

Nationale VersorgungsLeitlinie

Unipolare Depression

Kurzfassung



Version 3.0

AWMF-Register-Nr. nvl-005

Träger:

Bundesärztekammer

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften

© 2022



Ergänzungen und Modifikationen der Leitlinie sind über die Webseite www.leitlinien.de/depression zugänglich.

Bitte beachten Sie, dass nur die unter www.leitlinien.de enthaltenen Dokumente des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) durch die Träger des NVL-Programms autorisiert und damit gültig sind. Bei NVL-Dokumenten, die Sie von anderen Webseiten beziehen, übernehmen wir keine Verantwortung für deren Gültigkeit.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der VersorgungsLeitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Nutzenden aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der pharmazeutischen Unternehmen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall entsprechende Fachleute zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der NVL-Redaktion mitgeteilt werden.

Die Nutzenden selbst bleiben verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In dieser VersorgungsLeitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des ÄZQ unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des ÄZQ reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Abweichend davon stimmen die Rechteinhaber*innen der uneingeschränkten Nutzung ihrer für diese Leitlinie erstellten Abbildungen und Tabellen durch Dritte ausdrücklich zu. Insbesondere ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Nutzung gestattet, einschließlich der vollständigen oder teilweisen Aufnahme von Abbildungen und Tabellen in veränderter oder unveränderter Form in amtlichen Werken, wie den Richtlinien und Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses, und deren Veröffentlichung, unter anderem im Bundesanzeiger und im Internet.

Informationen zur Kurzfassung

Alle Empfehlungen der NVL Unipolare Depression Version 3.0, die dazugehörigen Rationale sowie wichtige Tabellen und Abbildungen sind in dieser Kurzfassung zusammengefasst. Informationen zur Evidenzbasis, Evidenzbeschreibung und vertiefende Inhalte finden sich in der zugehörigen [Langfassung](#). Zur Einordnung in den Kontext der NVL klicken Sie bitte jeweils auf den Link unter der Kapitelüberschrift; Sie gelangen dann an die entsprechende Stelle der Langfassung

Die Überarbeitung der NVL Unipolare Depression erfolgt kapitelweise. Die Version 3.0 beinhaltet die Kapitel:

- Grundlagen
- Diagnostik und Monitoring
- Therapieplanung
- Therapieoptionen und Therapieprinzipien
- Behandlung bei akuter depressiver Episode
- Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe
- Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz
- Behandlung chronischer Formen
- Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen
- Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen
- Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe
- Versorgungskoordination
- Forschungsbedarf

Sie ist Teil eines späteren Gesamtdokumentes. Weitere Themen werden im Rahmen der nächsten Auflage bearbeitet und veröffentlicht.

Übersicht noch ausstehender Themen (Änderungen vorbehalten):

- Spezielle klinische Situationen (Ältere Patient*innen; Kultur- und migrationspezifische Aspekte; Genderspezifische Aspekte; Peripartale Depressionen; Prämenstruelle dysphorische Störung; Perimenopausale Depressionen)
- Komorbidität

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	4
I Methodik	6
II Methodenkritische Aspekte	6
1 Grundlagen.....	6
1.1 Deskriptive Epidemiologie.....	6
1.2 Ätiopathogenese und Risikofaktoren.....	6
1.3 Verlaufsformen und prognostische Faktoren	6
1.4 Verlaufsformen und prognostische Faktoren	7
2 Diagnostik und Monitoring.....	8
2.1 Diagnostischer Algorithmus	8
2.2 Erkennen depressiver Störungen.....	9
2.3 Diagnosestellung	10
2.4 Differentialdiagnostik.....	14
2.5 Erfassung von Komorbidität und Medikamentenanamnese	15
2.6 Erfassung von psychosozialen Aspekten, Aktivität und Teilhabe.....	16
2.7 Erfassung von Suizidalität.....	17
2.8 Verlaufsdiagnostik, Monitoring	17
2.9 Diagnostisches Vorgehen bei Nichtansprechen.....	18
3 Therapieplanung.....	18
3.1 Behandlungsphasen und Behandlungsoptionen.....	18
3.2 Behandlungsziele und klinische Endpunkte	19
3.3 Aufklärung und Information der Patient*innen.....	20
3.4 Partizipative Entscheidungsfindung	21
3.5 Mitarbeit der Patient*innen.....	21
3.6 Einbindung von Angehörigen.....	22
4 Therapieoptionen und Therapieprinzipien	22
4.1 Psychoedukation und Schulungen.....	22
4.2 Niedrigintensive Interventionen: Optionen und Versorgungsstrukturen	23
4.3 Internet- und mobilbasierte Interventionen: Optionen und Prinzipien.....	23
4.4 Medikamentöse Therapie: Optionen und Prinzipien	24
4.5 Psychotherapie: Optionen und Prinzipien	33
4.6 Neurostimulatorische Verfahren: Beschreibung und Verfügbarkeit.....	36
4.7 Psychosoziale Therapien: Beschreibung und Zugang	36
4.8 Unterstützende nicht-medikamentöse Therapieverfahren.....	36
5 Behandlung bei akuter depressiver Episode	37
5.1 Behandlung bei leichten depressiven Episoden.....	38
5.2 Behandlung bei mittelgradigen depressiven Episoden.....	41
5.3 Behandlung bei schweren depressiven Episoden.....	44
5.4 Psychotische Depression.....	46
6 Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe	46
6.1 Medikamentöse Erhaltungstherapie.....	47
6.2 Medikamentöse Rezidivprophylaxe.....	47
6.3 Psychotherapeutische Weiterführung und Rezidivprophylaxe	48
6.4 Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe mit Kombinationsbehandlung.....	49
6.5 Rezidivprophylaxe mit Internet- und mobilbasierten Interventionen.....	49
7 Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz.....	49
7.1 Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie.....	49
7.2 Vorgehen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie	55
7.3 Weitere Optionen bei mehrfachem Nichtansprechen.....	58
8 Behandlung chronischer Formen	61

9	Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen	62
9.1	Ergotherapie	62
9.2	Soziotherapie	62
9.3	Selbsthilfe und Peer Support	63
9.4	Lichttherapie	63
9.5	Wachtherapie	64
9.6	Bewegungs- und Sporttherapien.....	64
9.7	Psychiatrische Häusliche Krankenpflege	65
9.8	Arbeitsunfähigkeit.....	65
9.9	Künstlerische Therapien	66
9.10	Komplementär- und alternativmedizinische Interventionen.....	66
10	Spezielle klinische Situationen	67
10.1	Ältere Patient*innen	67
10.2	Kultur- und migrationsspezifische Aspekte	67
10.3	Genderspezifische Aspekte	67
10.4	Peripartale Depressionen.....	67
10.5	Prämenstruelle dysphorische Störung	67
10.6	Perimenopausale Depressionen	67
11	Komorbidität	67
12	Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen	67
12.1	Vorgehen bei Suizidalität	67
12.2	Krisenintervention und Psychotherapie.....	70
12.3	Medikamentöse Therapie.....	71
12.4	Neurostimulatorische Verfahren.....	73
12.5	Nachsorge nach Suizidalität.....	73
12.6	Andere Notfälle	74
13	Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe	75
13.1	Versorgungssituation in Deutschland.....	75
13.2	Medizinische Rehabilitation.....	77
13.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe an Bildung.....	78
13.4	Soziale Teilhabe	78
14	Versorgungskoordination	78
14.1	Versorgungsstrukturen in Deutschland	78
14.2	Ambulante Versorgungskoordination und Überweisungsindikationen.....	79
14.3	Koordination der sektorenübergreifenden Versorgung.....	81
14.4	Strukturierte und komplexe Versorgungsformen	83
15	Forschungsbedarf	85
	Anhänge	85
	Tabellenverzeichnis	85
	Abbildungsverzeichnis	86
	Abkürzungsverzeichnis	86
	Patientenblätter	86
	Impressum	87
	Literatur	89

I Methodik

Das in Tabelle 1 dargestellte Grundprinzip fand bei der Graduierung der Empfehlungen Beachtung. Zur besseren Unterscheidung zwischen Negativ- und Positivempfehlungen werden die Pfeilsymbole der Empfehlungen in entsprechenden Spalten „positiv“ oder „negativ“ positioniert.

Tabelle 1: Einstufung von Leitlinien-Empfehlungen in Empfehlungsgrade (Grades of Recommendation), modifiziert nach [1,2]

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	Symbol
A	Starke Positiv-Empfehlung	soll	↑↑
B	Abgeschwächte Positiv-Empfehlung	sollte	↑
0	Offene Empfehlung	kann	↔
B	Abgeschwächte Negativ-Empfehlung	sollte nicht	↓
A	Starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	↓↓

Die in der NVL verwendete Graduierung der Empfehlungen orientiert sich, wie im Methodenreport zum Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien beschrieben [3], am AWMF-Regelwerk [1,2] und an dem von der internationalen GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)-Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Vorgehen [4,5]. Die Vergabe der Empfehlungsgrade berücksichtigt dabei neben der zugrunde liegenden Evidenz z. B. ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Zielgruppe, individuelle Präferenzen und die Umsetzbarkeit im ärztlichen Alltag [6].

Detaillierte Angaben zu dem methodischen Vorgehen sowie zu der Organisation des NVL-Programms sind im Leitlinienreport beschrieben (abrufbar unter www.leitlinien.de/depression).

II Methodenkritische Aspekte

Die Langfassung der NVL Unipolare Depression enthält ein Kapitel „**Methodenkritische Aspekte**“, in dem mögliche methodische Limitationen klinischer Studien zur Therapie unipolarer Depressionen gesammelt dargestellt werden, da sie alle den Empfehlungen der Leitlinie zugrundeliegenden Studien betreffen.

Wie in den Voraufgaben der Leitlinie werden psychotherapeutische Empfehlungen im Rahmen der Richtlinienverfahren verfahrensunabhängig ausgesprochen.

1 Grundlagen

Die Klassifikation unipolarer Depressionen erfolgt in der Regel kategorial, in Deutschland nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der WHO (siehe Kapitel 2.3 Diagnosestellung), international auch mit dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM) der American Psychiatric Association (APA) [7,8].

Der Geltungsbereich der NVL Unipolare Depression umfasst unipolare depressive Störungen, d. h. akute depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, chronische depressive Störungen (inklusive Dysthymie) sowie zyklusassoziierte depressive Störungen (Depressionen in der Peripartalzeit, prämenstruelle dysphorische Störung und Depressionen in der Perimenopause). Bipolare Störungen und Hypomanien sind hingegen nicht Gegenstand diese Leitlinie.

1.1 Deskriptive Epidemiologie

Siehe Langfassung

1.2 Ätiopathogenese und Risikofaktoren

Siehe Langfassung

1.3 Verlaufsformen und prognostische Faktoren

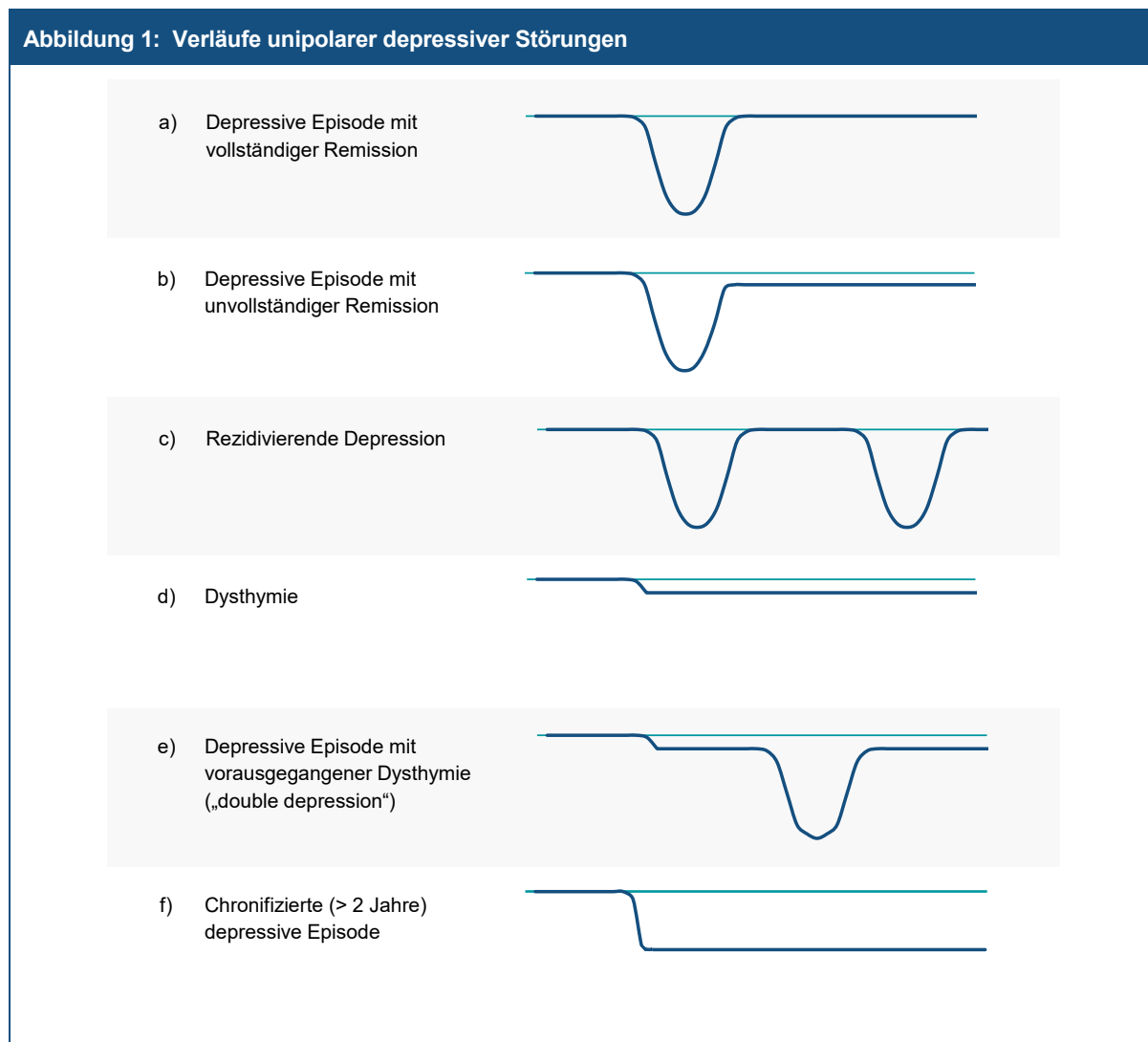
Siehe Langfassung

Tabelle 2: Risikofaktoren für das Auftreten depressiver Störungen

Siehe Langfassung

1.4 Verlaufsformen und prognostische Faktoren

Siehe Langfassung



1.4.1 Rückfall- und Rezidivrisiko

Siehe Langfassung

Tabelle 3: Risikofaktoren für Rückfälle/Rezidive

Siehe Langfassung

1.4.2 Risikofaktoren für Nichtansprechen und Chronifizierung

Siehe Langfassung

Tabelle 4: Prädiktoren eines ungünstigen Ansprechens bzw. Nichtansprechens bei depressiven Störungen

Siehe Langfassung

Tabelle 5: Prädiktoren eines chronischen Verlaufs depressiver Störungen

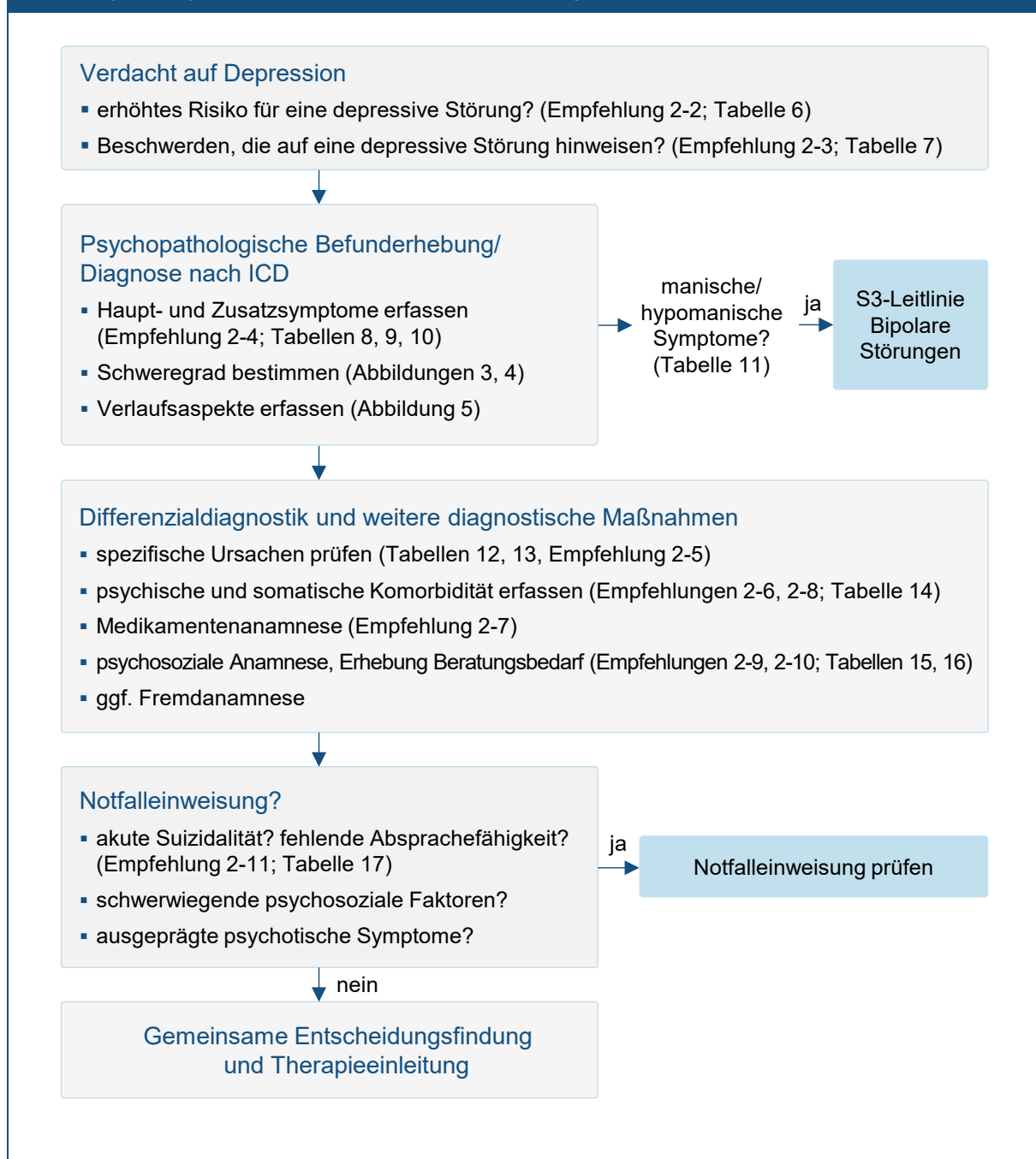
Siehe Langfassung

2 Diagnostik und Monitoring

2.1 Diagnostischer Algorithmus

Empfehlung	Empfehlungsgrad
2-1 neu 2022 Die Diagnostik der unipolaren Depression soll gemäß Algorithmus (Abbildung 2) erfolgen.	

Abbildung 2: Diagnostischer Prozess depressiver Störungen



Zum vollständigen diagnostischen Prozess unipolarer Depressionen zählen die Erfassung der Symptomatik und des zeitlichen Verlaufs, der differenzialdiagnostische Ausschluss anderer Störungen, die Erfassung von Komorbidität und das Erfragen von Suizidalität. Neben der ICD-basierten Diagnostik ist aber auch die am bio-psycho-sozialen Modell orientierte Diagnostik nach Kriterien der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) mit psychosozialer Anamnese sowie der Erfassung von Einschränkungen der Lebensqualität, der Funktionsfähigkeit und der Teilhabe integraler Bestandteil des diagnostischen Prozesses. Dies wird aus Erfahrung der Leitliniengruppe in der Versorgungspraxis noch nicht ausreichend umgesetzt.

Das empfohlene strukturierte diagnostische Vorgehen zielt auf die Vermeidung sowohl von Über- als auch von Unterdiagnostik sowie in der Folge auf die Vermeidung von Fehl-, Unter- oder Übertherapie. Zudem bildet die vollständige Erfassung der genannten Parameter die Grundlage für die Einschätzung des Behandlungserfolgs.

Empfehlung und Algorithmus fassen die Inhalte der einzelnen Empfehlungen des Diagnostik-Kapitels zusammen. Zu Evidenzbasis, Evidenzbeschreibung und begründenden Erwägungen siehe jeweilige Empfehlungen.

2.2 Erkennen depressiver Störungen


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-2 modifiziert 2022</p> <p>In der Versorgung von Patient*innen, die einer Risikogruppe angehören (Tabelle 6), sollen bei Kontakten in der Hausarztversorgung und in Allgemeinkrankenhäusern Maßnahmen zur Früherkennung depressiver Störungen angeboten werden.</p>	

Tabelle 6: Wichtige Risikofaktoren für eine depressive Störung

<ul style="list-style-type: none"> ▪ frühere depressive Episoden ▪ bipolare oder depressive Störungen in der Familiengeschichte ▪ Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte ▪ somatische und psychische Erkrankungen ▪ Substanzmissbrauch bzw. Substanzabhängigkeit ▪ aktuell belastende Lebensereignisse ▪ Mangel an sozialer Unterstützung
--

Die Liste umfasst die nach klinischer Einschätzung der Leitliniengruppe für die Erkennung depressiver Störungen in hausärztlichen Praxen und Allgemeinkrankenhäusern relevantesten Risikofaktoren und beruht auf den evidenzbasierten Risikofaktoren in Tabelle 2 und Tabelle 3.

Die Leitliniengruppe schätzt die identifizierte Evidenz zum Screening auf Depression wegen fehlender Direktheit und Extrapolierbarkeit als ungeeignet ein, um die Frage nach dem Vorteil eines Depressions-Screenings in Risikogruppen zu beantworten. Das Vorliegen einer depressiven Störung ist nach klinischer Einschätzung insbesondere bei Patient*innen wahrscheinlich, die einen oder mehrere der in Tabelle 6 aufgeführten Risikofaktoren aufweisen. Die Leitliniengruppe empfiehlt daher ein risikoadaptiertes Screening dieser Patient*innen, um eine Unterversorgung bei depressiven Störungen zu vermeiden. Dabei fließt in die Beurteilung nicht nur die Anzahl, sondern auch die Ausprägung der einzelnen Faktoren ein. Ein Schadenspotenzial sieht die Leitliniengruppe nicht, so dass sie eine starke Empfehlung ausspricht.



Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-3 modifiziert 2022</p> <p>Wenn Beschwerden oder Merkmale vorliegen, die auf eine depressive Störung hinweisen (Tabelle 7), soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden.</p>	

Tabelle 7: Beschwerden und Merkmale, die auf eine depressive Störung hinweisen

Patientenberichtete Beschwerden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Kraftlosigkeit ▪ Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen) ▪ Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation, Diarrhöe ▪ diffuser Kopfschmerz ▪ Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl ▪ funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf (z. B. Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen), Atmung (z. B. Dyspnoe), Magen und Darm ▪ Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen ▪ Muskelverspannungen, diffuse Nervenschmerzen (neuralgiforme Schmerzen) ▪ Libidoverlust, Sistieren der Menstruation, sexuelle Funktionsstörungen ▪ Gedächtnisstörungen
Merkmale des äußeren Erscheinungsbildes und des interaktionellen Verhaltens
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vernachlässigung von Körperpflege und Kleidung ▪ veränderte Gestik, Mimik und Physiognomie ▪ verändertes Sprechverhalten (Klang, Tempo, Modulation) ▪ Beeinträchtigung des sprachlichen Ausdrucks und des Sprachverständnisses ▪ psychomotorische Verlangsamung

Erfahrungsgemäß berichten Patient*innen selten spontan über typische depressive Kernsymptome, sondern geben eher unspezifische Beschwerden an, wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden. Darum empfiehlt die Leitliniengruppe konsensbasiert, bei Vorliegen von unspezifischen Merkmalen weitere typische Symptome depressiver Störungen aktiv abzufragen, um bei erhärtetem Verdacht auf Depression eine entsprechende Diagnostik und ggf. Therapieplanung einleiten zu können. Die Leitliniengruppe sieht kein Schadenspotenzial, wenn die Exploration in wertschätzender, nicht dramatisierender Form erfolgt. Vor diesem Hintergrund begründet das Fürsorgeprinzip einen starken Empfehlungsgrad. Bei auffälligen Ergebnissen schließt sich die formale Diagnosestellung nach ICD an (vgl. Kapitel 2.3 Diagnosestellung).

2.3 Diagnosestellung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-4 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	

Die kategoriale Diagnostik per diagnostischem Interview ist der klinische Goldstandard in der Diagnostik depressiver Störungen, so dass die Leitliniengruppe konsensbasiert eine starke Empfehlung ausspricht. Zudem stellen die Kategorisierung nach Schweregrad durch die Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome (Tabelle 8, Abbildung 3, Abbildung 4) sowie die Einteilung nach Verlauf und Dauer (Abbildung 5) die Basis für die Behandlungsempfehlungen dar, da auch der Einschluss in den klinischen Wirksamkeitsstudien nach diesen Charakteristika erfolgte.

2.3.1 Erfassung von Haupt- und Zusatzsymptomen depressiver Episoden

Tabelle 8: Haupt- und Zusatzsymptome depressiver Episoden nach ICD mit Beispielfragen

Symptome	Charakteristika	Beispielfragen
Hauptsymptome		
gedrückte, depressive Stimmung	<ul style="list-style-type: none"> Niedergeschlagenheit, Verzweiflung; Gefühllosigkeit gegenüber positiven wie negativen Ereignissen, rasche Irritierbarkeit, Gefühl der Überforderung häufig in Kombination mit Angstgefühlen/Zukunftsangst und Unsicherheit Änderung der Stimmung von Tag zu Tag unabhängig von den Lebensumständen charakteristische Tagesschwankungen, z. B. ausgeprägtes „Morgentief“ 	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt? Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?
Interessenverlust, Freudlosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> kein Interesse und Engagement für Alltagstätigkeiten (Beruf, Haushalt) kein Interesse und keine Freude an bisherigen Hobbies und Freizeitaktivitäten Rückgang des Aktivitätsniveaus 	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren? Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?
Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit ¹	<ul style="list-style-type: none"> Vernachlässigung von und schnelle Erschöpfung durch einfache Alltagsaktivitäten (Haushalt, Körperpflege) kein Interesse an sozialen Kontakten Rückzug 	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie Ihre Energie verloren? Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen? Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?
Zusatzsymptome		
verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> Einschränkung im Denkvermögen Entscheidungsschwierigkeiten bzw. Entscheidungslosigkeit wiederkehrende Grübeleien, Selbstzweifel und Ängste 	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?
vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ³	<ul style="list-style-type: none"> Verlust des Vertrauens in die eigenen Kompetenzen, z. B. im Beruf, in sozialen Kontakten, in Freizeitaktivitäten oder in der Haushaltsführung 	<ul style="list-style-type: none"> Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl? Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?
Schuldgefühle	<ul style="list-style-type: none"> Selbstvorwürfe unrealistische/übertriebene Schuldgefühle im beruflichen oder sozialen Kontext 	<ul style="list-style-type: none"> Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe? Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?
psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung	<ul style="list-style-type: none"> innerliche Unruhe, Gefühl des Getriebenseins Zappeln, Rededrang Wortkargheit, leise monotone Sprache, langsames Sprechen verzögerte Reaktionen, langsame Bewegungen, reduzierte Mimik 	<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie innerlich so unruhig, dass Sie nicht stillsitzen können? Müssen Sie ständig auf und ab gehen, weil Sie so unruhig sind? Sprechen oder bewegen Sie sich langsamer also sonst?
Hoffnungslosigkeit ³	<ul style="list-style-type: none"> unrealistisch pessimistische Zukunftserwartungen inkl. Gesundheitsprognose allgemein negative Selbst- und Weltsicht und Gefühl der Aussichtslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst? Haben Sie Pläne für die Zukunft?
Schlafstörungen	<ul style="list-style-type: none"> Schlaflosigkeit Durchschlafstörungen, Früherwachen, auch Einschlafstörungen seltener Hypersomnie: vermehrter Schlaf tagsüber, verlängerter Nachtschlaf 	<ul style="list-style-type: none"> Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert? Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?
Appetitstörungen	<ul style="list-style-type: none"> Gefühl, sich zum Essen zwingen zu müssen erheblicher Gewichtsverlust 	<ul style="list-style-type: none"> Hatten Sie weniger Appetit in der letzten Zeit? Haben Sie ungewollt abgenommen?

Symptome	Charakteristika	Beispielfragen
Suizidgedanken/ Suizidhandlungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wunsch, rasch an einer unheilbaren Krankheit oder einem Unfall zu sterben ▪ mehr oder minder konkrete Überlegungen für aktive Beendigung des eigenen Lebens ▪ teilweise in Zusammenhang mit Wahnsymptomen und Halluzinationen: z. B. Überzeugung, nur durch den eigenen Tod die Familie retten oder eine große Schuld ausgleichen zu können 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein? ▪ Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun? ▪ Haben Sie versucht, sich etwas anzutun? ▪ Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?

¹ Antriebsmangel zählt in der ICD-11 nicht zu den Haupt-, sondern zu den Zusatzsymptomen.

² In der ICD-11 sind Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen und Schuld/Wertlosigkeitsgefühle als ein Kriterium zusammengefasst.

³ „Hoffnungslosigkeit“ ist als eigenständiges Kriterium nicht enthalten in der ICD-10; in der ICD-11 ist es neu als kognitives Zusatzsymptom.

Psychometrische Tests/Symptomskalen

Eine Ergänzung der kategorialen Diagnostik nach ICD können psychometrische Tests darstellen. Zusätzlich zu dichotomen Symptomabfragen ermöglichen sie, dimensionale Aspekte zu erfassen. Skalenbasierte Schwellenwerten zur Diagnose depressiver Störungen werden vorwiegend im wissenschaftlichen Kontext eingesetzt und spielen im deutschen Versorgungsalltag eine untergeordnete Rolle. Im Rahmen von systematischem Monitoring und Wirkungsüberprüfung hingegen stellen Symptomskalen aus Sicht der Leitliniengruppe ein bewährtes Instrument dar. Ist also ein Monitoring mithilfe von „Depressionsscores“ geplant, so bietet sich die Erhebung eines Ausgangswertes im Rahmen der Primärdiagnostik an. Für eine Übersicht zu möglichen Testverfahren siehe Kapitel 2.8 Verlaufsdagnostik, Monitoring sowie Anhang 1.

Tabelle 9: Somatische Symptome bei depressiven Episoden

- Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
- mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
- frühmorgendliches Erwachen, zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
- Morgentief
- der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
- deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat
- deutlicher Libidoverlust

Tabelle 10: Psychotische Symptome bei depressiven Episoden

Wahnideen

- Verarmungswahn: Überzeugung, vor dem finanziellen Ruin zu stehen
- Hypochondrischer Wahn: Überzeugung, unheilbar krank zu sein
- Versündigungs- und Verschuldungswahn: Überzeugung, schuldig zu sein (für spezielle Ereignisse oder allgemein für alles Unglück der Welt)
- Nihilistischer Wahn: Überzeugung, innerlich tot und/oder in einem Totenreich zu sein
- Verkleinerungswahn: Überzeugung, körperlich ständig weiter zu schrumpfen

Halluzinationen (meist akustischer Art)

depressiver Stupor¹

¹ In der ICD-11 ist depressiver Stupor nicht mehr als Kriterium für psychotische Symptome aufgeführt.

2.3.2 Bestimmung des Schweregrades depressiver Episoden

Abbildung 3: Bestimmen des Schweregrades depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien

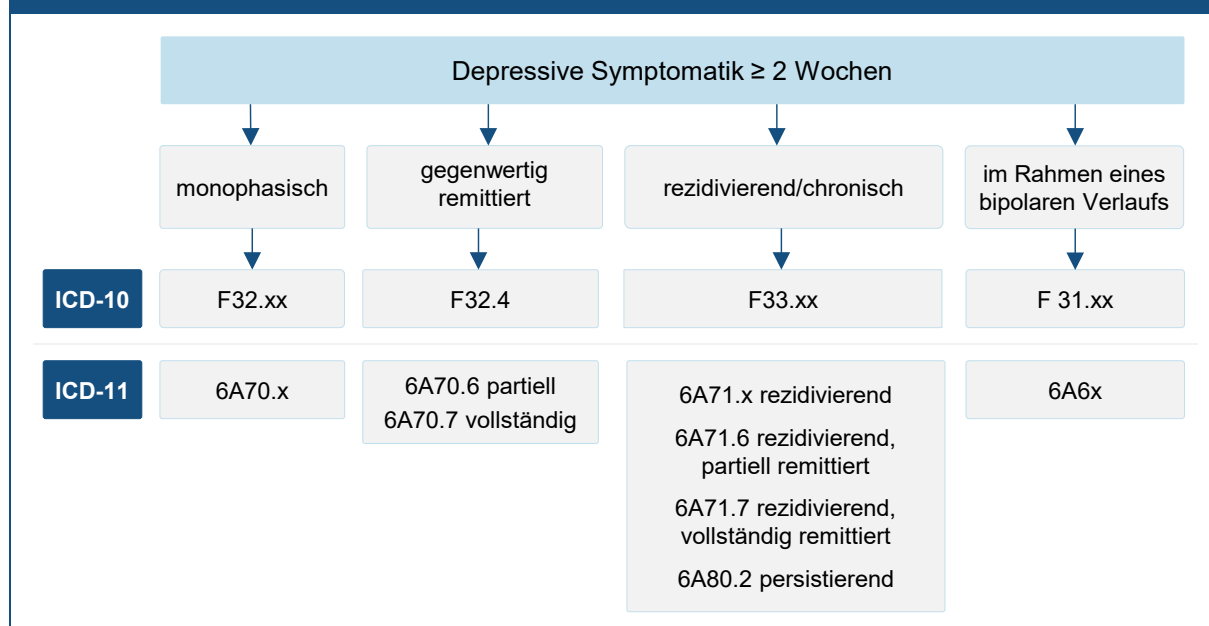
Hauptsymptome	2	2	3
<ul style="list-style-type: none"> ▪ gedrückte, depressive Stimmung ▪ Interessenverlust, Freudlosigkeit ▪ Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit 			
	+	+	+
Zusatzsymptome	2	3-4	≥ 4
<ul style="list-style-type: none"> ▪ verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ▪ vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ▪ Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit ▪ psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung ▪ Suizidgedanken/-handlungen ▪ Schlafstörungen ▪ verminderter Appetit 			
Symptome ≥ 2 Wochen	↓	↓	↓
Schweregrad nach ICD-10	leicht	mittelgradig	schwer
ohne psychotische Symptome	F32/33.0	F32/33.1	F32/33.2
mit psychotischen Symptomen	–	–	F32/33.3

Abbildung 4: Bestimmen des Schweregrades depressiver Episoden nach ICD-11-Kriterien

Affektives Cluster	≥ 1		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ gedrückte, depressive Stimmung ▪ Interessenverlust, Freudlosigkeit 			
	+		
Kognitives Cluster	≥ 3		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ▪ vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit ▪ Hoffnungslosigkeit ▪ wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken/-handlungen 			
Neurovegetatives Cluster	≥ 5		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schlafstörungen ▪ signifikant verminderter oder erhöhter Appetit ▪ psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung ▪ Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit 			
Symptome ≥ 2 Wochen fast jeden Tag	≥ 5		
Ausprägung der Symptomatik	kein Symptom stärker ausgeprägt	mehrere Symptome stärker ausgeprägt oder große Anzahl an gering ausgeprägten Symptomen	viele/die meisten Symptome stärker ausgeprägt oder geringere Anzahl von Symptomen intensiv ausgeprägt
Funktionsfähigkeit (persönlich, familiär, sozial, schulisch, beruflich ...)	in einem oder mehreren Bereichen etwas eingeschränkt	in mehreren Bereichen erheblich eingeschränkt	in den meisten Bereichen ernsthaft eingeschränkt
Schweregrad nach ICD-11	leicht	mittelgradig	schwer
ohne psychotische Symptome	6A70/71.0	6A70/71.1	6A70/71.3
mit psychotischen Symptomen	–	6A70/71.2	6A70/71.4

2.3.3 Erfassung von Dauer und Verlauf depressiver Episoden

Abbildung 5: Verlaufsaspekte depressiver Episoden nach ICD



2.3.4 Dysthymie

Siehe Langfassung

2.4 Differentialdiagnostik

2.4.1 Bipolare Störungen und Zylothymien

Siehe Langfassung

Tabelle 11: Symptome (hypo-)manischer Episoden und Beispielfrage zur Differentialdiagnostik (mod. nach [9])

Siehe Langfassung

2.4.2 Depressive Anpassungsstörungen, Trauerreaktionen

Siehe Langfassung

Tabelle 12: Anhaltspunkte zur Abgrenzung depressiver Anpassungsstörungen von depressiven Störungen

Siehe Langfassung

2.4.3 Abgrenzung Depression und Burnout-Syndrom

Siehe Langfassung

2.4.4 Organische affektive Störungen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-5 neu 2022</p> <p>Bei Verdacht auf eine der Depression zugrundeliegende somatische Erkrankung (Tabelle 13) 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.</p>	<p>↑↑</p>



Tabelle 13: Anhaltspunkte („Red Flags“) für das Vorliegen einer organischen affektiven Störung

<p>Neue schwere depressive Symptomatik und</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ jegliche neue neurologische Fokalsymptomatik, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Entwicklung depressiver Symptome steht (z. B. Paresen, Bewegungsstörungen, Sensibilitätsstörungen etc.) ▪ ausgeprägte kognitive Einschränkungen ▪ psychotische Symptomatik ▪ fehlende Hinweise auf psychosoziale Stressfaktoren und/oder Umstände der Patient*innen (z. B. ausprägt positive Familienanamnese) ▪ bekannte schwere chronische oder akute somatische Komorbidität ▪ auffällige andere klinische Veränderungen in zeitlichem Zusammenhang mit der Entwicklung depressiver Symptome (z. B. ausgeprägter Gewichtsverlust oder -zunahme; Fieber etc.)
--

Die konsensbasierte Empfehlung zielt darauf, dass in der klinischen Praxis mitbedacht wird, dass sich hinter einer depressiven Symptomatik eine bisher nicht bekannte behandlungsfähige bzw. -bedürftige somatische Erkrankung verbergen kann. Nach der klinischen Erfahrung der Leitliniengruppe ist mindestens bei den in Tabelle 13 aufgeführten Konstellationen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die depressive Störung im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung steht und daher weitere Diagnostik (Labor, Bildgebung) sinnvoll sein könnte. Andererseits gilt es, Überdiagnostik zu vermeiden. Die Entscheidung für oder gegen eine weiterführende Ausschlussdiagnostik ist daher individuell abzuwägen; insbesondere bei sehr aufwändigen und/oder belastenden Verfahren (siehe auch Kapitel 3.4 Partizipative Entscheidungsfindung) und wenn fraglich ist, ob sich aus dem Ergebnis der Diagnostik therapeutische Konsequenzen ergeben. Die Notwendigkeit der Abwägung zwischen Fürsorgeprinzip einerseits und das Nicht-Schadens-Prinzip andererseits in dieser Situation begründet den starken Empfehlungsgrad.

Die Leitliniengruppe betont, dass die Diagnose einer eventuell prioritär zu behandelnden Komorbidität nicht dazu führen darf, dass die Depression nicht mitbehandelt wird.

2.5 Erfassung von Komorbidität und Medikamentenanamnese

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-6 modifiziert 2022</p> <p>Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik soll eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung bezüglich weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen.</p>	
<p>2-7 modifiziert 2022</p> <p>Die Einnahme von Medikamenten und die Exposition gegenüber Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, soll sorgfältig geprüft werden.</p>	

Viele somatische Erkrankungen (wie z. B. Tumorerkrankungen, muskuloskeletale, endokrinologische, kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen, metabolische Störungen, Allergien, Infektionserkrankungen, Hirnerkrankungen) können mit depressiven Symptomen verbunden sein. Zudem treten depressive Störungen oft gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen wie Angst- und Panikstörungen, somatoformen Störungen, Substanzmissbrauch, Verhaltenssucht oder Ess- und Persönlichkeitsstörungen auf.

Komorbidität und Komedikation sind wichtige Kriterien für die Therapieplanung. Da diese aus Sicht der Leitliniengruppe in der Versorgungspraxis nicht regelhaft und gründlich genug erfasst werden, spricht sie konsensbasiert starke Empfehlungen dafür aus. Dies gilt ausdrücklich auch für Patient*innen, die primär in psychotherapeutischer Behandlung sind.

Da sich klinisch relevante Faktoren wie z. B. Substanzabhängigkeit, andere psychische Störungen oder neu auftretende körperliche Erkrankungen häufig erst im Verlauf der Behandlung der depressiven Störung zeigen, ist eine wiederholte bzw. kontinuierliche Erfassung notwendig.

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-8 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↑

Die Indikation einer auf andere somatische oder psychische Störungen gerichtete Diagnostik hängt davon ab, ob konkrete Verdachtsmomente gegeben sind. Da es aber auch Situationen gibt, in denen Hausärzt*innen mitbehandeln bzw. – bei Multimorbidität – in Absprache mit den Patient*innen bewusst auf eine weitergehende Diagnostik und Behandlung verzichtet wird, spricht die Leitliniengruppe eine abgeschwächte Empfehlung für die gute klinische Praxis aus.

Zur Behandlung bei Vorliegen von Komorbidität siehe Kapitel 11 Komorbidität sowie jeweilige Leitlinien.

Tabelle 14: Beispiele zu Screeningfragen zur Erfassung psychischer Komorbidität

Siehe Langfassung

2.6 Erfassung von psychosozialen Aspekten, Aktivität und Teilhabe

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-9 neu 2022</p> <p>Die Erfassung personen- und umweltbezogener Kontextfaktoren sowie die Erfassung von Aktivität und Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen sollen integraler Bestandteil der Diagnostik sein.</p>	↑↑↑
<p>2-10 neu 2022</p> <p>Bei funktionalen oder psychosozialen Beeinträchtigungen sollte der Beratungsbedarf bezüglich Rehabilitations- und Teilhabeleistungen erhoben und bei vermutetem Bedarf eine entsprechende Beratung empfohlen werden.</p>	↑

Die Leitliniengruppe spricht konsensbasiert eine starke Empfehlung für die Erfassung von psychosozialen Aspekten, Aktivität und Teilhabe aus, weil ohne angemessene Erhebung der Kontextfaktoren keine an die individuellen Bedürfnisse und Ziele angepasste Therapieplanung und -steuerung möglich ist. Dies entspricht den ethischen Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge. Ein Schadenspotenzial sieht die Leitliniengruppe nicht.

Für die Erhebung des Beratungsbedarfs bezüglich Rehabilitations- und Teilhabeleistungen spricht die Leitliniengruppe eine abgeschwächte Empfehlung aus, da eine frühzeitige Beratung bei vermutetem Bedarf zwar wünschenswert, eine gezielte Weiterleitung der Patient*innen aufgrund der unübersichtlichen Versorgungsstrukturen und der unklaren Kostenübernahme jedoch nicht immer zu gewährleisten ist.


Tabelle 15: Beispielfragen zur Erfassung von Aktivität und Teilhabe nach ICF

Siehe Langfassung

Tabelle 16: Beispielfragen zur Erfassung von Kontextfaktoren nach ICF

Siehe Langfassung

2.7 Erfassung von Suizidalität

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-11 modifiziert 2022</p> <p>Bei allen Patient*innen mit einer depressiven Störung soll Suizidalität regelmäßig, bei jedem Patientengespräch klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden.</p>	




Die Leitliniengruppe schätzt die identifizierte epidemiologische Evidenz als belastbar ein, dass das aktive Ansprechen von Suizidalität diese nicht triggert und sieht daher kein Schadenspotenzial. Sie geht davon aus, dass ein konsequentes Abfragen von Suizidalität wichtig ist, um Suizide zu verhindern. Erfahrungsgemäß können kurze Screenings hilfreich sein, um Suizidalität zu identifizieren, nicht aber um sie sicher auszuschließen. Sie eignen sich daher nur für eine erste Einschätzung. Die Evidenz zur Sicherheit der Intervention, das Fürsorge- und das Schadensvermeidungsprinzip begründen den starken Empfehlungsgrad.

Im Falle eines positiven Testergebnisses ist ein strukturiertes klinisches Interview zur spezifischen Diagnostik mit Abschätzung der Akuität und des Handlungsdrucks notwendig. Empfehlungen dazu sowie zu Einweisungskriterien bei Suizidalität und Einweisungen gegen den Willen der Patient*innen siehe Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen.

Tabelle 17: Beispielfragen zur Erfassung von Suizidalität (mod. nach [10])

- Haben Sie schon einmal versucht, sich selbst etwas anzutun?
- Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, wie, wo und wann Sie sich selbst töten können?
- Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie sich in nächster Zeit tatsächlich das Leben nehmen?
- Gibt es Dinge in Ihrem Leben, die sie davon abhalten, sich selbst etwas anzutun?

2.8 Verlaufsdiagnostik, Monitoring

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>2-12 neu 2022</p> <p>Das Monitoring unter niedrigintensiver, medikamentöser, psychotherapeutischer oder ergänzender psychosozialer Behandlung sollte folgende Parameter umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptomerfassung inkl. Suizidalität, ▪ Nebenwirkungen, ▪ psychosozialer Status und Teilhabebedarf, ▪ Adhärenz. 	
<p>2-13 neu 2022</p> <p>Um das Ansprechen der Behandlung bewerten zu können, soll der Ausgangsbefund vor Behandlungsbeginn nachvollziehbar dokumentiert werden, möglichst mithilfe validierter Instrumente.</p>	
<p>2-14 neu 2022</p> <p>Ein Monitoring unter niedrigintensiverer, medikamentöser, psychotherapeutischer oder ergänzender psychosozialer Behandlung sollte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in den ersten 4 Behandlungswochen wöchentlich, ▪ im 2. und 3. Monat alle 2 bis 4 Wochen und ▪ danach in längeren Intervallen erfolgen. 	

Die Leitliniengruppe nimmt wahr, dass ein Monitoring bei depressiven Störungen oft nicht systematisch genug erfolgt. Dies ist nicht nur unethisch in Bezug auf die Patientensicherheit, sondern auch, weil dann nicht wirksame Behandlungen unnötig lange fortgeführt werden.

Der Erfolg der Behandlung depressiver Störungen bemisst sich nicht nur an der depressiven Symptomatik, sondern auch am Effekt auf Lebensqualität, Funktionalität und Teilhabe. Um den Behandlungserfolg gemeinsam mit den Patient*innen einschätzen zu können, ist es notwendig, die verschiedenen Parameter vor Beginn der Behandlung mithilfe validierter Instrumente (vgl. Tabelle 17, Tabelle 18 sowie Kapitel 2.6 Erfassung von psychosozialen Aspekten, Aktivität und Teilhabe) zu erfassen, im Rahmen des Monitorings regelmäßig zu prüfen und die Ergebnisse konsequent sowie möglichst strukturiert festzuhalten, so dass sie schnell und einfach abzugleichen sind.

Die Leitliniengruppe spricht konsensbasiert abgeschwächte Empfehlungen für die konkreten Monitoring-Intervalle und die Monitoring-Inhalte aus, weil diese nach klinischen Gesichtspunkten individuell auch anders gewählt werden können. So ist beispielsweise bei leichten Verläufen auch ein 14-tägiges Intervall denkbar, während bei schweren Verläufen auch ein engmaschigeres Monitoring notwendig sein kann. Außerdem müssen nicht bei allen Patient*innen zu allen Terminen alle Parameter erhoben werden. Eine flexible Termin-Empfehlung ist zudem im Versorgungsalltag besser umsetzbar.

Für spezifische Empfehlungen zum Monitoring in Abhängigkeit von der Art der Behandlung siehe Kapitel 4.3.3 Monitoring bei Anwendung Internet- und mobilbasierter Interventionen, 4.4.7 Monitoring bei Behandlung mit Antidepressiva und 4.5.7 Monitoring bei psychotherapeutischer Behandlung.

Tabelle 18: Psychometrische Tests zur Diagnostik und Wirkungsprüfung depressiver Störungen (Auswahl)

Siehe Langfassung

2.9 Diagnostisches Vorgehen bei Nichtansprechen

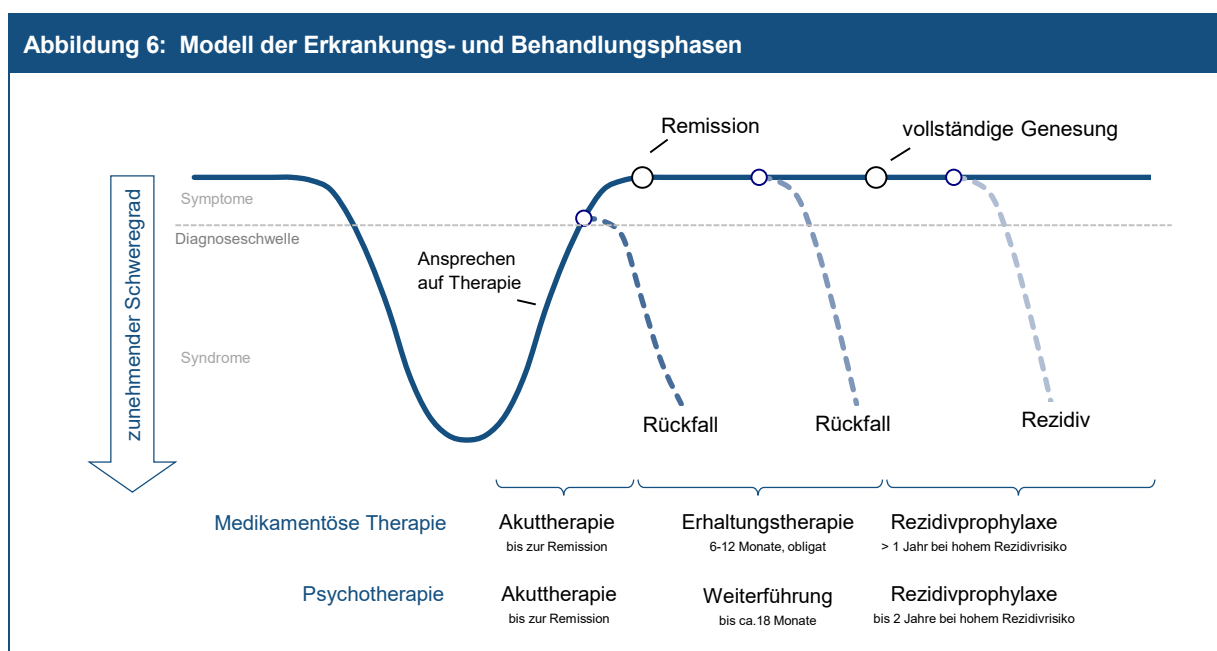
Zum diagnostischen Vorgehen bei Nichtansprechen siehe Kapitel 7.1.1 Evaluation der Ursachen bei Nichtansprechen von Antidepressiva und Kapitel 7.2.1 Evaluation der Ursachen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie.

Zum Thema mangelnde Mitarbeit der Patient*innen als mögliche Ursache für Nichtansprechen siehe außerdem Kapitel 3.5 Mitarbeit der Patient*innen.

Zur Abgrenzung somatischer Erkrankungen als Ursache für Nichtansprechen siehe Kapitel 2.4.4 Organische affektive Störungen sowie Kapitel 11 Komorbidität.

3 Therapieplanung

3.1 Behandlungsphasen und Behandlungsoptionen



3.2 Behandlungsziele und klinische Endpunkte

3.2.1 Allgemeine Behandlungsziele und messbare Outcomes

Tabelle 19: Behandlungsziele und messbare Endpunkte bei depressiven Störungen (unter Berücksichtigung von [11])

Ziele der Behandlung	messbare Endpunkte/Outcomes
Mortalität und Morbidität	
<p>Klinische Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> Symptome der depressiven Störung vermindern und letztlich eine Remission erreichen; Mortalität verringern, insbesondere Suizide verhindern; Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung reduzieren; wenn keine Besserung erreicht werden kann, dann Verschlimmerung verhüten 	<ul style="list-style-type: none"> Suizidrate und Suizidversuchsrate Gesamtmortalität Symptomveränderung (Tabelle 20, Tabelle 21), Zeit bis zum Ansprechen Remission, Zeit bis zur Remission Zeit bis zum Rückfall/Rezidiv (Tabelle 20)
Lebensqualität, Psychosoziale Aspekte, Aktivität und Teilhabe	
<p>Existenzielle Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> seelisches Gleichgewicht, allgemeine bejahende Lebenseinstellung (Lebenswillen, Hoffnung, Vitalität, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit); spirituelles Wohlbefinden realistische Selbsteinschätzung erreichen Nutzung von Bewältigungsmechanismen (Coping); Empowerment <p>Funktionale Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bewältigung von häuslichen und alltäglichen Aufgaben sowie von Stress und Verpflichtungen; selbstständige und eigenverantwortliche Gestaltung des Alltags berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit und Teilhabe wiederherstellen; <p>Soziale Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> psychosoziale Leistungsfähigkeit und Teilhabe (z. B. interpersonelle Interaktion und Kommunikation, Beziehungsqualität, Beteiligung am sozialen Leben) <p>Körperliche Dimension:</p> <ul style="list-style-type: none"> eigenverantwortliche Versorgung und Pflege des Körpers; Führen eines gesundheitsbezogenen Lebensstils 	<ul style="list-style-type: none"> selbstberichtetes Befinden (Lebensqualität-Scores) Funktionsfähigkeit (Funktionsscores) Aktivität und Teilhabe (ICF-Items), aktive Stunden (hours active) arbeitsbezogene Outcomes (z. B. Krankenschreibung; AU-Tage; Tage in Arbeit, Rückkehr in Arbeit, Frühberentung) Gesundheitskompetenz


Tabelle 20: Definition von Symptomveränderungen

Siehe Langfassung

Tabelle 21: Einstufung des Therapieerfolgs bei Symptomskalen

Siehe Langfassung

3.2.2 Individuelle Therapieziele

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>3-1 neu 2022</p> <p>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.</p>	

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>3-2 neu 2022</p> <p>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.</p>	↑
<p>3-3 neu 2022</p> <p>Die mit den Patient*innen vereinbarten individuellen Therapieziele sollen regelmäßig und je nach Bedarf evaluiert und ggf. angepasst werden.</p>	↑↑

Den Nutzen der individuellen Zielvereinbarung sieht die Leitliniengruppe in der plausiblen Chance, durch eine an den individuellen Präferenzen und Bedürfnissen ausgerichtete Therapie die Zufriedenheit mit der Behandlung und die Adhärenz zu erhöhen, das Vertrauensverhältnis zwischen Behandelnden und Patient*innen zu verbessern, die Vereinbarkeit der Therapie mit dem Alltag zu ermöglichen und die Belastung durch die Therapie („treatment burden“) für Patient*innen möglichst gering zu halten. Daneben spricht auch das ethische Prinzip der Patient*innenautonomie für dieses Vorgehen.

Kontextfaktoren können erheblichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen haben, aber auch das Erreichen von vereinbarten Therapiezielen fördern oder erschweren. Daher hält die Leitliniengruppe deren Erfassung und Berücksichtigung für grundlegend bei der Therapieplanung und -steuerung und spricht konsensbasiert eine starke Empfehlung aus.

Die Dokumentation der vereinbarten Therapieziele ermöglicht es, diese bei Bedarf interprofessionell zu kommunizieren. Auch für die Patient*innen ist die Verschriftlichung der gemeinsam vereinbarten Therapieziele wichtig, insbesondere für die Nachvollziehbarkeit, wenn die Ziele sich im Lauf der Behandlung ändern. Die Leitliniengruppe spricht eine abgeschwächte Empfehlung aus, weil dieses Vorgehen nicht generell etabliert und in der Praxis auch nicht immer durchführbar ist.

Indem Therapieziele regelmäßig überprüft werden, lässt sich die Therapie an wechselnde Bedürfnisse und Kontextfaktoren anpassen. Da die Leitliniengruppe bei dieser Empfehlung großes Potenzial für Nutzen und keine Hinweise auf Schäden sieht, spricht sie eine starke Empfehlung aus.

Tabelle 22: Beispiele individueller Therapieziele für Patient*innen mit depressiven Störungen

Siehe Langfassung

Abbildung 7: Einordnung von Ressourcen und Defiziten in das bio-psycho-soziale Modell der ICF am Fallbeispiel depressiver Störungen

Siehe Langfassung

3.3 Aufklärung und Information der Patient*innen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>3-4 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↑↑

Eine verständliche Kommunikation hilft Patient*innen, Nutzen und Risiken verschiedener Therapieoptionen besser einzuschätzen und informierte Entscheidungen treffen zu können. Dies ist im Sinne der Patient*innenautonomie geboten, es sei denn, die Patient*innen machen ausdrücklich von ihrem Recht auf Nichtwissen Gebrauch. Aus diesem Grund und da die Leitliniengruppe hier auf Basis der klinischen Erfahrung ein Versorgungsproblem vermutet, spricht sie eine starke Empfehlung aus.

Bei psychischen Erkrankungen sind die Grenzen zwischen Aufklärung und Information, Psychoedukation und Therapie fließend. Zu den dafür relevanten Themen speziell bei depressiven Störungen siehe Kapitel 4.1 Psychoedukation und Schulungen mit Tabelle 26.

Tabelle 23: Risikokommunikation (modifiziert nach: [12])

Siehe Langfassung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>3-5 modifiziert 2022</p> <p>Die Aufklärung vor Beginn der Behandlung depressiver Störungen sollte folgende Aspekte für die jeweiligen Interventionen umfassen:</p> <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. 	<p>↑</p>

Die konsensbasierte Empfehlung konkretisiert die allgemeinen Empfehlungen zur Aufklärung und Information der Patient*innen für depressive Störungen. Die Leitliniengruppe spricht eine abgeschwächte Empfehlung aus, da nicht alle Patient*innen in aller Ausführlichkeit informiert sein möchten. Zudem gilt es individuell abzuwägen, ob eine zu ausführliche Information die Adhärenz eher hemmt als fördert.

3.4 Partizipative Entscheidungsfindung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>3-6 modifiziert 2022</p> <p>Diagnostische, therapeutische und versorgungsbezogene Entscheidungen sollen entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung erfolgen.</p>	<p>↑↑</p>

Insbesondere begründet durch die ethischen Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge spricht die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung für die partizipative Entscheidungsfindung (PEF) aus. Der Empfehlungsgrad wird durch die identifizierte Evidenz bestätigt. Eine systematische Übersichtsarbeit zeigt mit hoher Evidenzqualität, dass der Einsatz von Entscheidungshilfen das Wissen verbessert. Die Konsultationszeit verlängert sich nicht signifikant. Es werden keine Hinweise auf Schäden beschrieben.

Abbildung 8: Prozessschritte zur Umsetzung von partizipativer Entscheidungsfindung (mod. nach [13,14])

Siehe Langfassung

3.5 Mitarbeit der Patient*innen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>3-7 neu 2022</p> <p>Die Bedeutung von Adhärenz sowie mögliche förderliche und hinderliche Faktoren sollen vor der Therapieentscheidung sowie vor einer Änderung der Therapie besprochen werden.</p>	<p>↑↑</p>

Die Leitliniengruppe sieht Adhärenz – als Produkt des Beziehungsaufbaus und der partizipativen Entscheidungsfindung sowie als zentrales Versorgungsproblem – als Herausforderung bei der Behandlung unipolarer Depressionen. Sie hat die Förderung der Adhärenz zu vereinbarten Therapiezielen daher auch als Ziel der NVL formuliert und spricht konsensbasiert eine starke Empfehlung aus. Durch die strukturierte Analyse möglicher Einflussfaktoren (Tabelle 24, Tabelle 25) lassen sich Barrieren identifizieren. Sind sie behebbare, können sie zu einer Verbesserung der Adhärenz führen. Sind sie nicht behebbare, wird das individuelle Therapieziel angepasst. Dieses Vorgehen bietet die Chance, dass Patient*innen und Behandelnde transparenter und verbindlicher mit Therapievereinbarungen umgehen.

Besondere Bedeutung für die Adhärenz hat der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient*innen und Behandelnden. Dazu und zu anderen interventionsübergreifenden Wirk- und Einflussfaktoren bei depressiven Erkrankungen siehe auch Tabelle 33 und Tabelle 34.


Tabelle 24: Adhärenz-Barrieren auf Seite der Patient*innen und mögliche Lösungsansätze

Siehe Langfassung

Tabelle 25: Adhärenz-Barrieren auf Seite der Behandelnden und mögliche Lösungsansätze

Siehe Langfassung

3.6 Einbindung von Angehörigen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>3-8 modifiziert 2022</p> <p>Wenn die Patient*innen damit einverstanden sind, sollen Angehörige in die Aufklärung, Information und Behandlung eingebunden werden.</p>	

Die Einbindung von Angehörigen ist ein wichtiges Therapieprinzip bei der Behandlung von Patient*innen mit depressiven Störungen, da sie wichtige unterstützende Funktionen übernehmen können. Außerdem betreffen Entscheidungen, die über die Behandlung der Patient*innen getroffen werden, auch die Angehörigen, so dass die Information darüber auch aus ethischen Gründen angebracht ist. Hinzu kommt, dass die Angehörigen oft selbst Unterstützung benötigen. Die Leitliniengruppe und insbesondere die Patientenvertreter nehmen wahr, dass die Berücksichtigung und Einbindung von Angehörigen in der Praxis häufig nicht oder nicht konsequent genug geschieht. Daher spricht sie konsensbasiert eine explizite Empfehlung dafür aus.

4 Therapieoptionen und Therapieprinzipien

In diesem Kapitel werden die bei unipolarer Depression zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen beschrieben. Außerdem enthält das Kapitel Empfehlungen zu den allgemeinen Therapieprinzipien bei medikamentöser Behandlung, Psychotherapie und internet- und mobilbasierten Interventionen.

Für Empfehlungen zur Indikation der einzelnen Behandlungsoptionen siehe Kapitel 5 Behandlung bei akuter depressiver Episode bis Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen.

4.1 Psychoedukation und Schulungen

Die Leitliniengruppe verzichtet bewusst auf eine Empfehlung zu Schulungen für Patient*innen mit depressiven Störungen, da psychoedukative Inhalte nicht losgelöst von therapeutischen Interventionen betrachtet werden können. Sie gehören zum Standard in der Behandlung depressiver Patient*innen und sind integraler Bestandteil jedes therapeutischen Gesamtkonzepts, ob im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung, bei psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Basisbehandlung (Gesprächsleistungen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie) oder bei anderen niedrigschwelligen Angeboten, internet- und mobilbasierten Angeboten oder aber im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie.

Für allgemeine Empfehlungen bezüglich der Aufklärung und Information über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten als Basis der informierten Entscheidungsfindung sowie und zu den allgemeinen Grundsätzen der Risikokommunikation siehe Kapitel 3.3 Aufklärung und Information der Patient*innen.

Tabelle 26: Mögliche Inhalte psychoedukativer Schulungen für Patient*innen mit depressiven Störungen

<p>Informationen über die Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> Symptome, Diagnose, Ursache, Verlauf; biologische, psychologische und psychosoziale Aspekte Behandelbarkeit und Prognose Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodelles zur Entlastung der Patient*innen von Schuld- und Versagensgefühlen sowie Selbstvorwürfen <p>Informationen zum Selbstmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Zusammenhang von Denken, Verhalten und Gefühlen Schlafhygiene, Angst-Management, Stressbewältigung Kommunikations- und Konfliktfähigkeit Tagesstrukturierung und Lebensführung (z. B. Ausbau angenehmer Aktivitäten) Erlernen von Entspannungsverfahren Umgang mit der Erkrankung im Arbeitskontext <p>Informationen über die Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> Wirkweise, zu erwartende Effekte, mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen von Antidepressiva, Wirklatenz, Notwendigkeit einer Erhaltungstherapie, Absetzsymptome und Reboundphänomene Verfahren von Psychotherapie, Wirklatenz, Notwendigkeit einer Weiterführung nach Abklingen der Symptomatik, mögliche positive und negative Nebenwirkungen von Psychotherapie unterstützende Angebote (Sport- und Bewegungstherapien, Lichttherapie, Schlafentzugstherapie u. a.) strukturierte/komplexe Versorgungsformen Möglichkeiten bei Nichtansprechen der Behandlung Neurostimulatorische Verfahren Psychosoziale Therapien Nutzen und potenzieller Schaden von Selbsthilfegruppen Nutzen der Einbeziehung von Angehörigen und deren Einbindung in Angehörigengruppen <p>Informationen über rehabilitative Angebote, Leistungen zur Teilhabe und andere Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Medizinische Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Bildung, Leistungen zur sozialen Teilhabe Leistungen zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien (Haushaltshilfe, Hilfe zur Erziehung u. a.) Informationen zu Beratungsmöglichkeiten bezüglich dieser Angebote <p>Rückfallprophylaxe und Krisenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Erkennen von Rückfällen und Krisen Umgang mit Suizidalität
<p>Die Tabelle stellt eine Auswahl dar und beruht auf [15,16], ergänzt um weitere Themen aus der klinischen Praxis der Leitliniengruppe.</p>


4.2 Niedrigintensive Interventionen: Optionen und Versorgungsstrukturen

Siehe Langfassung

4.3 Internet- und mobilbasierte Interventionen: Optionen und Prinzipien

Siehe Langfassung

4.3.1 Diagnostik und Indikationsstellung bei Internet- und mobil-basierten Interventionen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-1 neu 2022</p> <p>Vor dem Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen zur Behandlung depressiver Störungen soll eine adäquate Diagnostik, Differentialdiagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung und Verordnung erfolgen.</p>	

Aus Sicht der Leitliniengruppe existiert bezüglich Internet- und mobilbasierten Interventionen (IMI) ein Versorgungsproblem, da diese bisher sowohl basierend auf einer reinen Selbsteinschätzung der Patient*innen als auch auf Empfehlung von Krankenkassen genutzt werden können. Dadurch sind die Standards in Bezug auf die Patientensicherheit nicht immer gewährleistet. Die Leitliniengruppe empfiehlt daher eine ausschließliche Nutzung von IMI nach einer fachgerechten Diagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung und gemeinsamen Entscheidungsfindung durch entsprechend qualifizierte Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen. Das Prinzip der Schadensvermeidung begründet den starken Empfehlungsgrad.

4.3.2 Therapeutische Begleitung Internet- und mobilbasierter Interventionen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-2 neu 2022 Der Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen soll therapeutisch begleitet werden.	↑↑

Die vorliegende Evidenz deutet bei niedriger Qualität darauf hin, dass unbegleitete Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMI) weniger effektiv sind als therapeutisch begleitete. Die dem jeweiligen Programm ggf. inhärente Begleitung ersetzt aus Sicht der Leitliniengruppe zudem nicht den regelmäßigen Kontakt zu den verordnenden Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen. Insbesondere sieht die Leitliniengruppe ein Schadenspotenzial darin, dass Erkrankte bei unbegleiteten IMI kein adäquates Monitoring erfahren und mit möglichen Schwankungen des Therapieerfolgs allein gelassen werden. Diese klinisch relevante Schadensabwägung in Verbindung mit den Hinweisen auf bessere Wirksamkeit begründet den starken Empfehlungsgrad.

4.3.3 Monitoring bei Anwendung Internet- und mobilbasierter Interventionen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-3 neu 2022 Bei Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen soll ein regelmäßiges Monitoring der Adhärenz und Wirksamkeit erfolgen.	↑↑

Um eine unnötig lange und nicht zielführende Behandlung, die ggf. auch mit unerwünschten Wirkungen einhergeht, zu vermeiden, empfiehlt die Leitliniengruppe konsensbasiert, die Wirkung von IMI zu überprüfen und bei inadäquatem Ansprechen die Adhärenz zu evaluieren.

4.4 Medikamentöse Therapie: Optionen und Prinzipien

4.4.1 Wirkansatz von Antidepressiva

Siehe Langfassung

4.4.2 Antidepressiva-Substanzklassen

Siehe Langfassung

4.4.3 Auswahl des Antidepressivums

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-4 neu 2022 Die Auswahl des Antidepressivums soll gemäß dem Sicherheits- und Interaktionsprofil, der Präferenz des Patient*innen, der Erfahrung des Behandlenden sowie der anderen in Tabelle 27 genannten Kriterien erfolgen.	↑↑

Tabelle 27: Auswahlkriterien für Antidepressiva

Kriterien	Erläuterungen und Beispiele
Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> Zulassung in Deutschland Verfügbarkeit und GKV-Erstattungsfähigkeit in Deutschland (nicht für alle zugelassenen Antidepressiva gegeben)
Patient*innenpräferenz siehe Kapitel 3.4 Partizipative Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> Darreichungsformen: oral, oral flüssig, Schmelztablette, i. v., intranasal Akzeptanz des potenziellen UAW-Profiles, z. B. bei jüngeren Patient*innen Belastung durch sexuelle Funktionsstörungen durch SSRI/SNRI Akzeptanz des Monitoring-Bedarfs (Frequenz von Blutentnahmen, EKG) Anwendungserfahrung mit früheren Antidepressiva-Behandlungen
Sicherheit Siehe Kapitel 10.1 Ältere Patient*innen	<ul style="list-style-type: none"> Nebenwirkungsprofil (siehe Anhang 4) Suizidrisiko: z. B. Gefahr der Überdosierung bei TZA (Einnahme einer Wochenration kann letal sein; im ambulanten Bereich daher nur Verschreibung kleiner Packungsgrößen); Risiko einer evtl. initialen Suizidalitätsverstärkung, z. B. bei SSRI und SNRI bei älteren Menschen mit somatischen Vorerkrankungen erhöhtes Nebenwirkungsrisiko und mehr potenziell gravierende Komplikationen; z. B. bei TZA Delir, kardi-ale Blockbildungen/Rhythmusstörungen, Harnverhalt je nach Wirkstoff unterschiedliches Risiko für das Auftreten von Absetzsyndromen (siehe Tabelle 32)
Komorbidität und Komedikation siehe Kapitel 11 Komorbidität und 10.1 Ältere Patient*innen	<ul style="list-style-type: none"> Kontraindikationen (siehe Anhang 4) Gefahr von Arzneimittelinteraktionen (siehe Anhang 4) potenzielle (negative oder positive) Effekte auf Komorbidität
Ansprechen siehe Kapitel 5 Behandlung bei akuter depressiver Episode	<ul style="list-style-type: none"> Wirksamkeit und Verträglichkeit einer früheren Antidepressiva-Therapie bei positiver Familienanamnese Ansprechen bei erstgradigen Angehörigen
Handhabbarkeit, Anwendungserfahrung siehe Kapitel 4.4.7 Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> Titrierung und Monitoring-Bedarf verschieden aufwändig, z. B. Blutbildkontrollen, EKG-Kontrollen u. a. (siehe Tabelle 28, Tabelle 29, Tabelle 30) Anwendungserfahrung der Behandelnden mit einzelnen Antidepressiva
biologische Parameter	<ul style="list-style-type: none"> derzeit keine ausreichende Evidenz, dass eine Entscheidungsfindung durch biologische Parameter erleichtert ist (siehe Kapitel 4.4.3.1 Metabolisierungsbesonderheiten und Genotypisierung)

Die Leitliniengruppe beurteilt die Evidenzqualität für den Vergleich der Substanzgruppen als gut. Da die Evidenz eine weitgehend vergleichbare Effektivität der verschiedenen Antidepressiva nahelegt, spricht sie sich dafür aus, die Wahl des Antidepressivums anhand der Präferenz der Patient*innen, klinischer Kriterien und praktischer Aspekte zu treffen.

4.4.3.1 Metabolisierungsbesonderheiten und Genotypisierung

Die Leitliniengruppe hat sich aufgrund der nicht überzeugenden Evidenz bezüglich patientenrelevanter Endpunkte entschieden, weder für eine pharmakogenetische Testung vor der primären Auswahl eines Antidepressivums, noch bei Nichtansprechen von Antidepressiva eine Empfehlung auszusprechen. Sie sieht noch keine ausreichende Evidenz, um einen spezifischen Test empfehlen zu können, geht aber davon aus, dass die Pharmakogenetik als Instrument der Therapiesteuerung zukünftig an Bedeutung gewinnen könnte.

Als einfacheres Mittel, eine verlangsamte oder beschleunigte Metabolisierung nachzuweisen, sieht die Leitliniengruppe nach wie vor Serumspiegelkontrollen (Therapeutisches Medikamentenmonitoring TDM) an. So können zu hohe oder niedrige Serumkonzentrationen schnell erkannt und die Dosis entsprechend angepasst werden. Zudem können damit gleichzeitig andere, von der Genetik unabhängige Einflussfaktoren wie z. B. Interaktionen mit anderen Medikamenten, durch Rauchen oder Konsum von Koffein oder Grapefruit, Einnahmeunregelmäßigkeiten sowie bisher noch nicht bekannte Polymorphismen erfasst werden (siehe Kapitel 4.4.7.1 Serumspiegelkontrollen (Therapeutisches Medikamentenmonitoring) sowie 7.1.1 Evaluation der Ursachen bei Nichtansprechen von Antidepressiva).

4.4.4 Vor Beginn der Therapie mit Antidepressiva

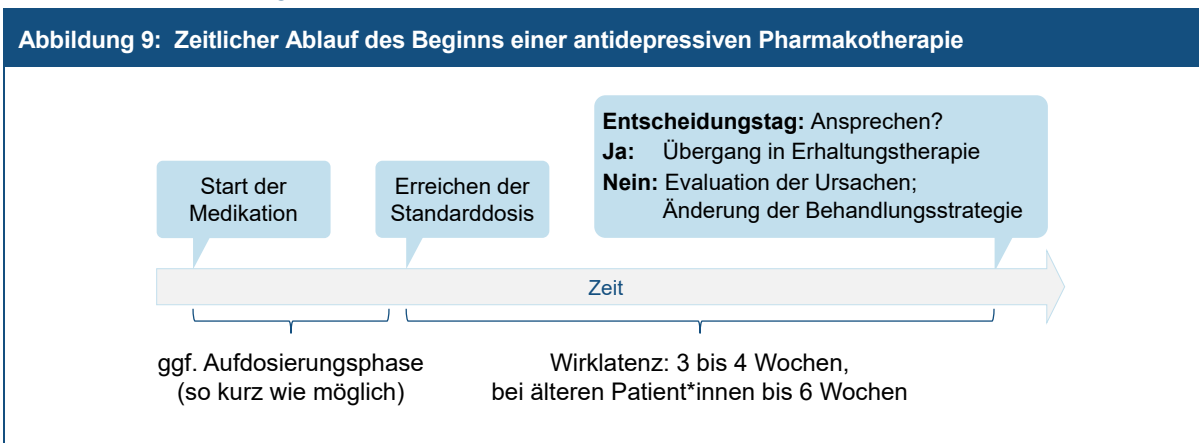
Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-5 modifiziert 2022</p> <p>Vor Beginn einer medikamentösen Therapie soll mit den Patient*innen vereinbart werden, zu welchem Zeitpunkt das Ansprechen der Behandlung bewertet und über das weitere Vorgehen entschieden werden soll. Aufgrund der Wirklatenz soll ein Zeitpunkt 3–4 Wochen nach Erreichen der Standarddosis gewählt werden.</p>	<p>↑↑</p>

Die Leitliniengruppe empfiehlt konsensbasiert, bereits zu Behandlungsbeginn einen festen Zeitpunkt für die Wirkungsprüfung zu vereinbaren, um zu vermeiden, dass eine nicht wirksame medikamentöse Behandlung zu lange weitergeführt wird. Der empfohlene Zeitpunkt von 3–4 Wochen basiert auf Annahmen zur Dauer der Wirklatenz.

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-6 neu 2022</p> <p>Vor Beginn einer medikamentösen Therapie sollen die in Tabelle 28, Tabelle 29 und Tabelle 30 für das jeweilige Medikament empfohlenen initialen Untersuchungen durchgeführt werden.</p>	<p>↑↑</p>

Manche Antidepressiva erfordern aus Sicherheitsgründen zusätzliche diagnostische Maßnahmen vor Behandlungsbeginn, um ggf. nicht bekannte Komorbidität erfassen und die Verschreibung kontraindizierter Medikamente zu verhindern. Zudem ist die Erhebung von Ausgangswerten Grundlage des späteren Monitorings.

4.4.5 Aufdosierungsphase und Wirklatenz



Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-7 modifiziert 2022</p> <p>Bei einer Behandlung mit Antidepressiva sollte unter Berücksichtigung der individuellen Verträglichkeit so schnell wie möglich zur empfohlenen Standarddosis aufdosiert werden.</p>	<p>↑</p>

Die Leitliniengruppe beobachtet in der Versorgungspraxis, dass zu lange eine zu geringe Dosis von Antidepressiva beibehalten wird. Eine unnötige lange Aufdosierungsphase oder das Beibehalten einer zu niedrigen Dosierung stellt jedoch eine unzureichende Behandlung dar und ist damit unethisch und nicht rational. Die konsensbasierte Empfehlung zielt darauf, dieses Versorgungsproblem zu verbessern. Der abgeschwächte Empfehlungsgrad berücksichtigt, dass es Patient*innen gibt, bei denen nicht schnell und/oder bis zur Standarddosis aufdosiert werden kann.

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-8 neu 2022 In der Regel soll die antidepressive Medikation mit der niedrigen, als „Anfangsdosis“ bezeichneten Tagesdosis begonnen werden.	↑↑↑

Die Leitliniengruppe empfiehlt für Antidepressiva konsensbasiert eine schrittweise Aufdosierung, da sich so das Risiko plötzlich auftretender und starker unerwünschter Wirkungen verringert, was zudem negative Effekte auf die Adhärenz der Patient*innen haben könnte.

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-9 modifiziert 2022 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.	↑↑↑

Die konsensbasierte Empfehlung zielt auf das rechtzeitige Erkennen von Nebenwirkungen sowie auf die Vermeidung eines möglicherweise mit den Nebenwirkungen verbundenen Abbruchs der Behandlung durch die Patient*innen.

4.4.6 Wirkungsprüfung bei Behandlung mit Antidepressiva

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-10 modifiziert 2022 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.	↑↑↑

Um eine unnötig lange und nicht zielführende Behandlung, die ggf. auch mit unerwünschten Wirkungen einhergeht, zu vermeiden, empfiehlt die Leitliniengruppe konsensbasiert, bereits 3–4 Wochen nach Erreichen der Standarddosis die Wirkung der Therapie zu überprüfen, bei inadäquatem Ansprechen mögliche Ursachen zu evaluieren und ggf. die Behandlung zu modifizieren (siehe Kapitel 7.1 Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie). Die Angabe eines Mindestzeitraums berücksichtigt auch Patient*innen, die aufgrund eingeschränkter Adhärenz oder schlechterer Metabolisierung langsamer auf die Behandlung ansprechen.


Die Wirkungsprüfung umfasst nicht nur die depressive Symptomatik, sondern auch Teilhabeaspekte und Lebensqualität (siehe Kapitel 2.8 Verlaufsdagnostik, Monitoring und 3.2 Behandlungsziele und klinische Endpunkte sowie Tabelle 18, Tabelle 17).

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-11 modifiziert 2022 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.	↑↑↑
4-12 modifiziert 2022 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.	↑↑↑

Da die antidepressive Therapie auf eine vollständige und stabile Remission der Symptomatik sowie auf die Verbesserung von Teilhabe und Lebensqualität zielt, ist ein vorzeitiger Abbruch der Behandlung nicht zielführend. Die Leitliniengruppe empfiehlt daher konsensbasiert eine Weiterführung der Behandlung nach dem ersten Ansprechen. Für Empfehlungen und Evidenz zur Erhaltungstherapie siehe Kapitel 6 Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe.

Bei Nichtansprechen ist es ethisch nicht vertretbar, eine unwirksame Therapie beizubehalten, und die Leitliniengruppe empfiehlt konsensbasiert eine zeitnahe Prüfung der Behandlungsstrategie. Für Empfehlungen zur Evaluation von Ursachen und zu Behandlungsstrategien bei ausbleibendem oder mangelndem Ansprechen siehe Kapitel 7 Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz.

4.4.7 Monitoring bei Behandlung mit Antidepressiva

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-13 neu 2022</p> <p>Das Monitoring unter medikamentöser Therapie soll gemäß Tabelle 28, Tabelle 29 und Tabelle 30 erfolgen. Wirkungen und typische Nebenwirkungen sollen aktiv erfragt werden.</p>	

Die konsensbasierte Empfehlung zielt auf die Vermeidung unerwünschter Effekte sowie auf die Ermöglichung einer schnellen Revision der Therapiestrategie bei nicht wirksamer Behandlung. Ausdrücklich ist nicht nur ein offenes Fragen nach dem Auftreten von möglicherweise mit der Medikation assoziierten unerwünschten Wirkungen gemeint, sondern auch ein gezieltes Fragen nach bekannten häufigen Nebenwirkungen bestimmter Wirkstoffe, insbesondere wenn es sich um Nebenwirkungen handelt, die Patient*innen eher nicht von sich aus berichten (z. B. sexuelle Funktionsstörungen). Dabei gilt es aus Sicht der Leitliniengruppe allerdings individuell abzuwägen, inwieweit sich zu intensives Nachfragen ggf. negativ auf die Adhärenz der Patient*innen auswirken kann.

Die Leitliniengruppe diskutierte den Empfehlungsgrad vor dem Hintergrund einer wahrgenommenen Unterversorgung und Sicherheitsaspekten einerseits sowie versorgungspraktischen Erwägungen (individuelle klinische Beurteilung, Budgetbelastung) und juristischen Bedenken andererseits. Da aufgrund der tabellarischen Darstellung nicht jedem Parameter und jedem Intervall ein eigener Empfehlungsgrad zugeordnet werden kann, hat sich die Leitliniengruppe entschlossen, einheitlich eine starke Empfehlung auszusprechen. Dies schließt nicht aus, dass im individuellen Fall Kontrollen in kürzeren oder längeren Abständen stattfinden.

Tabelle 28: Empfohlene Verlaufskontrollen unter Antidepressiva (außer TZA) (mod. nach [17])

	vor Beginn	Monate						viertel- jährlich	halb- jährlich
		1	2	3	4	5	6		
Adhärenzprüfung und Erfassen typischer Nebenwirkungen		2x ¹	2x ¹	2x ¹	1x	1x	1x	1x	
Blutbild ⁴	1x	1x					1x		1x ⁵
GFR (berechnet aus Serum-Kreatinin)	1x	1x		1x ⁹			1x		1x ⁵
Leberenzyme ⁸	1x	1x	1x ²	1x ²	1x ²	1x ²	1x	1x ²	
Serumelektrolyte	1x	1x					1x		1x ⁵
EKG	1x ³	1x ³							
Blutdruck ⁶ , Puls	1x	1x					1x ⁷		
Körpergewicht	1x			1x ⁷			1x	1x ⁷	

Die Tabelle beruht auf einer Darstellung in [17]; die Inhalte wurden aber durch die Leitliniengruppe unter klinischen und Versorgungsaspekten diskutiert und teils modifiziert. Die Anzahl der notwendigen Routinekontrollen ist bisher nicht empirisch belegt und daher konsensbasiert. Es handelt sich somit um Orientierungswerte, von denen im begründeten Fall auch abgewichen werden kann.

¹ auch telefonisch möglich

² nur Patient*innen mit relevanter Komorbidität oder Multimedikation

³ nur bei Citalopram, Escitalopram und Venlafaxin sowie bei Patient*innen mit Risiko für oder manifesten Herz-Kreislauf-Erkrankungen

⁴ Mianserin: Hersteller empfehlen in den ersten Behandlungsmonaten wöchentliche Blutbildkontrollen

⁵ bei langfristig stabilen Patient*innen jährliche Kontrollen ggf. ausreichend

⁶ unter SNRI in hoher Dosierung häufiger (in seltenen Fällen anhaltend erhöhte Werte)

⁷ häufigere Kontrollen unter Mianserin, Mirtazapin; sonst bei langfristig stabilen Patient*innen seltenere Kontrollen ggf. ausreichend

⁸ Agomelatin: Hersteller empfehlen zusätzlich Kontrollen nach ca. 3, 6, 12 und 24 Wochen sowie nach einer Dosissteigerung in derselben Häufigkeit wie zu Beginn der Behandlung.

⁹ nur bei Milnacipran

Tabelle 29: Empfohlene Verlaufskontrollen unter Trizyklischen Antidepressiva (mod. nach [17])

	vor Beginn	Monate						viertel- jährlich	halb- jährlich
		1	2	3	4	5	6		
Adhärenzprüfung und Erfassen typischer Nebenwirkungen		2x ¹	2x ¹	2x ¹	1x	1x	1x	1x	
Blutbild	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	
GFR (berechnet aus Serum-Kreatinin)	1x	1x		1x			1x		1x
Leberenzyme	1x	1x	1x	1x			1x	1x	
Serumelektrolyte	1x	1x	1x	1x			1x	1x	
EKG	1x	1x					1x		1x
Blutdruck, Puls	1x	1x	1x	1x			1x	1x	
Körpergewicht	1x			1x			1x	1x	

Die Tabelle beruht auf einer Darstellung in [17]; die Inhalte wurden aber durch die Leitliniengruppe unter klinischen und Versorgungsaspekten diskutiert und teils modifiziert. Die Anzahl der notwendigen Routinekontrollen ist bisher nicht empirisch belegt und daher konsensbasiert. Es handelt sich somit um Orientierungswerte, von denen im begründeten Fall auch abgewichen werden kann.

¹ auch telefonisch möglich

Tabelle 30: Empfohlene Verlaufskontrollen unter Lithium (mod. nach [17])

	vor Beginn	Monate						viertel- jährlich	halb- jährlich
		1	2	3	4	5	6		
Adhärenzprüfung und Erfassen typischer Nebenwirkungen		2x	2x	2x	2x	1x	1x	1x	
Plasmakonzentration		4x	1x ¹	1x ¹	1x ¹	1x ¹	1x ¹	1x ¹	
Kreatinin, GFR ⁵	1x	4x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	
Serumelektrolyte inkl. Kalzium	1x	1x		1x			1x	1x	
TSH ⁶	1x	1x		1x					1x
EKG	1x	1x					1x		1x
Blutdruck, Puls	1x	1x		1x			1x	1x ⁴	
Körpergewicht	1x			1x			1x	1x ⁴	

Die Tabelle beruht auf einer Darstellung in [17]; die Inhalte wurden aber durch die Leitliniengruppe unter klinischen und Versorgungsaspekten diskutiert und teils modifiziert. Die Anzahl der notwendigen Routinekontrollen ist bisher nicht empirisch belegt und daher konsensbasiert. Es handelt sich somit um Orientierungswerte, von denen im begründeten Fall auch abgewichen werden kann.

¹ unter bestimmten Umständen (z. B. Fieber, Durchfälle, Dosiserhöhung) häufiger

² bei älteren Patient*innen häufiger

⁴ bei langfristig stabilen Patient*innen halbjährlich

⁵ GFR glomeruläre Filtrationsrate; Bestimmung aus 24 h-Urin oder errechnet aus dem Serum-Kreatinin

⁶ FT3 und FT4 bei auffälligem TSH

4.4.7.1 Serumspiegelkontrollen (Therapeutisches Medikamentenmonitoring)

Empfehlung	Empfehlungs- grad
<p>4-14 modifiziert 2022</p> <p>Serumspiegelkontrollen sollten insbesondere erfolgen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlung mit der Maximaldosis, ▪ Verträglichkeitsproblemen, ▪ multimedizierten oder multimorbiden Patient*innen, ▪ Leber- oder Niereninsuffizienz, ▪ Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation, ▪ Nichtansprechen, ▪ bekannten genetisch bedingten Metabolisierungsbesonderheiten (poor metabolizer oder ultra rapid metabolizer), ▪ Problemen in der Mitarbeit der Patient*innen. 	<p>↑</p>

Das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum ist aus Sicht der Leitliniengruppe ein zweckmäßiges Instrument, um Unter- und Überdosierung erkennen und korrigieren zu können und dient außerdem der Verhinderung unerwünschter Effekte. Bei einem routinemäßigen Einsatz ohne spezifische Fragestellung steht der mögliche Nutzen jedoch in keinem sinnvollen Verhältnis zu Risiken, Aufwand und Kosten. Daher empfiehlt die Leitliniengruppe Serumspiegelkontrollen konsensbasiert nur in den genannten Fällen. Metabolisierungsbesonderheiten wurden in die Indikationsliste aufgenommen, obwohl sie derzeit nur selten bekannt sind. Es ist aber davon auszugehen, dass mit zunehmender Kostenübernahme durch die Krankenkassen die Relevanz dieser Indikation steigen wird.

Für Hinweise zur Durchführung des Therapeutisches Medikamentenmonitorings (TDM) sowie zu Versorgungsaspekten siehe Kapitel 7.1 Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie.

4.4.8 Absetzen von Antidepressiva

Tabelle 31: Charakteristika des Antidepressiva-Absetzsyndroms (mod. nach [18])

- unspezifische, überwiegend milde Symptomatik:
 - grippeähnliche Symptome, Kopfschmerz
 - Schlafstörungen, Alpträume
 - Übelkeit, Erbrechen
 - Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Benommenheit
 - stromschlagähnliche Missempfindungen
 - Angst, Agitation, Reizbarkeit
 - ggf. spezifisch serotonerge/cholinerge Syndrome
- enger zeitlicher Zusammenhang zum Absetzen (meist nach 36–96 h/ca. 3–5 Halbwertszeiten)
- vorübergehend; spontane Rückbildung je nach Halbwertszeit innerhalb von 2–6 Wochen
- rasche Besserung der Symptomatik bei Wiederaufnahme der Medikation

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-15 neu 2022</p> <p>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.</p>	↑↑↑
<p>4-16 neu 2022</p> <p>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.</p>	↑
<p>4-17 neu 2022</p> <p>Ist geplant, ein Antidepressivum aufgrund von gefährlichen oder stark belastenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen abzusetzen, soll dies rasch oder abrupt erfolgen.</p>	↑↑↑
<p>4-18 neu 2022</p> <p>Nach Augmentations- oder Kombinationsbehandlung sollen die antidepressiven Medikamente nicht gleichzeitig, sondern nacheinander ausgeschlichen werden.</p>	↑↑↑
<p>4-19 neu 2022</p> <p>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.</p>	↑↑↑
<p>4-20 neu 2022</p> <p>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.</p> <p>Bei SSRI kann alternativ erwogen werden, zunächst auf Fluoxetin umzustellen.</p>	↔

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-21 neu 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑↑</p>
<p>4-22 neu 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑↑</p>
<p>4-23 neu 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑↑</p>

Die identifizierte Evidenz wird bezüglich des Auftretens von Absetzsymptomen als belastbar eingeschätzt. Wie hoch die Wahrscheinlichkeit für Absetzsymptome ist, spielt bereits bei der Wahl des Wirkstoffs eine Rolle, insbesondere bei leichten Depressionen. Die Aufklärung über Absetzsymptome hat ggf. auch Auswirkungen auf die Adhärenz (siehe Kapitel 3.5 Mitarbeit der Patient*innen). Die Empfehlungen zielen darauf, die Patient*innen nach dem Absetzen von Antidepressiva oder Lithium wegen des Schadenspotenzials durch Absetzsymptome und Rebound-Phänomene gut zu beobachten. Dabei sieht die Leitliniengruppe keine Notwendigkeit, in jedem Fall sehr langsam auszuschleichen, da ein zügiges Ausschleichen bei vielen Patient*innen problemlos möglich ist. Sie empfiehlt stattdessen ein engmaschiges Monitoring bezüglich möglicher Absetzsymptome und nur, wenn diese auftreten, ein verlangsamtes Ausschleichen. Dabei unterscheidet sich das Vorgehen je nach klinischer Situation:

- Bei ausbleibender Wirkung eines Antidepressivum soll nach 3–4 Wochen Behandlung mit der Standarddosis die Therapiestrategie geprüft werden (siehe Kapitel 7 Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz). Da mit Absetzsymptomen jedoch erst nach einer mindestens achtwöchigen Behandlung zu rechnen ist [18], erscheint hier keine besondere Absetzstrategie notwendig.
- Bei Therapieversagen erscheint aus pragmatischen Gründen ein eher kurzer Ausschleichzeitraum sinnvoll, da in der Regel eine neue Behandlung begonnen werden soll. Ein abruptes Absetzen erscheint jedoch wegen möglicher Absetzsyndrome als zu riskant.
- Am Ende einer Erhaltungstherapie oder Rezidivprophylaxe unter Remission kann aus Sicht der Leitliniengruppe deutlich mehr Zeit zum Ausschleichen eingeplant werden, weil keine weitere Behandlung beabsichtigt ist. Zwar sind keine präzisen Zahlen über die Häufigkeit von Rebound-Depressionen verfügbar. Es kann aber von einem relevanten Risiko dafür ausgegangen werden, dass nach Absetzen eines über einen längeren Zeitraum erfolgreich gegebenen Antidepressivums ein rasches und schweres Rezidiv auftritt. Ein langsames Ausschleichen kann dieses Risiko vermutlich verringern.
- Bei Unverträglichkeit ist ein rasches oder abruptes Absetzen erforderlich. Wenn die Unverträglichkeit (wie häufig) bereits zu Beginn der Medikation auftritt, ist erfahrungsgemäß kaum mit Absetzsymptomen oder einem Rebound zu rechnen.
- Bei gleichzeitigem Absetzen mehrerer Substanzen ist aus Sicht der Leitliniengruppe ein erhöhtes Risiko für Absetz- und Rebound-Phänomene zu befürchten. Daher empfiehlt sie ein sukzessives Ausschleichen.
- Sehr selten treten in der Praxis so ausgeprägte Absetzprobleme auf, dass besondere Strategien beim Absetzen notwendig werden. Ist die Größe der Dosierungsschritte durch die begrenzte Teilbarkeit der Tabletten limitiert, können kleinschrittiger dosierbare Tropfen eine Alternative sein. Welche Antidepressiva in Tropfenform vorliegen, ändert sich häufig (Stand 2021: Escitalopram, Amitriptylin, Trimipramin, Sertralin); daher empfiehlt die Leitliniengruppe die Rücksprache mit der versorgenden Apotheke. Flupirtin verursacht aufgrund seiner sehr langen Wirkdauer kaum Absetzsymptome und stellt damit bei Absetzproblemen ebenfalls eine mögliche Alternative dar.

- In welchen Intervallen das Monitoring in der Ausschleichphase erfolgen sollte, hängt im Wesentlichen von der Halbwertszeit des jeweiligen Wirkstoffs ab und damit davon, wann typischerweise mit dem Auftreten von Absetzsyndromen zu rechnen wäre.
- Nach dem Ende der Ausschleichphase bricht nach Wahrnehmung der Leitliniengruppe häufig der Kontakt zwischen Patient*innen und Behandelnden ab. Absetzsymptome können jedoch auch erst nach einer vollständigen Beendigung der Einnahme auftreten. Zudem besteht in diesem Zeitraum eine besondere Vulnerabilität für ein depressives Rezidiv oder eine Rebound-Depression, und manche Patient*innen nehmen in diesem Fall nicht selbstständig Kontakt mit den Behandelnden auf. Daher empfiehlt die Leitliniengruppe die prophylaktische Vereinbarung von Monitoring-Terminen.
- 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.

Bezüglich der Empfehlung zur Patient*innen-Aufklärung entscheidet sich die Gruppe bewusst für Redundanz zu allgemeinen Aufklärungs-Empfehlungen (siehe Kapitel 3.3 Aufklärung und Information der Patient*innen), um die Relevanz von Absetzsymptomen für die gemeinsame Entscheidungsfindung zu betonen.

Tabelle 32: Risiko für Antidepressiva-Absetzsyndrome (mod. nach [18])

Risiko für Absetzsyndrome	Antidepressiva
hoch	Paroxetin ^{1,2} , Amitriptylin ^{1,2} , Imipramin ^{1,2} , Venlafaxin ^{1,2}
moderat	Citalopram ^{1,2} , Escitalopram ^{1,2} , Sertralin ^{1,2} , Duloxetin ^{1,2} , Vortioxetin ^{1,2}
gering	Fluoxetin ^{1,2} , Milnacipran ¹ , Agomelatin ¹
unklar	Mirtazapin ⁴ , Bupropion ⁴ , Tranylcypromin ^{3,4}

Um in Anbetracht der unbefriedigenden Evidenz keine zu große Aussagesicherheit zu suggerieren, erfolgt die Einordnung abweichend von [18] nicht in fünf, sondern in nur drei Risiko-Kategorien. (original: Tranylcypromin „sehr hoch“, Agomelatin „kein“)

¹ hochwertige Evidenz aus Absetz-Studien (Absetzen unter Placebosubstitution vs. Fortführen der Medikation, randomisiert, verblindet)
² gute Evidenz aus Absetz-Studien (Absetzen eines Präparats vs. Absetzen eines anderen Präparats)
³ mäßige Evidenz aus Absetz-Studien (Absetzen unter Placebosubstitution, verblindet für Patienten, keine Kontrollgruppe)
⁴ geringe Evidenz aus Kohortenstudien, Fallserien oder Fallberichten (unverblindet)

4.5 Psychotherapie: Optionen und Prinzipien

4.5.1 Richtlinienverfahren

Siehe Langfassung

4.5.2 Ambulant nicht GKV-erstattungsfähige Verfahren und Methoden

Siehe Langfassung

4.5.3 Wirk- und Einflussfaktoren psychotherapeutischer Interventionen


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-24 neu 2022</p> <p>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.</p>	

Tabelle 33: Verfahrensübergreifende Wirkfaktoren bei depressiven Störungen

- Etablierung eines tragfähigen therapