, for people who take an antipsychotic for the treatment of their depression. This may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ monitoring full blood count, urea and electrolytes, liver function tests and prolactin ▪ monitoring their weight weekly for the first 6 weeks, then at 12 weeks, 1 year and annually ▪ monitoring their fasting blood glucose or HbA1c and fasting lipids at 12 weeks, 1 year, and then annually ▪ ECG monitoring (at baseline and when final dose is reached) for people with established cardiovascular disease or a specific cardiovascular risk (such as diagnosis of high blood pressure) and for those taking other medicines known to prolong the cardiac QT interval (for example, citalopram or escitalopram) <ul style="list-style-type: none"> • at each review, monitoring for adverse effects, including extrapyramidal effects (for example, tremor, parkinsonism) and prolactin-related side effects (for example, sexual or menstrual disturbances) and reducing the dose if necessary ▪ being aware of any possible drug interactions which may increase the levels of some antipsychotics, and monitoring and adjusting doses if necessary ▪ if there is rapid or excessive weight gain, or abnormal lipid or blood glucose levels, investigating and managing as needed. 	NICE 2022	25	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
For people with depression who are taking an antipsychotic, consider at each review whether to continue the antipsychotic based on their current physical and mental health risks.	NICE 2022	26	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Only stop antipsychotics in specialist mental health services, or with their advice. When stopping antipsychotics, reduce doses gradually over at least 4 weeks and in proportion to the length of treatment	NICE 2022	26	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 76: V1.6.2 – K3 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Augmentation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Treatment options include: [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> • combining an antidepressant medication with a second-generation antipsychotic (for example, aripiprazole, olanzapine, quetiapine or risperidone) or lithium • augmenting antidepressants with electroconvulsive therapy (see the recommendations on electroconvulsive therapy for depression), lamotrigine, or triiodothyronine (liothyronine). Be aware that some combinations of classes of antidepressants are potentially dangerous and should be avoided (for example, a SSRI, SNRI or TCA with a MAOI), and that when using an antipsychotic the effects of this on depression, including loss of interest and motivation, should be carefully reviewed. In June 2022, this was an off-label use for some antipsychotics, lamotrigine, and triiodothyronine (liothyronine). See NICE's information on prescribing medicines. 	NICE 2022	63	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollte eine Augmentation von Antidepressiva mit den Antipsychotika Quetiapin (zugelassen), Aripiprazol, Olanzapin oder Risperidon (jeweils off-label) in verhältnismäßig niedrigen Dosierungen angeboten werden, um depressive Symptome zu reduzieren.</p>	NVL 2022	133	ja	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
<p>Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollte ein Versuch zur Wirkungsverstärkung (Augmentation) mit Lithium angeboten werden.</p>	NVL 2022	134	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
<p>Wenn bei Patient*innen 2–4 Wochen nach Erreichen wirksamer Lithiumspiegel keine Wirkung festzustellen ist, sollte Lithium wieder abgesetzt werden.</p>	NVL 2022	134	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
<p>Patient*innen, die gut auf ein Antidepressivum mit Lithium-Augmentation ansprechen, sollte eine Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate empfohlen werden</p>	NVL 2022	134	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein

Tabelle 76: V1.6.2 – K3 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Augmentation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollen stimmungsstabilisierende Antiepileptika, Dopaminagonisten oder Psychostimulanzien nicht zur Augmentation eingesetzt werden.	NVL 2022	135	ja	n. a.	unklar	soll nicht ↓↓	ja ^a
Augmentation Lithium	RANZCP 2020	92	n. z.	I	ja	EBR	unklar
Augmentation Second/third generation antipsychotics	RANZCP 2020	92	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
If partial response to medication, consider augmentation with aripiprazole, quetiapine, risperidone, lithium, or brexpiprazole.	UMHS 2021	2	n. z.	A	ja	II	nein
For patients with MDD who have demonstrated partial or no response to an adequate trial of initial pharmacotherapy, we suggest (not rank ordered): ▪ [...] <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenting with a second-generation antipsychotic 	VADoD 2022	24	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein
For patients with MDD who have not responded to several adequate pharmacologic trials, we suggest ketamine or esketamine as an option for augmentation.	VADoD 2022	24	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>ECG: electrocardiogram; GoR: Grade of Recommendation; HbA1c: Hämoglobin A1c; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MAOI: Monoaminoxidase Inhibitoren; MDD: major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drugs; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: selective Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selective Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren; TCA: tricyclic antidepressant</p>							

Tabelle 77: V1.6.2 – K4 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Anpassung der Medikation bei Nichtansprechen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Only consider vortioxetine when there has been no or limited response to at least 2 previous antidepressants. See the NICE technology appraisal guidance on the use of vortioxetine.	NICE 2022	63	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
If a person whose depression has had no response or a limited response to antidepressant medication does not want to try a psychological therapy, and instead wants to try a combination of medications, explain the possible increase in their side-effect burden.	NICE 2022	63	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Treatment options include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ adding an additional antidepressant medication from a different class (for example, adding mirtazapine or trazodone to an SSRI) 	NICE 2022	63	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
For people with chronic depressive symptoms that have not responded to the treatments recommended in the sections on further-line treatment and chronic depressive symptoms, and who are on long-term antidepressant medication: <ul style="list-style-type: none"> ▪ review the benefits of treatment with the person ▪ consider stopping the medication (see the recommendations on stopping antidepressants) ▪ discuss with the person possible reasons for non-response and what other treatments and support (including from other agencies) may be helpful. 	NICE 2022	66	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 77: V1.6.2 – K4 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Anpassung der Medikation bei Nichtansprechen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Wenn der Serumspiegel außerhalb des therapeutischen Bereichs liegt, sollen Maßnahmen ergriffen werden, um dies zu korrigieren, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ erneute Adhärenzprüfung und -förderung; ▪ Prüfung und ggf. Absetzen interagierender Substanzen (zu niedrige Spiegel, z. B. aufgrund von Rauchen, Gingko, Johanniskraut; ▪ zu hohe Spiegel, z. B. aufgrund der Ernährung mit Grapefruit); ▪ Dosiserhöhung bei zu niedrigem Spiegel aufgrund von unveränderbaren Interaktionen oder genetischer Prädisposition (sog. „Ultra-rapid Metabolizer“); ▪ Dosisreduktion bei zu hohem Spiegel aufgrund von unveränderbaren Interaktionen oder genetischer Prädisposition (sog. „Poor Metabolizer“). 	NVL 2022	130	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollte eine Kombination von SSRI, SNRI oder TZA einerseits mit Mianserin oder Mirtazapin oder Trazodon andererseits angeboten werden.	NVL 2022	136	ja	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Bei Patient*innen, die mit Serumspiegeln im therapeutischen Bereich nicht auf eine Monotherapie mit SSRI ansprechen, soll die Dosis des SSRI nicht erhöht werden.	NVL 2022	138	ja	n. a.	unklar	soll nicht ↓↓	ja ^a
Bei Patient*innen, die auf eine Monotherapie mit MAO-Inhibitoren, SNRI oder TZA trotz Standarddosierung (MAO-Inhibitoren) bzw. Serumspiegeln im therapeutischen Bereich (SNRI, TZA) nicht ansprechen, sollte die Dosis nicht erhöht werden.	NVL 2022	138	ja	n. a.	unklar	sollte nicht ↓	nein
Bei einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, die auf mehrere adäquat durchgeführte Behandlungsversuche nicht angesprochen hat, kann im (teil-)stationären Setting zusätzlich zu einem Antidepressivum Esketamin in intranasaler Applikation angeboten werden.	NVL 2022	145	ja	n. a.	unklar	kann ↔	nein

Tabelle 77: V1.6.2 – K4 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Anpassung der Medikation bei Nichtansprechen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Ketamin i. v. (off-label) soll nicht außerhalb eines stationären psychiatrischen Settings angewendet werden.	NVL 2022	147	ja	n. a.	unklar	soll nicht ↓↓	ja ^a
If there is no improvement after 3 weeks of treatment using standard antidepressant doses it is reasonable to consider dose escalation.	RANZCP 2020	92	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Dose escalation beyond recommended maximum doses should only be considered if the patient has had a partial response at a lower dose.	RANZCP 2020	92	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
In peri- and post-menopausal depression treated with antidepressants with no response, and with significant menopausal symptoms, a trial of adjunctive transdermal oestrogen should be considered.	RANZCP 2020	100	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MAO-Inhibitoren: Monoaminoxidase-Inhibitoren; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: selective Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI; selective Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren; TZA: trizyklische Antidepressiva</p>							

Tabelle 78: V1.6.2 – K5 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Wechsel der Medikation bei Nichtansprechen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For adult patients with depression who have either not responded or only partially responded to initial antidepressant medication treatment the panel recommends the following options: <ul style="list-style-type: none"> ▪ [...] ▪ Switch from antidepressant medication alone to another antidepressant medication 	APA 2019	12	n. z.	n. a.	unklar	recommended	ja
For adult patients with major depressive disorder who have either not responded or only partially responded to initial adequate second-generation antidepressant treatment attempt there is insufficient evidence to determine differences in treatment effect for the following: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Switching to another second-generation antidepressant²⁶ <p>²⁶ Switches included various medications such as bupropion, sertraline, venlafaxine, etc. Please see Table E22, pages E35–E37 of Gartlehner et al. (2015) for specific switch details.</p>	APA 2019	12	ja	Insufficient	nein ^b	n. a.	unklar
Take into account that switching medication may mean that an adequate wash-out period is needed, particularly when switching to or from irreversible MAOIs or moclobemide. See the NICE clinical knowledge summary on switching antidepressants. Alternatives include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TCAs ▪ moclobemide ▪ irreversible MAOIs such as phenelzine ▪ low-dose amisulpride (maximum dose of 50 mg daily, as higher doses may worsen depression and lead to side effects such as hyperprolactinaemia and QT interval prolongation). In June 2022, this was an off-label use for amisulpride. See NICE's information on prescribing medicines. 	NICE 2022	65	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 78: V1.6.2 – K5 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Wechsel der Medikation bei Nichtansprechen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, kann ein einmaliger Wechsel auf ein Antidepressivum mit anderem Wirkmechanismus angeboten werden.	NVL 2022	137	n. z.	n. a.	unklar	kann ↔	nein
Beim Wechsel zwischen Antidepressiva sollten wegen möglicher Wechselwirkungen eine schrittweise Aufdosierung des neuen und ein ausschleichendes Absetzen des alten Antidepressivums erfolgen.	NVL 2022	137	n. z.	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
For patients stopping their medication in order to switch to another antidepressant because of lack of efficacy or intolerable side-effects, a more rapid dose reduction can be used (over days) while the new antidepressant is introduced at a low dose and then the dose increased (provided there are no contraindications for this, such as switching to and from an MAOI)	RANZCP 2020	69	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
<ul style="list-style-type: none"> Discontinuation/withdrawal symptoms from the first antidepressant (after careful review of the symptoms the patient reports) need to be distinguished from treatment emergent side-effects from the newly introduced antidepressant. 	RANZCP 2020	69	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Switching to an antidepressant from a different class, improves the likelihood of response when switching for reasons of either non-response or intolerability.	RANZCP 2020	92	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Switching within class is best reserved for when the first antidepressant has had to be ceased because of intolerable side effects.	RANZCP 2020	92	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Achieve therapeutic dose in 2 weeks. If no response to adequate dose at 6-8 weeks, consider switching within class or to another class.	UMHS 2021	2	n. z.	n. a.	unklar	n. a.	unklar
<p>For patients with MDD who have demonstrated partial or no response to an adequate trial of initial pharmacotherapy, we suggest (not rank ordered):</p> <ul style="list-style-type: none"> Switching to another antidepressant (including TCAs, MAOIs, or those in Recommendation 12) 	VADoD 2022	24	ja	low	nein	weak for/ weak against	nein

Tabelle 78: V1.6.2 – K5 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Wechsel der Medikation bei Nichtansprechen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MAOI: Monoamine oxidase inhibitor; MDD: major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; TCA: tricyclic antidepressant;							

Tabelle 79: V1.6.2 – K6 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Erhaltungsphase (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Consider continuing antipsychotic medication for people with depression with psychotic symptoms for a number of months after remission, if tolerated. The decision about if and when to stop antipsychotic medication should be made by, or in consultation with, specialist services.	NICE 2022	68	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Die Einnahme des Antidepressivums soll 6–12 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus empfohlen werden. In dieser Erhaltungsphase soll das Antidepressivum in gleicher Dosierung wie in der Akutphase fortgeführt werden.	NVL 2022	120	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Sofern keine Indikation für eine längerfristige Gabe im Sinne einer Rezidivprophylaxe besteht, soll das Antidepressivum nach Ende der Erhaltungstherapie ausgeschlichen werden.	NVL 2022	120	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Im Anschluss an eine medikamentöse Erhaltungstherapie kann alternativ zu einer medikamentösen Rezidivprophylaxe auch ein Ausschleichen in Kombination mit einer Psychotherapie angeboten werden.	NVL 2022	123	n. z.	n. a.	unklar	kann ↔	nein

Tabelle 79: V1.6.2 – K6 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Erhaltungsphase (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Following a successful course of ECT, maintenance treatment with an antidepressant +/- lithium should be continued for at least 12 – 24 months; medication may need to be combined with maintenance ECT, which should then be carefully monitored to avoid an unnecessarily prolonged course.	RANZCP 2020	60	n. z.	II	ja	EBR	unklar
Once a satisfactory therapeutic response has been achieved, antidepressant dosage should remain the same during continuation and preventative phases of treatment.	RANZCP 2020	67	n. z.	I	ja	EBR	unklar
Maintenance antidepressant treatment should be continued for at least 6 months and a detailed review of ongoing pharmacotherapy should occur at 1 year.	RANZCP 2020	67	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Continuation therapy. Continuing therapy for 9-12 months after acute symptoms resolve decreases the incidence of relapse of major depressive disorder	UMHS 2021	2	n. z.	A	ja	I	ja
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung ECT: electroconvulsive therapy; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 80: V1.6.2 – K7 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Rezidivprophylaxe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
There is insufficient evidence about strategies for relapse prevention following single-dose IV ketamine or a course of repeated infusions. Some protocols suggest tapering the frequency of infusion sessions for maintenance treatment.	CANMAT 2021	116	n. z.	Level 4	nein	n. a.	unklar
Discuss with people the potential risks of continuing with antidepressants long term, and how these balance against the risks of depression relapse. These include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ possible side effects, such as an increased bleeding risk or long-term effects on sexual function ▪ difficulty stopping antidepressants 	NICE 2022	57	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
If a person chooses not to continue antidepressant medication for relapse prevention, advise them: <ul style="list-style-type: none"> ▪ how to stop their antidepressant medication (see the recommendations on stopping antidepressant medication) and ▪ to seek help as soon as possible if the symptoms of depression return or residual symptoms worsen 	NICE 2022	58	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Review treatment for people continuing with antidepressant medication to prevent relapse at least every 6 months. At each review: <ul style="list-style-type: none"> ▪ monitor their mood using a validated rating scale (see the recommendations on delivery of treatments) ▪ review any side effects ▪ review any medical, personal, social or environmental factors that may affect their risk of relapse, and encourage them to access help from other agencies ▪ discuss with them if they wish to continue treatment; if they wish to stop antidepressant treatment, see the recommendations on stopping antidepressant medication 	NICE 2022	59	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 80: V1.6.2 – K7 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung – Rezidivprophylaxe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 17) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Patient*innen mit 2–3 oder mehr depressiven Episoden und mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit (letzte 5 Jahre) sollte empfohlen werden, das Antidepressivum mindestens 2 Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen. Dabei sollte die gleiche Dosierung des Antidepressivums beibehalten werden, die bei der Akuttherapie wirksam war.	NVL 2022	122	ja	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							
GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.5 Kooperation der Versorgungssektoren (V1.7)

Tabelle 81: V1.7 – K1 Kooperation der Versorgungssektoren – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 18)
(mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Manage lithium prescribing under shared care arrangements. If there are concerns about toxicity or side effects (for example, in older people or people with renal impairment), manage their lithium prescribing in conjunction with specialist secondary care services	NICE 2022	24	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
Manage antipsychotic prescribing under shared care arrangements.	NICE 2022	26	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
For people with chronic depressive symptoms that significantly impair personal and social functioning, who have been assessed as likely to benefit from extra social or vocational support, consider: <ul style="list-style-type: none"> ▪ befriending in combination with existing antidepressant medication or psychological therapy; this should be done by trained volunteers, typically with at least weekly contact for between 2 to 6 months ▪ a rehabilitation programme, if their depression has led to loss of work or their withdrawing from social activities over the longer term 	NICE 2022	65	nein	n. a.	unklar	consider	nein

Tabelle 81: V1.7 – K1 Kooperation der Versorgungssektoren – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 18)
(mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Commissioners and providers of mental health services for people with depression should ensure the effective delivery of treatments. This should build on the key functions of a catchment area-based community mental health service and be provided in the context of a coordinated primary and secondary care mental health service, as well as community services (for example social care, education, housing, statutory services and the voluntary and social enterprise sector). This should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assessment procedures ▪ shared decision making ▪ collaboration between professionals ▪ delivery of pharmacological, psychological and physical (for example exercise, ECT) interventions ▪ delivery of interventions for personal, social and environmental factors (for example, housing problems, isolation and unemployment) ▪ care coordination ▪ involvement of service users in design, monitoring and evaluation of services ▪ the effective monitoring and evaluation of services 	NICE 2022	72	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 81: V1.7 – K1 Kooperation der Versorgungssektoren – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 18)
(mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Commissioners and providers of primary and secondary care mental health services should ensure support is in place so integrated services can be delivered by: <ul style="list-style-type: none"> ▪ individual practitioners (including primary care healthcare professionals), providing treatments, support or supervision ▪ mental health staff, for team-based treatments in primary care for the majority of people with depression ▪ mental health specialists, providing advice, consultation and support for primary care mental health staff ▪ specialist-based mental health teams, for people with severe and complex needs. 	NICE 2022	72	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Consider collaborative care for people with depression, particularly older people, those with significant physical health problems or social isolation, or those with more chronic depression not responding to usual specialist care.	NICE 2022	74	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Collaborative care for people with depression should comprise: <ul style="list-style-type: none"> ▪ patient-centred assessment and engagement ▪ symptom measurement and monitoring ▪ medication management (a plan for starting, reviewing and discontinuing medication) ▪ active care planning and follow up by a designated case manager ▪ delivery of psychological and psychosocial treatments within a structured protocol ▪ integrated care of both physical health and mental health ▪ joint working with primary and secondary care colleagues ▪ involvement of other agencies that provide support ▪ supervision of practitioners by an experienced mental health professional 	NICE 2022	74	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 81: V1.7 – K1 Kooperation der Versorgungssektoren – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 18)
(mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
<p>Deliver multidisciplinary care plans for people with more severe depression or chronic depressive symptoms (either of which significantly impairs personal and social functioning) and multiple complicating problems, or significant coexisting conditions that:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ are developed together with the person, their GP and other relevant people involved in their care (with the person's agreement), and that a copy in an appropriate format is offered to the person ▪ set out the roles and responsibilities of all health and social care professionals involved in delivering the care ▪ include information about 24-hour support services, and how to contact them ▪ include a crisis plan that identifies potential crisis triggers, and strategies to manage those triggers and their consequences ▪ are updated if there are any significant changes in the person's needs or condition ▪ are reviewed at agreed regular intervals ▪ include medication management (a plan for starting, reviewing and discontinuing medication) 	NICE 2022	75	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>Make psychological therapies recommended for the treatment of more severe depression, relapse prevention, chronic depressive symptoms and depression with a diagnosis of personality disorder available for people with depression in secondary care settings (including community and inpatient).</p>	NICE 2022	76	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
<p>Alle an der Versorgung von Patient*innen mit depressiven Störungen beteiligten Professionen sollen sich über die jeweilige regionale Versorgungslandschaft kundig machen.</p>	NVL 2022	202	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a

Tabelle 81: V1.7 – K1 Kooperation der Versorgungssektoren – Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 18) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
In der Versorgung von Patient*innen mit depressiven Störungen soll eine interdisziplinäre Abstimmung bzw. eine Überweisung zur Konsiliar-, Mit- oder Weiterbehandlung entsprechend Tabelle 44 [der Leitlinie] geprüft werden bzw. erfolgen.	NVL 2022	204	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Bei Anzeichen für depressive Symptome oder Suizidalität sollen Apotheker*innen aktiv das Gespräch mit den betroffenen Menschen suchen, ihnen Möglichkeiten der Unterstützung aufzeigen, sie zum Annehmen ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Hilfe ermuntern und ggf. weiterleiten.	NVL 2022	206	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Insbesondere Patient*innen mit mittelgradiger oder schwerer Symptomatik und ≥ 1 Jahr Erkrankungsdauer soll eine der Indikation angemessene multiprofessionelle, strukturierte und koordinierte Versorgung angeboten werden.	NVL 2022	211	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
For patients with mild to moderate depression, consider referral to collaborative care. It is superior to usual care. (Figures 1, 2)	UMHS 2021	2	n. z.	A	ja	II	nein
For patients with MDD who are being treated in the primary care setting, we recommend the use of collaborative/integrated care models.	VADoD 2022	23	ja	moderate	nein	strong for / strong against	ja ^a
For patients with MDD, there is insufficient evidence to recommend for or against the use of a team-based model in specialty mental health care settings.	VADoD 2022	23	ja	very low	nein	neither for nor against	nein
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>ECT: electroconvulsive therapy; GoR: Grade of Recommendation; GP: general practitioner; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen</p>							

A3.5.5.1 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung (V1.7.2)

Tabelle 82: V1.7.2 – K1 Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 19) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For people with chronic depressive symptoms that significantly impair personal and social functioning, who have not responded to SSRIs or SNRIs, consider Alternative medication in specialist settings, or after consulting a specialist.	NICE 2022	65	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
For people with no or limited response to treatment for chronic depressive symptoms that significantly impair personal and social functioning who have not responded to the treatments recommended in the sections on further-line treatment and chronic depressive symptoms, offer a referral to specialist mental health services for advice and further treatment. See also the recommendations on collaborative care.	NICE 2022	65	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja
For people with depression and a diagnosis of personality disorder, consider referral to a specialist personality disorder treatment programme. See the NICE guideline on borderline personality disorder for recommendations on treatment for borderline personality disorder with coexisting depression.	NICE 2022	67	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Offer referral to specialist mental health services for people with depression with psychotic symptoms, where the treatment should include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ a risk assessment ▪ an assessment of needs ▪ a programme of coordinated multidisciplinary care ▪ access to psychological treatments, after improvement of acute psychotic symptoms. Discuss treatment options and, for those people who have capacity, reach a shared decision based on their clinical needs and preferences. See the visual summary on treatment of psychotic depression. 	NICE 2022	67	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a

Tabelle 82: V1.7.2 – K1 Allgemeine Aspekte (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 19) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Refer people with more severe depression or chronic depressive symptoms, to specialist mental health services for coordinated multidisciplinary care if: <ul style="list-style-type: none"> ▪ their depression significantly impairs personal and social functioning and ▪ they have not benefitted from previous treatments, and either <ul style="list-style-type: none"> ▫ have multiple complicating problems, for example unemployment, poor housing or financial problems or ▫ have significant coexisting mental and physical health conditions. 	NICE 2022	75	n. z.	n. z.	unklar	offer / do not offer	ja ^a
Bei Hinweisen auf eine die Erkrankung komplizierende somatische oder psychische Komorbidität sollte eine weitergehende Abklärung erfolgen und die Patient*innen dazu ggf. zu entsprechenden Fachspezialist*innen weitergeleitet werden.	NVL 2022	38	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
Higher than recommended dose ranges should only be employed in specialist psychiatric settings where regular, careful and close monitoring is possible.	RANZCP 2020	92	n. z.	n. a.	unklar	CBR	unklar
Referral to psychiatry. Refer patients if depression is severe, treatment-resistant, bipolar, failed ≥ 2 medication trials, not responding to collaborative care, requires specialized treatments (page 25), or involves complex situations.	UMHS 2021	3	n. z.	A	ja	I	ja ^a
<p>a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SNRI: selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren; SSRI: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren;</p>							

A3.5.5.2 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.7.3)

Tabelle 83: V1.7.3 – K1 Einweisung Krankenhaus zur stationären Behandlung245

Tabelle 84: V1.7.3 – K2 Einweisung Krankenhaus zur stationären Behandlung – Notfall246

Tabelle 83: V1.7.3 – K1 Einweisung Krankenhaus zur stationären Behandlung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 20)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Consider inpatient treatment for people with more severe depression who cannot be adequately supported by a CRHT team. See also the NICE guideline on mental health problems in people with learning disabilities.	NICE 2022	76	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Eine stationäre Einweisung soll für suizidale Patient*innen angeboten werden, die akut suizidal sind, die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen, bei so schwerem Krankheitsbild der zugrundeliegenden depressiven Störung, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen, 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.	NVL 2022	177	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja
Bei depressivem Stupor soll eine stationäre Einweisung und eine Behandlung mit Lorazepam angeboten und im Notfall durchgeführt werden.	NVL 2022	189	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Eine stationäre Einweisung soll entsprechend den in Tabelle 46 aufgeführten Indikationen geprüft oder im Notfall veranlasst werden.	NVL 2022	207	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Um eine kontinuierliche Versorgung der Patient*innen mit depressiven Störungen zu gewährleisten, sollen nach akutstationärer Behandlung im Rahmen des interprofessionellen Entlassmanagements die in Tabelle 47 aufgeführten Maßnahmen rechtzeitig vor der Entlassung durchgeführt werden.	NVL 2022	209	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CRHT: crisis resolution and home treatment; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 84: V1.7.3 – K2 Einweisung Krankenhaus zur stationären Behandlung – Notfall (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 20)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei akuter Suizidgefährdung mit fehlender Bereitschaft zur stationären Aufnahme und fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten vereinbarten Termin sollen die Patient*innen unter Berücksichtigung der individuell erforderlichen Sicherheitskautele und unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen notfallmäßig und ggf. gegen ihren Willen in stationäre psychiatrische Behandlung eingewiesen werden.	NVL 2022	178	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben							

A3.5.5.3 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.7.4)

Tabelle 85: V1.7.4 – K1 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 21)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Eine stationäre psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation soll Patient*innen mit depressiven Störungen entsprechend den in Tabelle 43 aufgeführten Indikationen und Ausschlusskriterien angeboten werden, wenn eine adäquate Akutbehandlung ggf. auch inklusive psychosozialer Therapien und/oder unterstützender Maßnahmen erfolgt ist.	NVL 2022	194	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Bei funktionalen oder psychosozialen Beeinträchtigungen sollte der Beratungsbedarf bezüglich Rehabilitations- und Teilhabeleistungen erhoben und bei vermutetem Bedarf eine entsprechende Beratung empfohlen werden.	NVL 2022	39	nein	n. a.	unklar	sollte ↑	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben							

A3.5.6 Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen (V.Y)

Tabelle 86: V.Y – K1 Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 22)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Vor dem Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen zur Behandlung depressiver Störungen soll eine adäquate Diagnostik, Differentialdiagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung und Verordnung erfolgen.	NVL 2022	63	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Der Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen soll therapeutisch begleitet werden.	NVL 2022	64	ja	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Bei Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen soll ein regelmäßiges Monitoring der Adhärenz und Wirksamkeit erfolgen.	NVL 2022	65	nein	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Internet- und mobilbasierte Interventionen können Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva bzw. Psychotherapie angeboten werden.	NVL 2022	112	n. z.	n. a.	unklar	kann ↔	nein
In ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebettete Internet- und mobilbasierte Interventionen sollen Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden als alternativer Behandlungsansatz angeboten werden, wenn die Patient*innen sowohl Psychotherapie als auch Antidepressiva ablehnen.	NVL 2022	112	n. z.	n. a.	unklar	soll ↑↑	ja ^a
Internet- und mobilbasierte Interventionen können Patient*innen mit schweren depressiven Episoden zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva und/oder Psychotherapie angeboten werden.	NVL 2022	117	nein	n. a.	unklar	kann ↔	nein
For patients with MDD, there is insufficient evidence to conclude that interventions delivered by clinicians using telehealth are either superior or inferior to in-person treatment.	VADoD 2022	32	ja	very low	nein	neither for nor against	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MDD: major depressive disorder; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

A4 Kommentare

A4.1 Methodische Aspekte

Angabe von GoRs und LoEs der eingeschlossenen Leitlinien

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, dass oftmals vonseiten der Leitliniengruppe zu einer Empfehlung der GoR nicht angegeben war (bspw. ADAA 2021, CANMAT 2021) oder die GoR unklar definiert wurden (bspw. RANZCP 2020). Dies betraf auch vielfach die Angaben eines LoE zu den Empfehlungen (bspw. CCSMH 2021, RANZCP 2020). Dadurch war eine Übertragung auf die Referenzstandards von NVL oder GRADE für die Kategorisierung der GoR und von G-BA oder GRADE für Kategorisierung der LoE (siehe Kapitel A9) für die betroffenen Empfehlungen dieser Leitlinien nicht möglich.

Verweise auf Empfehlungen anderer Leitlinien

Die Leitlinie NICE 2022 [31] verweist hinsichtlich des Versorgungsaspekts Maßnahmen bei Komorbidität auf Empfehlungen der Leitlinie Dementia 2018. Diese Empfehlungen waren relevant für den Bericht und wurden entsprechend in der Synthese berücksichtigt (siehe Abschnitt 4.4.4.7).

A4.2 Würdigung der Anhörung

A4.2.1 Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan

Insgesamt wurde 1 Stellungnahme zum Berichtsplan frist- und formgerecht eingereicht. Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente überprüft. Die wesentlichen Argumente der Stellungnahme werden nachfolgend gewürdigt. Literaturzitate aus dem Wortlaut der Stellungnahme finden sich im separaten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan“.

Einschluss der NVL Unipolare Depression

Ein Stellungnehmender weist darauf hin, dass die Konsultationsfassung der NVL Unipolare Depression bereits vorliegt und die Endfassung kurz vor der Veröffentlichung stünde. Diese sei für August/September 2022 vorgesehen. Der Stellungnehmende bittet um die Berücksichtigung der Leitlinie. Die NVL Unipolare Depression wurde im Vorbericht entsprechend berücksichtigt.

Die Zusammenfassung aller Änderungen des Vorberichts gegenüber dem Berichtsplan, die sich u. a. durch die Anhörung zum Berichtsplan ergeben haben, ist in Abschnitt A1.2 dargestellt.

A4.2.2 Würdigung der Anhörung zum Vorbericht

Insgesamt wurden 5 Stellungnahmen zum Vorbericht frist- und formgerecht eingereicht.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente überprüft.

Die wesentlichen Argumente der Stellungnahmen werden in der nachfolgenden Tabelle 87 gewürdigt. Literaturzitate aus dem Wortlaut der Stellungnahmen finden sich im separaten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht“.

Die Zusammenfassung aller Änderungen des Abschlussberichts gegenüber dem Vorbericht, die sich u. a. durch die Anhörung zum Vorbericht ergeben haben, ist in Abschnitt A1.2 dargestellt.

Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Biogen GmbH		
1)	Anmerkungen zum Vorgehen in der Leitlinienrecherche	Keine Änderung des Berichts Der Therapiestandard wird über evidenzbasierte Leitlinien und nicht über einzelne RCTs definiert. Entsprechend dem Auftrag des G-BA werden ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien berücksichtigt.

Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	<p>In Anbetracht des sich rasch verändernden allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse wäre es wünschenswert, wenn zusätzlich zur erfolgten Recherche nach Leitlinie auch eine Recherche zu aktuellen randomisierten klinischen Studien (RCT) erfolgt wäre. Dies stellt sicher, dass eine allumfassende und aktuelle Übersicht zur Evidenz bei der Indikation Depression vorliegt. Hintergrund dieser Überlegung ist die beträchtliche Verzögerung, mit der neue, evidenzbasierte Therapiekonzepte im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP) Berücksichtigung finden. So wird das überarbeitete DMP Depression auf einer Leitlinienrecherche aus dem Jahr 2022 basieren. Die dabei identifizierten Leitlinien selbst beruhen ebenfalls auf Evidenzrecherchen, die zeitlich weit vor der Veröffentlichung der jeweiligen Leitlinie stattgefunden haben und ihrerseits nur bereits publizierte Evidenz identifizieren konnten. Die Überarbeitung des DMP Depression beruht somit auf Leitlinienempfehlungen, deren Evidenz zum Zeitpunkt der Recherche der Leitlinienautoren bereits publiziert war. Insgesamt lässt sich so eine Lücke von bis zu mehreren Jahren zwischen der Publikation neuer Therapiekonzepte und der Empfehlung in Leitlinien und eine weitere Lücke von bis zu mehreren Jahren zwischen einer Aufnahme in eine Leitlinie und deren Berücksichtigung im DMP Depression annehmen. Diese Lücke ließe sich durch eine systematische Recherche aktuell publizierter Evidenz aus RCT schließen. Die Bewertung bzw. die Einordnung der Evidenz aus RCT bezüglich der Relevanz für das Disease-Management-Programm-Arzneimittelrichtlinie (DMP-A-RL) sollte unter Leitung von relevanten medizinischen Fachgesellschaften erfolgen. Die Anpassung der DMP-A-RL sollte nicht allein auf Leitlinienempfehlungen basieren, sondern auch auf aktuellen Entwicklungen mit hochwertiger Evidenz unter Beteiligung der Fachgesellschaften.</p>	

Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
2)	<p>Anmerkung zur Einordnung der Postpartum Depression</p> <p>Das IQWiG schließt in dieser Leitlinienrecherche fälschlicherweise die Postpartum Depression (PPD) aus. Ausschlusskriterium ist, dass es sich bei der PPD nicht um eine unipolare Depression (E1) handelt. Dies ist nicht korrekt, da es sich bei der PPD sehr wohl um eine unipolare Depression handeln kann. Jedoch ist die PPD pathophysiologisch klar von anderen Indikationen, wie z.B. der klassischen Majoren Depression (MDD), zu unterscheiden und als eine eigenständige Indikation zu beschreiben. Im Gegensatz zu anderen Indikationen der unipolaren Depression ist bei einer PPD die hormonelle Veränderung als Auslöser gut beschrieben [1] und sollte daher auch differenziert therapiert werden. PPD ist weiterhin zumeist keine chronische Erkrankung, wie es z.B. bei der MDD häufig zutreffen kann.</p> <p>Die Postpartum Depression (PPD) gehört zur Gruppe der zyklusassoziierten depressiven Störungen und kann von der Hormonumstellung (Östrogen und Progesteron), ab Beginn der Schwangerschaft bis zu einigen Wochen und Monaten nach Entbindung ausgelöst werden [1]. Es handelt sich daher pathophysiologisch betrachtet um eine eigenständige Indikation innerhalb der depressiven Erkrankungen. Patientinnen mit PPD sind demnach als eigenständige Patientenpopulation zu betrachten. Jedoch kann diese derzeit nicht korrekt gemäß deutschem ICD-10 kodiert werden. Die gesonderte F53-Kodierung bildet nur Spezialfälle ab, sodass in der Realität PPD fälschlicherweise meist unter den ICD-Codes anderer unipolarer Depressionsarten, wie F32 (Depressive Episode, MDD) oder F33 (rezidivierende depressive Störung, TRD) kodiert wird.</p> <p>Es gibt derzeit keine Medikamente, die spezifisch für PPD zugelassen sind. Derzeit laufen gezielte PPD-Studienprogramme, um neue, PPD-spezifische Wirkstoffe zu entwickeln. Bei der PPD könnten neuartige medikamentöse Therapien, die schnell wirksam sind, nur für eine kurze Zeitdauer eingenommen werden müssen und speziell bei PPD-Patientinnen geprüft wurden, eine wichtige therapeutische Erweiterung bei der gezielten Behandlung von Depressionen darstellen.</p>	<p>Keine Änderung des Berichts</p> <p>Leitlinien zum Thema Depression in der Schwangerschaft und Geburt wurden grundsätzlich bei der Recherche der Leitlinien berücksichtigt und wurden hinsichtlich der Definition und der Erfüllung der Kriterien auf Einschluss in das DMP Depression detailliert geprüft. Die entsprechend geprüften und ausgeschlossenen Leitlinien finden sich in Anhang A6.1 des Berichts.</p> <p>Ausgeschlossen wurden diese Leitlinien teilweise, da sie sich nur auf einen begrenzten Zeitraum beziehen. Z. B. „first year after childbirth“. Wie in der Stellungnahme richtig ausgeführt wird, verläuft die PPD nicht chronisch, während bei der unipolaren Depression ein chronischer Verlauf häufiger anzutreffen ist. Daher begründet der Stellungnehmende an dieser Stelle bereits selbst die Abgrenzung zur unipolaren Depression. In den tragenden Gründen zur DMP-A-RL ist eindeutig umrissen, was Bestandteil des DMP-Depression ist und was nicht, bzw. in der DMP-A-RL selbst wird dies ebenfalls klar ausformuliert.</p> <p>Siehe Tragende Gründe (Seite 5): „Da chronische und rezidivierende unipolare depressive Störungen die beiden häufigsten schwerwiegenden Erkrankungsformen darstellen, wird das DMP auf diese ausgerichtet [...].“</p>

Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
3)	<p>S. 16, 4.4.2 Therapieziele S.43, 4.4.4.4 Medikamentöse Therapie</p> <p><u>Anmerkung:</u> Das IQWiG führt zum Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL aus, dass Patient*innen über den Therapieerfolg, die Wirklatenz, mögliche Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und die Behandlungsdauer informiert werden sollten.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Der verzögerte Wirkeintritt (Wirklatenz) aktueller Antidepressiva für die Therapie der MDD wird in den aktuellen Leitlinien mit einem Zeitraum von bis zu 4 Wochen angegeben. Diese Wirklatenz stellt für die Patient*innen eine Belastung dar. Ein verzögerter Wirkeintritt bedeutet, dass die Depression und die damit verbundenen Beeinträchtigungen bzw. für einige Patient*innen Selbstmordgedanken bis hin zum potenziellen Suizidrisiko über einen Zeitraum von mehreren Wochen anhalten. Ein frühzeitiges Einsetzen der Wirksamkeit kann zu einer Adhärenzsteigerung und damit zu verbesserten Therapie-Ergebnisse führen [2]. Weiterhin ist die Episodendauer ein wichtiger Faktor für den weiteren Verlauf der Erkrankung [3]. Je länger eine Episode dauert, desto höher ist das Risiko für einen Rückfall oder gar chronischen Depression.</p> <p>Im Gegensatz zu der 4 – 6-wöchigen Wirklatenz der klassischen ADT tritt die Wirkung bei Rapid acting Antidepressants (RAAD) bereits nach wenigen Tagen ein. Die Patient*innen könnten mit diesen rasch wirkenden Therapien schneller von ihrer Symptomlast befreit werden.</p>	<p>Keine Änderung des Berichts</p> <p>Der Stellungnehmende bezieht sich hier auf den Originalwortlaut der DMP-A-RL. Dieser wird im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht angepasst. Die Ausgestaltung der DMP-A-RL obliegt dem G-BA.</p>
4)	<p>S. 24, 4.4.4.1.1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und vom Erkrankungsverlauf</p> <p><u>Anmerkung:</u> Die Therapiegrundsätze definieren für die Behandlung einer schweren, persistierenden Depression unabhängig vom Schweregrad vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie. Es wird aber auch erwähnt, dass sofern die Patient*innen diese Kombinationstherapie nicht wünschen oder diese nicht möglich ist, eine alleinige medikamentöse Therapie oder Psychotherapie empfohlen wird.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Der Zugang, insbesondere zur psychotherapeutischen Versorgung von Patient*innen ist in Deutschland nicht uneingeschränkt und regelhaft vorhanden [4-7]. Es zeigt sich, dass in der Realität Patient*innen teilweise Monate auf einen Therapieplatz warten müssen. Dies führt zu einer anhaltenden Krankheitslast für Patient*innen. Es fehlt an schnell wirksamen Psychopharmakotherapien, die diese Lücke schließen können</p>	<p>Siehe Argument Nr. 3</p>

Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
5)	<p>S. 42, 4.4.4.3 Neurostimulatorische Verfahren</p> <p><u>Anmerkung:</u> Unter neurostimulatorischen Verfahren wird aufgeführt, dass die elektrokonvulsive Therapie (EKT) in Deutschland fast ausschließlich im stationären Setting erbracht wird.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Die Tatsache, dass EKT bei den Patient*innen lediglich im stationären Sektor durchgeführt wird, unterstreicht, dass es sich um keine Regelleistung bei der Behandlung depressiver Störungen handeln kann. Die EKT sollte daher im Rahmen der DMP-A-RL lediglich eine untergeordnete Rolle spielen und es kann keine generelle Empfehlung ausgesprochen werden.</p>	<p>Keine Änderung des Berichts</p> <p>Der Stellungnehmende bezieht sich an dieser Stelle auf den klinischen Hinweis zur EKT und verweist hier darauf, wie eine Ausgestaltung der DMP-A-RL aussehen könnte. Die Ausgestaltung der DMP-A-RL obliegt dem G-BA und erfolgt nicht im Rahmen des vorliegenden Berichts.</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e. V.</p>		
6)	<p>Die Aktualisierung der DMP-RL ist sehr zu begrüßen, da sich seit der letzten Version einiger Fortschritt, in Hinsicht auf die Evidenz zum klinischen Vorgehen, ergeben hat und daher eine Revision notwendig ist. Begrüßenswert ist, dass die neue NVL Depression mit in den Vorbericht aufgenommen wurde. In dem Vorbericht sind die Abweichungen von den derzeit gültigen Leitlinien ausführlich aufgeführt worden.</p> <p>Primär wurden die aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen auf Diskrepanzen zur DMP untersucht. Es erscheint wichtig, auch die Hintergrundtexte z. B. der NVL bei der Konsensfindung mit zu berücksichtigen, da hier wichtige Zusatzinformationen zu finden sind, die allein durch die Empfehlungen nicht abgedeckt sind.</p> <p>Ferner sollte während des Revisionsprozesses auch gerade die neuere Literatur beachtet werden, um entscheiden zu können, welche Leitlinienempfehlungen (NVL, NICE, APA, CANMAT, usw.) in die DMP-RL einfließen</p>	<p>Keine Änderung des Berichts</p> <p>Für den vorliegenden Bericht werden ausschließlich die Leitlinienempfehlungen berücksichtigt. Hintergrundtexte zu den einzelnen Empfehlungen sind nicht Gegenstand des methodischen Vorgehens. Entsprechend dem Auftrag wurden ausschließlich aktuelle evidenzbasierte Leitlinien in den Bericht eingeschlossen. Das methodische Vorgehen wird in Kapitel 3 und Kapitel A2 ausführlich dargelegt. In Kapitel A2 finden sich zudem die konkreten Einschlusskriterien für die Recherche nach Leitlinien. Ob bestimmte Leitlinienempfehlungen für die Ausgestaltung der DMP-A-RL herangezogen werden, obliegt dem G-BA.</p>
7)	<p>Auch ist zu berücksichtigen, dass die Leitlinien einen Konsensus verschiedener Interessengruppen darstellen und nicht die reine klinische Evidenz abbilden. Als Beispiel kann angeführt werden, dass gerade bei der Einordnung der Therapieverfahren bei therapieresistenter Depression nicht die neueste Evidenz in die NVL mit aufgenommen wurde. Auch sind Strategien wie die Erhöhung der antidepressiven Dosis von SNRIs (Serotonin und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) bei Nichtansprechen im Vergleich zu den früheren Leitlinien Depression um dt. Raum abgewertet worden, was nicht der psychiatrischen Lehrmeinung entspricht.</p>	

Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e. V.		
8)	Folgende Überarbeitungen möchte ich anregen: S. 1: In der Beschreibung des Krankheitsbildes sollte neben ICD-10 und DSM-5 auch das ICD-11 genannt werden	Änderung des Berichts Der ICD-11 wurde in der Beschreibung des Krankheitsbildes ergänzt.
9)	S. 17, Therapieplanung (V1.4): Der Einsatz von evidenzbasierten, schriftlichen Patienteninformationen in Kombination mit der Aufklärung im persönlichen Gespräch sollte empfohlen werden	Keine Änderung des Berichts Es wurden sowohl für die Aufklärung als auch für schriftliche Patienteninformation getrennt Diskrepanzen identifiziert (siehe V1.4 K2, K5 und K6, V1.5.X K1, V1.5.3 K2, V1.6 K3, V1.6.2 K4 und K7). Es lagen keine Empfehlungen aus den eingeschlossenen Leitlinien zur konkreten Kombination von schriftlichen Patienteninformationen und der Aufklärung im persönlichen Gespräch vor, sodass an dieser Stelle keine Diskrepanz festgestellt werden konnte.
10)	S. 24 (V1.5.1.1): Bei einer Double Depression sollte eine Kombinationsbehandlung aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung empfohlen werden (keine alleinige medikamentöse Behandlung als first-line Therapie aufgrund zu geringer Evidenz für einen Vorteil dieser Behandlung)	Keine Änderung des Berichts Die eingeschlossenen Leitlinien enthielten keine Empfehlungen zur Double Depression, sodass für diesen vom Stellungnehmenden genannten Aspekt keine Diskrepanz festgestellt werden konnte.
11)	S. 44 (V1.5.3): Bei Beginn einer medikamentösen antidepressiven Therapie sollte vor Beginn sowie im Verlauf eine EKG, Gewichts- und Laborkontrolle (Blutbild, GFR, Leberenzyme, und Serumelektrolyte) erfolgen	Keine Änderung des Berichts Die vom Stellungnehmenden angesprochenen Untersuchungen vor Beginn und während der Therapie mit Antidepressiva wurden in V1.5.3 K2 „Zu klärende Aspekte zu Beginn“ und in V1.6.2 K1 „Allgemeine Aspekte“ aufgegriffen. In V1.6.2 findet sich u. a. auch die Empfehlung der NVL 2022, die im Rahmen des Monitorings auf die Tabelle 28 (in der Leitlinie) verweist. Dort werden die von dem Stellungnehmenden genannten Parameter für das Monitoring aufgeführt.

Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
12)	S. 71 (V1.6.2): Bei Nichtansprechen auf ein Antidepressivum kann zusätzlich zu den vorgeschlagenen Therapieoptionen auch eine Kombination mit einer Psychotherapie empfohlen werden	Keine Änderung des Berichts Die Leitlinie NVL 2022 gibt eine entsprechende Empfehlung zum Nichtansprechen einer medikamentösen Behandlung und verweist in der Empfehlung auf das Vorgehen gemäß Algorithmus in Abbildung 13 (der Leitlinie) (siehe Tabelle 74 des Berichts). Dort wird die Kombination mit einer Psychotherapie nach Evaluation der Ursachen für das Nichtansprechen entsprechend abgebildet. Diese Empfehlung wurde entsprechend im Bericht auch als diskrepant eingestuft und in der Darstellung der Diskrepanzen in Tabelle 17 des Berichts aufgeführt.
13)	S. 83 (V1.7.3): Alternativvorschlag: Anstelle der Sätze „Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist darüber hinaus immer dann zu erwägen, wenn die Depression ambulant nicht ausreichend therapierbar ist. Soll in diesen Fällen vorrangig eine Psychotherapie angeboten werden, kann auch eine stationäre psychosomatisch-psycho-therapeutische Behandlung erwogen werden“ schlage ich folgende Formulierung vor: „Wenn die Depression ambulant nicht ausreichend therapierbar ist, kann darüber hinaus eine elektive stationäre Behandlung eingeleitet werden. Wenn diese mit psychotherapeutischem Schwerpunkt erfolgen soll, kann diese gleichwertig als stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung oder als stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgen“	Siehe Argument Nr. 3

Tabelle 87: Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Novartis Pharma GmbH		
14)	<p>4.4.2 (S.16)</p> <p><u>Anmerkung:</u></p> <p>In diesem Abschnitt (Therapieziele V1.3) gibt das IQWiG an, dass die eingeschlossenen Leitlinien keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt beinhalten. Das ist aus unserer Sicht nicht klar nachvollziehbar. Die eingeschlossene NVL (2022) beinhaltet ab Seite 47 Abschnitt 3.2 „Behandlungsziele und klinische Endpunkte“. (1) In diesem Abschnitt werden allgemeine Behandlungsziele genannt, welche kongruent zu denen bereits im DMP geforderten sind. Dazu zählen beispielsweise die Verringerung der klinischen Symptome und Mortalität sowie die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Darüber hinaus findet sich im weiteren Verlauf der Leitlinie ab Seite 49 ff. Abschnitt 3.2.2 „Individuelle Therapieziele“. (1) In diesem Abschnitt werden konkrete Empfehlungen und Beispiele für individuelle Therapieziele beschrieben.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p> <p>→ Wir sehen den Nutzen von allgemeinen Behandlungszielen sowie die individuelle Zielvereinbarung zwischen Patienten und Behandelnden darin, dass eine Therapie auf die individuellen Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet wird, um dadurch die Zufriedenheit mit der Behandlung und die Adhärenz zu verbessern. Zusätzlich kann die Therapie besser in den Alltag des Patienten integriert werden, wodurch die Belastung durch die Therapie möglichst geringgehalten wird.</p> <p>→ Wir regen die erneute Betrachtung und ggf. Berücksichtigung zusätzlicher Empfehlungen aus der NVL (2022) Abschnitt 3.2 und 3.2.2 an</p>	<p>Keine Änderung des Berichts</p> <p>Die in Abschnitt 3.2 bzw. 3.2.1 angegebenen Inhalte der Leitlinie NVL 2022 sind keine Empfehlungen entsprechend dem methodischen Vorgehen.</p> <p>Die formal gekennzeichneten Empfehlungen in Abschnitt 3.2.2 der Leitlinie NVL 2022 beziehen sich im Kern nicht auf konkrete individuelle Therapieziele, daher wurden diese Empfehlungen unter den Versorgungsaspekt V1.4 Therapieplanung K3 „Individuelle Therapieplanung“ einsortiert.</p>

A5 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]. 2020 [Zugriff: 25.11.2020]. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf.
2. Bundesamt für Soziale Sicherung. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung [online]. 2020 [Zugriff: 25.11.2020]. URL: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>.
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) [online]. 2021 [Zugriff: 05.04.2022]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2574/DMP-A-RL_2021-03-18_iK-2021-10-01.pdf.
4. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al. Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V (F); Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Hogrefe; 2016.
5. Falkai P, Wittchen HU. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe; 2018.
6. Herzog DR, Turner D, Lieb K. Psychiatrie hoch2. München: Elsevier; 2022.
7. Wittchen HU, Jacobi F, Klose M et al. Depressive Erkrankungen [online]. 2010 [Zugriff: 29.04.2022]. URL: https://www.gbe-bund.de/pdf/Depressive_Erkrankungen.pdf.
8. Bschor T, Bauer M, Adli M. Chronische und therapieresistente Depression: Diagnostik und Stufentherapie. Dtsch Arztebl Int 2014; 111(45): 766-776. <https://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2014.0766>.
9. Machmutow K, Meister R, Jansen A et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. Cochrane Database Syst Rev 2019; 5: CD012855. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012855.pub2>.
10. Steffen A, Holstiege J, Akmatov MK et al. Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 [online]. 2019 [Zugriff: 28.04.2022]. URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/102/VA_19-05_Bericht_Depressionen_2_2019-06-27.pdf.

11. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. [Erratum to: Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Nervenarzt* 2016; 87(1): 88-90. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>.
12. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Nervenarzt* 2014; 85(1): 77-87. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>.
13. Streit F, Zillich L, Frank J et al. Lifetime and current depression in the German National Cohort (NAKO). *World J Biol Psychiatry* 2022: 1-16. <https://dx.doi.org/10.1080/15622975.2021.2014152>.
14. Mack S, Jacobi F, Beesdo-Baum K et al. Functional disability and quality of life decrements in mental disorders: Results from the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Eur Psychiatry* 2015; 30(6): 793-800. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.06.003>.
15. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(9): 655-679. <https://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>.
16. World Health Organisation. Global Health Estimates 2019 Summary Tables: Global DALYs by Cause, Age and Sex, 2000-2019 [online]. 2020 [Zugriff: 03.05.2022]. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly_global_2000_2019106cc197-7fec-4494-9b12-64d11150302b_f73d0faa-e6f4-41e6-93fd-61f437447299.xlsx.
17. Brieger P, Menzel S, Hamann J. Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2022; 65(1): 25–29. <https://dx.doi.org/10.1007/s00103-021-03464-0>.
18. Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Institut für Gesundheit- und Sozialforschung. Psychreport 2023: Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2012 - 2022 [online]. 2023 [Zugriff: 11.04.2023]. URL: <https://www.dak.de/dak/download/report-2609620.pdf>.
19. Field MJ, Lohr KN. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington: National Academy Press; 1990.
20. Graham RM, Mancher M, Miller-Wolman D et al. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington: National Academies Press; 2011.
21. Frost JL, Rich RL Jr, Robbins CW et al. Depression Following Acute Coronary Syndrome Events: Screening and Treatment Guidelines from the AAFP. *Am Fam Physician* 2019; 99(12): Online.

22. Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. *Am Fam Physician* 2019; 99(10): 620-627.
23. Rybak YE, Lai KSP, Ramasubbu R et al. Treatment-resistant major depressive disorder: Canadian expert consensus on definition and assessment. *Depress Anxiety* 2021; 38(4): 456-467. <https://dx.doi.org/10.1002/da.23135>.
24. American Psychological Association. APA Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts [online]. 2019 [Zugriff: 01.06.2022]. URL: <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>.
25. Sarris J, Ravindran A, Yatham LN et al. Clinician guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytochemicals: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Taskforce. *World J Biol Psychiatry* 2022: 1-32. <https://dx.doi.org/10.1080/15622975.2021.2013041>.
26. Swainson J, McGirr A, Blier P et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Recommendations for the Use of Racemic Ketamine in Adults with Major Depressive Disorder: Recommendations Du Groupe De Travail Du Réseau Canadien Pour Les Traitements De L'humeur Et De L'anxiété (Canmat) Concernant L'utilisation De La Ketamine Racémique Chez Les Adultes Souffrant De Trouble Dépressif Majeur. *Can J Psychiatry* 2021; 66(2): 113-125. <https://dx.doi.org/10.1177/0706743720970860>.
27. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Canadian Guidelines on Prevention, Assessment and Treatment of Depression Among Older Adults [online]. 2021 [Zugriff: 01.06.2022]. URL: https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FINAL_EN.pdf.
28. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry* 2018; 54: 124-144. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.004>.
29. Guu TW, Mischoulon D, Sarris J et al. International Society for Nutritional Psychiatry Research Practice Guidelines for Omega-3 Fatty Acids in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychother Psychosom* 2019; 88(5): 263-273. <https://dx.doi.org/10.1159/000502652>.
30. Baba H, Kito S, Nukariya K et al. Guidelines for diagnosis and treatment of depression in older adults: A report from the Japanese Society of mood disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 2022. <https://dx.doi.org/10.1111/pcn.13349>.

31. National Institute of Clinical Excellence. Depression in adults: treatment and management [online]. 2022 [Zugriff: 13.10.2022]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
32. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie: unipolare Depression; Langfassung [online]. 2022 [Zugriff: 13.10.2022]. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3>.
33. Malhi GS, Bell E, Boyce P et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Bipolar disorder summary. Bipolar Disord 2020; 22(8): 805-821. <https://dx.doi.org/10.1111/bdi.13036>.
34. Warnick SJ Jr, Van Harrison R, Parikh SV et al. Ambulatory Unipolar Depression Guideline [online]. 2021 [Zugriff: 16.05.2022]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572297/>.
35. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder [online]. 2022 [Zugriff: 13.10.2022]. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/mdd/index.asp>.
36. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) [online]. 2021 [Zugriff: 03.08.2022]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf.
37. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. deprexis [online]. 2022 [Zugriff: 26.01.2023]. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00450>.
38. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Selfapys Online-Kurs bei Depression [online]. 2022 [Zugriff: 26.01.2023]. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00876>.
39. Organisation for Economic Co-operation and Development. Secretary-General's Report to Ministers 2019 [online]. 2019 [Zugriff: 25.11.2020]. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/d4b4a55c-en.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2Fd4b4a55c-en&mimeType=pdf>.
40. Mattke S, Kelley E, Scherer P et al. Health Care Quality Indicators Project: Initial Indicators Report [online]. 2006 [Zugriff: 25.11.2020]. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/health-care-quality-indicators-project_519t19p99tmv.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpaper%2F481685177056&mimeType=pdf.
41. Alderson LJ, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. J Clin Epidemiol 2014; 67(1): 52-55. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.012>.

42. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S 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. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.286.12.1461>.
43. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT et al. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. Ann Intern Med 2007; 147(4): 224-233. <https://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-147-4-200708210-00179>.
44. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II: AGREE II Instrument [online]. 2017 [Zugriff: 25.11.2020]. URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>.
45. Ketola E, Kaila M, Honkanen M. Guidelines in context of evidence. Qual Saf Health Care 2007; 16(4): 308-312. <https://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.019752>.
46. Watine J, Friedberg B, Nagy E et al. Conflict between guideline methodologic quality and recommendation validity: a potential problem for practitioners. Clin Chem 2006; 52(1): 65-72. <https://dx.doi.org/10.1373/clinchem.2005.056952>.
47. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. CMAJ 2010; 182(10): 1045-1052. <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.091714>.
48. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. CMAJ 2010; 182(10): E472-E478. <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.091716>.
49. Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses [online]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.
50. Bennett K, Duda S, Brouwers M et al. Towards high-quality, useful practice guidelines for child and youth mental health disorders: protocol for a systematic review and consensus exercise. BMJ Open 2018; 8(2): e018053. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018053>.
51. Hoffmann-Esser W, Siering U, Neugebauer EAM et al. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument-a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. J Clin Epidemiol 2018; 95: 120-127. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.009>.
52. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien: Methodenreport [online]. 2017 [Zugriff: 25.11.2020]. URL: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/methodik/nvl-methodenreport-5auf-1-vers1.pdf>.

53. American Psychological Association. APA Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men [online]. 2018 [Zugriff: 01.06.2022]. URL: <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf>.

54. Schünemann H, Brozek J, Gyatt G et al. GRADE Handbook [online]. 2013 [Zugriff: 30.11.2021]. URL: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.

A6 Leitlinienlisten

A6.1 Liste der ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen

Nicht E1

1. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol 2018; 131(5): e140-e150. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>.
2. The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. J Addict Med 2020; 14(2S Suppl 1): 1-91. <https://dx.doi.org/10.1097/ADM.0000000000000633>.
3. Academic Committee of the Korean Society of M, Lee SR, Cho MK et al. The 2020 Menopausal Hormone Therapy Guidelines. J Menopausal Med 2020; 26(2): 69-98. <https://dx.doi.org/10.6118/jmm.20000>.
4. Alberta Health Services. Postpartum depression screening [online]. 2019 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page16138.aspx>.
5. Albus C, Waller C, Fritzsche K et al. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. Kardiologie 2018; 12: 312–331. <https://dx.doi.org/10.1007/s12181-018-0271-4>.
6. American Diabetes Association. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes Care 2022; 45(Suppl 1): S1-S2. <https://dx.doi.org/10.2337/dc22-Sint>.
7. American Psychological Association. APA Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men [online]. 2018 [Zugriff: 01.06.2022]. URL: <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf>.
8. American Psychological Association. APA Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women [online]. 2018 [Zugriff: 01.06.2022]. URL: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-girls-women.pdf>.
9. American Psychological Association. APA Guidelines for Assessment and Intervention with Persons with Disabilities [online]. 2019 [Zugriff: 01.06.2022]. URL: <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-assessment-intervention-disabilities.pdf>.
10. American Psychological Association. APA Guidelines for Psychological Practice for People with Low-Income and Economic Marginalization [online]. 2019 [Zugriff: 13.05.2022]. URL: <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-low-income.pdf>.
11. American Psychological Association. APA Guidelines on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care [online]. 2021 [Zugriff: 01.06.2022]. URL: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf>.

12. American Psychological Association. APA Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons [online]. 2021 [Zugriff: 14.06.2022]. URL: <http://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>.
13. Chang C, Putukian M, Aerni G et al. Mental health issues and psychological factors in athletes: detection, management, effect on performance and prevention: American Medical Society for Sports Medicine Position Statement-Executive Summary. Br J Sports Med 2020; 54(4): 216-220. <https://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2019-101583>.
14. Crawford GB, Dzierzanowski T, Hauser K et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open 2021; 6(4): 100225. <https://dx.doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>.
15. Croke L. Perinatal Depression: AAP Policy Statement on Recognition and Management. Am Fam Physician 2019; 100(7): 443-444.
16. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical practice Guideline for the Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide [online]. 2019 [Zugriff: 02.06.2022]. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf>.
17. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation [online]. 2019 [Zugriff: 02.06.2022]. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/VADoDStrokeRehabCPGFinal8292019.pdf>.
18. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie. S1-Leitlinie Geriatisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline [online]. 2021 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/084-002LGI_S1_Geriatisches-Assessment-Stufe_2_2022-01.pdf.
19. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [online]. 2018 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf.
20. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen [online]. 2020 [Zugriff: 13.10.2022]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/016-003.html>.

21. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. S2k-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung [online]. 2019 [Zugriff: 13.10.2022]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-027.html>.
22. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M et al. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. Ginekol Pol 2021; 92(2): 153-164. <https://dx.doi.org/10.5603/GP.a2020.0141>.
23. Elmets CA, Leonardi CL, Davis DMR et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. J Am Acad Dermatol 2019; 80(4): 1073-1113. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.058>.
24. Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin. Psychosoziale Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen [online]. 2018 [Zugriff: 13.10.2022]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/024-027.html>.
25. Henderson L, Shah V, Trkulja S. Selective serotonin reuptake inhibitors or serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors in pregnancy: Infant and childhood outcomes. Paediatr Child Health 2021; 26(5): 321-322. <https://dx.doi.org/10.1093/pch/pxab021>.
26. Institute for Clinical Systems Improvement. Palliative Care for Adults [online]. 2020 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2021/11/PalliativeCare_6th-Ed_2020_v2.pdf.
27. Kaiser Permanente. Perinatal Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Guideline [online]. 2021 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/depression-perinatal.pdf>.
28. Kovacs AH, Brouillette J, Ibeziako P et al. Psychological Outcomes and Interventions for Individuals With Congenital Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2022; 15(8): e000110. <https://dx.doi.org/10.1161/HCQ.000000000000110>.
29. Lang E, Colquhoun H, LeBlanc JC et al. Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. CMAJ 2022; 194(28): E981-E989. <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.220290>.
30. Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2022; 145(3): e4-e17. <https://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000001039>.

31. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung [online]. 2020 [Zugriff: 02.06.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf.
32. Lyman GH, Bohlke K, Cohen L. Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline Summary. J Oncol Pract 2018; 14(8): 495-499. <https://dx.doi.org/10.1200/JOP.18.00283>.
33. Mazza D, Brijnath B, Chakraborty SP et al. Clinical guideline for the diagnosis and management of work-related mental health conditions in general practice [online]. 2019 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Mental%20health/Work-related-mental-health-conditions-in-general-practice.pdf>.
34. Mohile SG, Dale W, Somerfield MR et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncol 2018; 36(22): 2326-2347. <https://dx.doi.org/10.1200/JCO.2018.78.8687>.
35. Rafferty J, Mattson G, Earls MF et al. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. Pediatrics 2019; 143(1). <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2018-3260>.
36. Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Interventions for Perinatal Depression [online]. 2018 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Perinatal_Depression_FINAL_web_0.pdf.
37. Royal Australian College of General Practitioners. Management of type 2 diabetes: A handbook for general practice [online]. 2020 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: <https://www.racgp.org.au/getattachment/41fee8dc-7f97-4f87-9d90-b7af337af778/Management-of-type-2-diabetes-A-handbook-for-general-practice.aspx>.
38. Schröder HM, Lilienthal S, Schreiber-Gollwitzer BM et al. Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie [online]. 2019 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/025-002l_S3_Psychosoziale-Versorgung-Paediatrische-Onkologie-Haematologie_2020-02.pdf.
39. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 164: eating disorders; a national clinical guideline [online]. 2022 [Zugriff: 18.10.2022]. URL: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/eating-disorders/>.

40. Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management [online]. 2022 [Zugriff: 13.05.2022]. URL: <https://informme.org.au/guidelines/clinical-guidelines-for-stroke-management>.

41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment for Suicidal Ideation, Self-Harm, and Suicide Attempts Among Youth [online]. 2020 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-06-01-002.pdf.

42. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment of stimulant use disorders [online]. 2020 [Zugriff: 13.10.2022]. URL: https://store.samhsa.gov/product/Treatment-of-Stimulant-Use-Disorder/PEP20-06-01-001?referer=from_search_result.

43. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Psychosocial Interventions for Older Adults With Serious Mental Illness [online]. 2021 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP21-06-05-001.pdf.

44. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment Considerations for Youth and Young Adults with Serious Emotional Disturbances/Serious Mental Illnesses and Co-occurring Substance Use [online]. 2021 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/pep20-06-02-001.pdf.

45. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Telehealth for the Treatment of Serious Mental Illness and Substance Use Disorders [online]. 2021 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP21-06-02-001.pdf.

46. University of Sidney. Guidelines for the treatment of alcohol problems [online]. 2021 [Zugriff: 13.10.2022]. URL: <https://alcoholtreatmentguidelines.com.au/pdf/guidelines-for-the-treatment-of-alcohol-problems.pdf>.

47. Wong J, Ross GP, Zoungas S et al. Management of type 2 diabetes in young adults aged 18-30 years: ADS/ADEA/APEG consensus statement. Med J Aust 2022; 216(8): 422-429. <https://dx.doi.org/10.5694/mja2.51482>.

Nicht E2

1. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. Obstet Gynecol 2018; 132(5): e208-e212. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>.

2. Curry SJ, Krist AH, Owens DK et al. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2019; 321(6): 580-587. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.0007>.

3. Maurer DM, Raymond TJ, Davis BN. Depression: Screening and Diagnosis. Am Fam Physician 2018; 98(8): 508-515.

Nicht E4

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Prevention and Treatment of Anxiety, Depression, and Suicidal Thoughts and Behaviors Among College Students [online]. 2021 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP21-06-05-002.pdf.

Nicht E6

1. Noyes S, Lannigan EG. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults Living With Serious Mental Illness. Bethesda: AOTA Press; 2019.

Nicht E7

1. Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie et al. S1 Leitlinie Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie) [online]. 2018 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-024l_S1_Psychosomatische_Dermatologie_2018-05.pdf.

2. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical management and service guidance; Updated edition [online]. 2018 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>.

Nicht E9

1. Department of Health, Australian Government. Pregnancy Care Guidelines and related documents [online]. 2021 [Zugriff: 14.06.2022]. URL: <https://www.health.gov.au/resources/collections/pregnancy-care-guidelines-and-related-documents>.

2. NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines; Depression [online]. 2022 [Zugriff: 01.06.2022]. URL: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/depression.aspx>.

Nicht 10

1. Beise U, Howald A, Huber F. Depression [online]. 2019 [Zugriff: 02.06.2022]. URL: https://www.medix.ch/media/gl_depression_2019_4.4.19_mh_1.pdf.

2. Bennabi D, Yrondi A, Charpeaud T et al. Clinical guidelines for the management of depression with specific comorbid psychiatric conditions French recommendations from experts (the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the fondation FondaMental). BMC Psychiatry 2019; 19(1): 50. <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-019-2025-7>.

3. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Gutachtliche Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen [online]. 2019 [Zugriff: 02.06.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-029l_S2k_Begutachtung-psychischer-psychosomatischer-Stoerungen_2019-12_01.pdf.

4. Hebel T, Grozinger M, Landgrebe M et al. Evidence and expert consensus based German guidelines for the use of repetitive transcranial magnetic stimulation in depression. World J Biol Psychiatry 2021: 1-22. <https://dx.doi.org/10.1080/15622975.2021.1995810>.

5. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. J Womens Health (Larchmt) 2019; 28(2): 117-134. <https://dx.doi.org/10.1089/jwh.2018.27099.mensocrec>.

6. Samochowiec J, Dudek D, Kucharska Mazur J et al. Pharmacological treatment of a depressive episode and recurrent depressive disorder - guidelines of the Polish Psychiatric Association and the National Consultant for Adult Psychiatry. Psychiatr Pol 2021; 55(2): 235-259. <https://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/132496>.

7. Samochowiec J, Rybakowski J, Galecki P et al. Recommendations of the Polish Psychiatric Association for treatment of affective disorders in women of childbearing age. Part I: Treatment of depression. Psychiatr Pol 2019; 53(2): 245-262. <https://dx.doi.org/10.12740/PP/103385>.

8. Weiss A, Hussain S, Ng B et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists professional practice guidelines for the administration of electroconvulsive therapy. Aust N Z J Psychiatry 2019; 53(7): 609-623. <https://dx.doi.org/10.1177/0004867419839139>.

Nicht E11

1. Mula M, Brodie MJ, De Toffol B et al. Clinical practice guideline for treatment of depression in adults with epilepsy [online]. 2020 [Zugriff: 07.06.2022]. URL: <https://www.ilae.org/files/dmfile/Draft-Treatment-of-depression-in-adults-with-epilepsy-Oct-2020.pdf>.

2. Tourjman SV, Buck G, Jutras-Aswad D et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report: A Systematic Review and Recommendations of Cannabis use in Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. Can J Psychiatry 2022: 7067437221099769. <https://dx.doi.org/10.1177/07067437221099769>.

A7 Leitlinienrecherche

A7.1 Suchbegriffe

- Depression, psychische Erkrankungen / Störungen, Suizid
- depression, depressive disorders, mood disorders, mental health / illness, suicide

A7.2 Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter

Leitliniendatenbanken

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), DE
- Canadian Medical Association (CMA Infobase), CA
- Dynamed, US
- ECRI-Guidelines Trust, US
- GuidelinesCentral, US
- Guidelines International Network (GIN), AU
- National Library of Guidelines (NHS Evidence research), GB
- Tripdatabase, CA

Fachübergreifende Leitlinienanbieter

- Alberta Medical Association / Acceleration Change Transformation Team (AMA/ACTT), CA
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), BE
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines (BCC), CA
- Colorado Clinical Guidelines Collaborative (CCGC), US
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), DE
- Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER), CH
- Haute Autorité de Santé (HAS), FR
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), US
- Medical Journal of Australia (MJA), AU
- mediX, CH
- Ministry of Health (MOH), NZ
- Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm), DE

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), GB
- National Health and Medical Research Council (NHMRC), AU
- New South Wales Department of Health (NSW Health), AU
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), GB
- World Health Organization (WHO), INT

Fachspezifische Leitlinienanbieter

- American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI), US
- American Academy of Family Physicians (AAFP), US
- American Academy of Neurology (AAN), US
- American Academy of Pain Medicine (AAPM), US
- American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology (AAACE/ACE), US
- American Association of Diabetes Educators (ADCES), US
- American Association for Respiratory Care (AARC), US
- American College of Cardiology (ACC), US
- American College of Chest Physicians (ACCP), US
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), US
- American College of Physicians (ACP), US
- American College of Rheumatology (ACR), US
- American Diabetes Association (ADA), US
- American Geriatrics Society (AGS), US
- American Heart Association (AHA), US
- American Psychiatric Association (APA), US
- American Society of Clinical Oncology (ASCO), US
- American Society of Echocardiography (ASE), US
- American Society of Hematology (ASH), US
- American Society of Addiction Medicine (ASAM), US
- American Thoracic Society (ATS), US
- American Urological Association (AUA), US

- Australasia Paediatric Endocrine Group (APEG), AUS
- Australian Diabetes Society (ADS), AUS
- Australian Dietary Guidelines (ADG), AUS
- BC Cancer Agency, GB
- British Diabetes Association (Diabetes UK), GB
- British Society of Haematology (BSH), GB
- British Society of Rheumatology (BSR), GB
- British Thoracic Society (BTS), GB
- British Transplantation Society (BTS), GB
- Canadian Cardiovascular Society (CCS), CA
- Canadian Psychiatric Association (CPA), CA
- Canadian Thoracic Society (CTS), CA
- Cancer Australia, Australian Government, AUS
- Cancer Council Australia, AUS
- Cardiac Society of Australia and New Zealand (CSANZ), AU
- Deutsche Atemwegsliga, DE
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), DE
- Deutsche Gesellschaft für Neurologische Begutachtung (DGNB), DE
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (DGK), DE
- Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), DE
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaferkrankungen (DGPR), DE
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), DE
- Diabetes Australia, AUS
- European Association for the Study of Diabetes (EASD), EU
- European Commision Initiative on Breast Cancer (ECIBC), EU
- ERS (European Respiratory Society)
- European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), EU
- Endocrine Endocrine Society of Australia (ESA), AUS
- European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), EU

- European Academy of Neurology (EAN), EU
- European Association of Urology (EAU), EU
- European Psychiatric Association (EPA), EU
- European Society of Cardiology (ESC), EU
- European Society for Medical Oncology (ESMO), EU
- European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE), EU
- Fachkommission Diabetes Sachsen, DE
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), INT
- Heart Failure Society of America (HFSA), US
- International Diabetes Federation (IDF), INT
- International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF), INT
- Lung Foundation Australia, AUS
- National Heart Foundation of Australia (NHFA), AU
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), US
- National Stroke Foundation (NSF), AUS
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), CA
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), AUS
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), AUS/NZ
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), AUS/NZ
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), GB
- Royal College of Physicians of London (RCP), GB
- Society of Gynecology Oncology (SGO), US
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), CA
- Society of Surgical Oncology (SSO), US
- Substance Abuse und Mental Health Services Administration (SAMHSA), US
- Thoracic Society of Australia and New Zealand (TSANZ), AUS/NZ

A8 Empfehlungskategorien nach dem Verfahren des NVL-Programms und GRADE und Evidenzeinstufungen nach der Verfahrensordnung des G-BA und GRADE

Empfehlungsstärken nach dem Verfahren des NVL-Programms [52]

Empfehlungsstärke	Beschreibung	Formulierung	Hohe GoR-Kategorie?
A	starke Positiv-Empfehlung	soll	ja
B	abgeschwächte Positiv-Empfehlung	sollte	nein
O	offene Empfehlung	kann	nein
B	abgeschwächte Negativ-Empfehlung	sollte nicht	nein
A	starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	ja

GoR: Grade of Recommendation; NVL-Programm: Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien

Empfehlungsstärken nach GRADE [54]

Empfehlungsstärke	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie?
strong	<p>A strong recommendation is one for which guideline panel is confident that the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects (strong recommendation for an intervention) or that the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects (strong recommendation against an intervention).</p> <p>Note: Strong recommendations are not necessarily high priority recommendations.</p> <p>A strong recommendation implies that most or all individuals will be best served by the recommended course of action.</p>	ja
weak	<p>A weak recommendation is one for which the desirable effects probably outweigh the undesirable effects (weak recommendation for an intervention) or undesirable effects probably outweigh the desirable effects (weak recommendation against an intervention) but appreciable uncertainty exists.</p> <p>A weak recommendation implies that not all individuals will be best served by the recommended course of action. There is a need to consider more carefully than usual the individual patient's circumstances, preferences, and values. When there are weak recommendations caregivers need to allocate more time to shared decision making, making sure that they clearly and comprehensively explain the potential benefits and harms to a patient.</p>	nein

GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Klassifizierung der Unterlagen zu diagnostischen Methoden nach Verfahrensordnung des G-BA [49]

Evidenzstufe	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
Ia	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b	ja
Ib	randomisierte kontrollierte Studien	ja
Ic	andere Interventionsstudien	nein
IIa	systematische Übersichtsarbeiten von Studien zur diagnostischen Testgenauigkeit der Evidenzstufe II b	nein
IIb	Querschnitts- und Kohortenstudien, aus denen sich alle diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse, positiver und negativer prädiktiver Wert) berechnen lassen	nein
III	andere Studien, aus denen sich die diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse) berechnen lassen	nein
IV	Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen	nein

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence

Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden nach Verfahrensordnung des G-BA [49]

Evidenzstufe	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
Ia	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b	ja
Ib	randomisierte kontrollierte Studien	ja
IIa	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b	nein
IIb	prospektive vergleichende Kohortenstudien	nein
III	retrospektive vergleichende Studien	nein
IV	Fallserien und andere nicht vergleichende Studien	nein
V	Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen	nein

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence

Evidenzeinstufungen nach GRADE [54]

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.	ja
Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.	nein
Low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.	nein
Very Low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.	nein

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence

A9 Empfehlungen- und Evidenzgrade der eingeschlossenen Leitlinien und ihre Kategorisierung

AAFP 2019: Depression following acute coronary syndrome events: screening and treatment guidelines from the AAFP

Empfehlungsgraduierung

Symbol ^a	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^b
Strong	the AAFP strongly recommends High confidence in the net benefit for patient-oriented outcomes; most informed patients would choose recommended option	ja
Weak	the AAFP recommends Lower confidence in the net benefit for patient-oriented outcomes; patient choices may vary based on values and preferences	nein
Good practice point	Recommendation that will be helpful to a clinician but for which there is no direct evidence to support the recommendation	nein

a. Recommendations can be for or against an intervention or testing modality.
b. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. Es wird davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete GoR „Strong“ eine starke Empfehlung darstellt.
AAFP: American Academy of Family Physicians; GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Evidenzgraduierung

Symbol ^a	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^b
High quality (Level A)	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.	ja
Moderate quality (Level B)	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect, and may change the estimate.	nein
Low quality (Level C)	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 ^c
Very low quality (Level D)	Any estimate of effect is very uncertain.	nein ^c

a. The strength of the recommendation should be consistent with the quality of the evidence such that strong recommendations are based on high-quality evidence, whereas weak recommendations are based on low- to moderate-quality evidence. Very low-quality evidence should be considered insufficient for a recommendation unless there are highly unusual circumstances and the benefits would greatly outweigh the harms. Definitions for quality of evidence are outlined in the AAFP Clinical Practice Guideline Manual.
b. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzeinstufungen nach GRADE. Es wird davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete LoE „High quality (Level A)“ eine starke Evidenz darstellt.
c. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.
AAFP: American Academy of Family Physicians; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence

AAFP 2019 disorders: depression and anxiety disorders: benefits of exercise, yoga, and meditation

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
A	Recommendation based on consistent and good quality patient-oriented evidence ^b	ja
B	Recommendation based on inconsistent or limited quality patient-oriented evidence ^b	nein
C	Recommendation based on consensus, usual practice, expert opinion, disease-oriented evidence, ^c and case series for studies of diagnosis, treatment, prevention, or screening	nein
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen nach GRADE. Es wird davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete GoR „A“ eine starke Empfehlung darstellt.</p> <p>b. Patient-oriented evidence measures outcomes that matter to patients: morbidity, mortality, symptom improvement, cost reduction, quality of life</p> <p>c. Disease-oriented evidence measures intermediate, physiologic, or surrogate endpoints that may or may not reflect improvements in patient outcomes (i.e., blood pressure, blood chemistry, physiological function, and pathological findings).</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</p>		

Evidenzgraduierung

Diagnosis

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
Level 1 Good quality patient-oriented evidence	Validated clinical decision rule	nein
	Systematic review/meta-analysis of high-quality studies	unklar
	High quality diagnostic cohort study ^b	nein
Level 2 Limited quality patient-oriented evidence	Unvalidated clinical decision rule	nein
	Systematic review/meta-analysis of lower quality studies or studies with inconsistent findings	unklar
	Lower quality diagnostic cohort study or diagnostic case-control study ^b	nein
Level 3 Other evidence	Consensus guidelines, extrapolations from bench research, usual practice, opinion, disease-oriented evidence (intermediate or physiologic outcomes only), and case series for studies of diagnosis, treatment, prevention, or screening.	nein ^c
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzeinstufungen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung.</p> <p>b. High quality diagnostic cohort study: cohort design, adequate size, adequate spectrum of patients, blinding, and a consistent, well-defined reference standard.</p> <p>c. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.</p> <p>G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence</p>		

Treatment/Prevention/Screening

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
Level 1 Good quality patient-oriented evidence	Systematic review/meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) with consistent findings	ja
	High quality individual RCT ^b	ja
	All or none study ^c	ja
Level 2 Limited quality patient-oriented evidence	Systematic review/meta-analysis of lower quality clinical trials or of studies with inconsistent findings	unklar
	Lower quality clinical trial ^b	unklar
	Cohort study	nein
	Case-control study	nein
Level 3 Other evidence	Consensus guidelines, extrapolations from bench research, usual practice, opinion, disease-oriented evidence (intermediate or physiologic outcomes only), and case series for studies of diagnosis, treatment, prevention, or screening.	nein ^d
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzeinstufungen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. High quality RCT: allocation concealed, blinding if possible, intention-to-treat analysis, adequate statistical power, adequate follow-up (> 80 %). c. An all-or-none study is one where the treatment causes a dramatic change in outcomes, such as antibiotics for meningitis or surgery for appendicitis, which precludes study in a controlled trial. d. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft. G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomized controlled trial</p>		

Prognosis

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
Level 1 Good quality patient-oriented evidence	Systematic review/meta-analysis of good quality cohort studies	unklar
	Prospective cohort study with good follow-up	unklar
Level 2 Limited quality patient-oriented evidence	Systematic review/meta-analysis of lower quality cohort studies or with inconsistent results	unklar
	Retrospective cohort study or prospective cohort study with poor follow-up	unklar
	Case-control study	unklar
	Case series	unklar
Level 3 Other evidence	Consensus guidelines, extrapolations from bench research, usual practice, opinion, disease-oriented evidence (intermediate or physiologic outcomes only), and case series for studies of diagnosis, treatment, prevention, or screening.	unklar
<p>a. Es konnte kein Abgleich mit den Evidenzeinstufungen des G-BA erfolgen, da keine Evidenzklassifizierungen für Prognosestudien vorliegen. G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence</p>		

ADAA 2021: Treatment-resistant major depressive disorder: Canadian expert consensus on definition and assessment

Empfehlungsgraduierung

Mithilfe des modifizierten Delphiprozesses, basierend auf aktueller medizinischer Expertise und Literatur, wurden in der Leitlinienautorengruppe Statements und Empfehlungen generiert und mit einem "level of agreement" versehen. Dabei wurde eine Übereinstimmung von $\geq 80\%$ als „agree“ oder „strongly agree“ von der Leitlinienautorengruppe definiert. Zu den Übereinstimmungen mit weniger als 80 % wurden keine Angaben gemacht. Da es sich um eine konsensbasierte Leitlinie handelt, liegt kein Graduierungsschema vor, sodass hier keine tabellarische Darstellung erfolgen konnte, zumal sich das System der Leitlinie ADAA 2021 nicht auf das Graduierungsschema des NVL-Programms übertragen lässt.

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
High	We are very confident that the true effect is close to that of the estimate of the effect	ja
Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different	nein
Low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect	nein ^b
Very low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect	nein ^b
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzeinstufungen nach GRADE. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft. GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence</p>		

APA 2019: APA clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
recommended	The panel recommended treatments that were consistently superior to nonactive control conditions or for which there was evidence of equivalency or superiority to other treatments.	ja
conditionally recommended	The panel conditionally recommended treatments that were consistently superior to nonactive control conditions but there were either: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Other active treatments that were superior to the treatment being conditionally recommended. ▪ Insufficient evidence that the treatment was equivalent to other effective treatments. ▪ Greater harms/burdens than with other treatments. 	nein
no recommendation	The panel did not recommend treatments or recommended against treatments if there was insufficient evidence of efficacy or if the harms were considered to outweigh any benefits.	unklar
recommendation against treatment / use		unklar
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen nach GRADE. Die Erläuterungen zu den GoR lassen sich aber nur bedingt auf die Empfehlungseinstufungen nach GRADE übertragen. Es wird davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete GoR „recommended“ eine starke Empfehlung darstellt.</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
High	High confidence that the evidence reflects the true effect. Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.	ja
Moderate	Moderate confidence that the evidence reflects the true effect. Further research may change our confidence in the estimate of the effect and may change the estimate.	nein
Low	Low confidence that the evidence reflects the true effect. Further research is likely to change our confidence in the estimate of the effect and is likely to change the estimate.	nein ^b
Insufficient	Evidence either is unavailable or does not permit estimation of an effect. (outcomes only)	nein ^b
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufungen nach GRADE. Es wird davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete LoE „High“ eine starke Evidenz darstellt.</p> <p>b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.</p> <p>GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence</p>		

CANMAT 2022: clinical guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytoceuticals: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Taskforce

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
+++	Recommended LoE A: LoE with robust positive data meta-analyses or meta-reviews involving underpinning RCTs, with ROBUST, ACCEPTABLE, or FAIR safety/tolerability	ja
++	Provisionally recommended ^b LoE A: LoE with mainly positive data from either meta-analyses or meta-reviews or ≥ 2 RCTs of good or average quality, with ROBUST, ACCEPTABLE, or FAIR safety/tolerability	nein
+	Weakly Recommended LoE A: LoE mixture of (primarily) positive and negative data from either meta-analyses or meta-reviews or ≥ 2 RCTs of good or average underpinning quality, tending towards positive findings, with ROBUST, ACCEPTABLE, or FAIR safety/tolerability	nein
+/-	Not currently recommended LoE A: LoE mixture of positive and negative data from either meta-analyses or meta-reviews or ≥ 2 RCTs of good or average or weak underpinning quality, with ROBUST, ACCEPTABLE, or FAIR tolerability	nein
-	Not recommended LoE A: LoE with robust negative data from meta-analyses or meta-reviews or ≥ 2 RCTs and/or POOR safety/tolerability	ja
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen des NVL-Programms. Es wird aber davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete GoR „+++“ eine starke Empfehlung darstellt.</p> <p>b. A provisional recommendation was classed as a tentatively supportive endorsement for use based off positive underlying data; however, either concerns over small sample sizes, non-multi-jurisdictional research, or potential issues with nutraceuticals/phytoceutical standardisation and/or quality, restricted a current endorsement of a clear ‘Recommendation’ for use.</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; NVL: Nationale Versorgungsleitlinie; RCT: randomized controlled trial</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?^a
A	Strong meta-analyses OR 2 or more RCTs	ja
B ^b	Limited	unklar
C ^b	Low	unklar
D ^b	No evidence	nein ^c

a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. Die Erläuterungen zu den LoE lassen sich aber nur bedingt auf die Empfehlungseinstufungen des G-BA übertragen.

b. We omitted Grade B (Limited), Grade C (Low), and Grade D (No Evidence) due to the breadth of research spanning all nutraceuticals and phytochemicals for every mental health application.

c. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomized controlled trial

CANMAT 2021: the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force recommendations for the use of racemic ketamine in adults with major depressive disorder

Empfehlungsgraduierung

Symbol ^a	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^b
First	Level 1 or Level 2 evidence for efficacy plus clinical support for safety/tolerability/feasibility	ja
Second	Level 3 or higher evidence for efficacy plus clinical support for safety/tolerability/feasibility	nein
Third	Level 4 evidence or higher for efficacy plus clinical support for safety/tolerability/feasibility	nein
Not recommended	Level 1 evidence for lack of efficacy or Level 2 evidence for lack of efficacy plus expert consensus	ja
<p>a. Clinical recommendations are graded by line of treatment with Level of Evidence supporting each recommendation.</p> <p>b. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen des NVL-Programms. Die Erläuterungen zu den „line of treatment“ lassen sich aber nur bedingt auf die NVL-Kategorie übertragen. Es wird aber davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete line of treatment “first“ eine starke Empfehlung darstellt.</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale Versorgungsleitlinie</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
1	Meta-analysis with narrow confidence interval or replicated double-blind (DB), randomized controlled trial (RCT) that includes a placebo or active comparison condition (n ≥ 30 in each active treatment arm).	ja
2	Meta-analysis with wide confidence interval or 1 DB RCT with placebo or active comparison condition (n ≥ 30 in each active treatment arm).	unklar
3	At least 1 DB RCT with placebo or active comparison condition (n = 10 to 29) in each active treatment arm) or health system administrative data.	unklar
4	Pilot study (RCT with n < 10 participants in each active treatment arm), uncontrolled trial, anecdotal reports, or expert opinion.	nein ^b
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. Die Erläuterungen zu den LoE lassen sich aber nur bedingt auf die Evidenzstufen des G-BA übertragen.</p> <p>b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.</p> <p>DB: double-blind; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomized controlled trial</p>		

CCSMH 2021: Canadian guidelines on prevention, assessment and treatment of depression among older adults

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
A	Directly based on category I evidence	ja
B	Directly based on category II evidence or extrapolated recommendation from category I evidence	nein
C	Directly based on category III evidence or extrapolated recommendation from category I or II evidence	nein
D	Directly based on category IV evidence or extrapolated recommendation from category I, II, or III evidence	nein
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen nach NVL. Die Erläuterungen zu den GoR lassen sich aber nur bedingt auf die NVL-Kategorie übertragen. Es wird aber davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete GoR „A“ eine starke Empfehlung darstellt.</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale Versorgungsleitlinie</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
Ia	Evidence from meta-analysis of randomized controlled trials	ja
Ib	Evidence from at least 1 randomized controlled trial	ja
IIa	Evidence from at least 1 controlled study without randomization	nein
IIb	Evidence from at least 1 other type of quasi-experimental study	nein
III	Evidence from non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies, and case-control studies	nein ^b
IV	Evidence from expert committees reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities	nein ^b
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.</p> <p>G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence</p>		

EPA 2018: EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH)

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
A	At least one meta-analysis, systematic review, or other study rated at low risk of bias	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 I or II	nein
C	A body of evidence including studies rated as II–III, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results	nein
D	Good practice point recommended good practice based on the clinical experience of the Guidance development group and arrived at through consensus	nein
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen des NVL-Programms. Die Erläuterungen zu den GoR lassen sich aber nur bedingt auf die NVL-Kategorie übertragen. Es wird aber davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete GoR „A“ eine starke Empfehlung darstellt.</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale Versorgungsleitlinie</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
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	Nonanalytic studies, e.g. case reports, case series	nein ^b
4	Expert opinion	nein ^b
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.</p> <p>G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomized controlled trial</p>		

ISNPR 2019: International Society for Nutritional Psychiatry Research Practice Guidelines for Omega-3 Fatty Acids in the treatment of major depressive disorder

Empfehlungsgraduierung

keine Angabe

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
Level 1	Level 1 evidence derives from meta-analyses and systematic reviews of narrow confidence interval or little conflicting results	ja
Level 2	Level 2 evidence includes appropriately designed RCTs	ja
Level 3	Smaller and lower-quality RCTs and nonrandomized controlled cohort/follow-up studies are considered level 3 evidence	unklar
Level 4	Case reports and case series were considered and discussed in the expert consensus meeting to formulate level 4 evidence	nein ^b

a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung.
b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.6).
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomized controlled trial

JSPN 2022: Guidelines for diagnosis and treatment of depression in older adults: a report from the Japanese Society of mood disorders

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
1	Strong recommendation Strongly recommend to do or not do	ja
2	Weak recommendation Weakly recommend to do or not do	nein
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale Versorgungsleitlinie</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
A	Strong Strong confidence that the effect estimates support the recommendations	ja
B	Moderate Moderate confidence that the effect estimates support the recommendations	nein
C	Weak Limited confidence that the effect estimates support the recommendations	nein ^b
D	Very weak Little confidence that the effect estimates support the recommendations	nein ^b
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufungen nach GRADE. Es wird davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete LoE „A“ eine starke Evidenz darstellt. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft. GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence</p>		

NICE 2022: Depression in adults: treatment and management

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
must (or must not)	If there is a legal duty to apply a recommendation, or the consequences of not following a recommendation are extremely serious, the recommendation should use 'must' or 'must not' and be worded in the passive voice.	ja
directive language such as 'offer' (or 'do not offer')	In recommendations on activities or interventions that should (or should not) be offered, use directive language such as 'offer' (or 'do not offer'), 'advise', or 'ask about'. In keeping with the principles of shared decision-making, people may choose whether or not to accept what they are offered or advised.	ja
consider	If there is a closer balance between benefits and harms (activities or interventions that could be used), use 'consider'.	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinien		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
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	nein
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 ^b
very low	any estimate of effect is very uncertain	nein ^b
a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen nach GRADE. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.6). GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence		

NVL 2022: Unipolare Depression

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Beschreibung	Formulierung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
↑↑	starke Positiv-Empfehlung	soll	ja
↑	abgeschwächte Positiv-Empfehlung	sollte	nein
↔	offene Empfehlung	kann	nein
↓	abgeschwächte Negativ-Empfehlung	sollte nicht	nein
↓↓	starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	ja

a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des NVL-Programms.
GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie

Die Leitlinie gibt teilweise anstelle des Empfehlungsgrades „Statement“ an, ohne dass diese Kategorie in den methodischen Ausführungen zur Leitlinie erläutert wird.

Evidenzgraduierung

keine Angabe

РАНЗСР 2020: The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders

Empfehlungsgraduierung

Symbol ^a	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^b
EBR	Evidence-based recommendation	unklar
CBR	Consensus-based recommendation	unklar
<p>a. Once the foci of the MDcpg2020 agreed, the MDC resolved to develop evidence-based recommendations (EBR; see Appendix B [der Leitlinie]), and where this was not possible, for example because of insufficient evidence, to develop consensus-based recommendations (CBR).</p> <p>b. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen des NVL-Programms. Die Erläuterungen zu den GoR lassen sich nicht auf die NVL-Kategorie übertragen.</p> <p>CBR: consensus-based recommendation; EBR: evidence-based recommendation; GoR: Grade of Recommendation; MDC: Mood Disorders Committee; MDcpg: mood disorders clinical practice guideline; NVL: Nationale Versorgungsleitlinie</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
I	A systematic review of level II studies	ja
II	A randomised controlled trial (RCT)	ja
III	<p>A pseudo-randomised controlled trial (i.e. alternate allocation or some other method)</p> <p>A comparative study with concurrent controls:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-randomised, experimental trial ▪ Cohort study Case-control study Interrupted time series with a control group <p>A comparative study without concurrent controls:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historical control study ▪ Two or more single arm studies ▪ Interrupted time series without a parallel control group 	nein
IV	A case series with either post-test or pre-test/post-test outcomes	nein ^b
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung.</p> <p>b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.</p> <p>G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomized controlled trial</p>		

UMHS 2021: Ambulatory unipolar depression guideline

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
I	Generally should be performed	ja
II	May be reasonable to perform	nein
III	Generally should not be performed	ja
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Empfehlungseinstufungen des NVL-Programms. Es wird aber davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete GoR „I“ eine starke Empfehlung und der GoR „III“ eine starke Negativempfehlung darstellen.</p> <p>GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale Versorgungsleitlinie</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
A	Systematic review of randomized controlled trials with or without meta-analysis	ja
B	Randomized controlled trial	ja
C	Systematic review of non-randomized controlled trials or observational studies, non-randomized controlled trial, group observation study (cohort, cross-sectional, case-control)	nein
D	Individual observation descriptive study (case study or case series)	nein ^b
E	Expert opinion	nein ^b
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft.</p> <p>G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence</p>		

VADoD 2022: VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
Strong for	We recommend...	ja
Weak for	We suggest...	nein
Neither for nor against	There is insufficient evidence to recommend for or against...	nein
Strong against	We recommend against...	ja
Weak against	We suggest against...	nein
<p>a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</p>		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
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	nein
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 ^b
very low	any estimate of effect is very uncertain	nein ^b
<p>a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen nach GRADE. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.6). GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence</p>		

A10 OECD-Mitgliedsstaaten

- Australien
- Belgien
- Chile
- Costa Rica
- Dänemark
- Deutschland
- Estland
- Finnland
- Frankreich
- Griechenland
- Irland
- Island
- Israel
- Italien
- Japan
- Kanada
- Lettland
- Litauen
- Luxemburg
- Mexiko
- Neuseeland
- Niederlande
- Norwegen
- Österreich
- Polen
- Portugal
- Republik Korea
- Schweden
- Schweiz
- Slowakei
- Slowenien
- Spanien
- Tschechische Republik
- Türkei
- Ungarn
- Vereinigtes Königreich
- Vereinigte Staaten von Amerika

A11 Offenlegung von Beziehungen des externen Sachverständigen

Im Folgenden sind die Beziehungen des externen Sachverständigen zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung von Beziehungen“ mit Stand 03/2020. Das aktuelle Formblatt ist unter www.iqwig.de abrufbar. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

Externer Sachverständiger

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Mürköster, Malte	nein						

Im „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ wurden folgende 7 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband angestellt oder für diese / dieses / diesen selbstständig oder ehrenamtlich tätig bzw. sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor eine Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. eine Klinik, eine Einrichtung der Selbstverwaltung, eine Fachgesellschaft, ein Auftragsforschungsinstitut), ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Medizinproduktehersteller oder einen industriellen Interessenverband beraten (z. B. als Gutachter/-in, Sachverständige/r, in Zusammenhang mit klinischen Studien als Mitglied eines sogenannten Advisory Boards / eines Data Safety Monitoring Boards [DSMB] oder Steering Committees)?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

Frage 4: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband sogenannte Drittmittel erhalten (d. h. finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen)? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 5: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen, z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse erhalten von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen,

einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einem Auftragsforschungsinstitut), eines pharmazeutischen Unternehmens, eines Medizinprodukteherstellers oder eines industriellen Interessenverbands? Besitzen Sie Anteile eines sogenannten Branchenfonds, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Medizinproduktehersteller ausgerichtet ist? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis, ein Medizinprodukt, eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

Frage 7: Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer medizinischen Leitlinie oder klinischen Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht von unvoreingenommenen Betrachtenden als Interessenkonflikt bewertet werden können, z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen bzw. Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen?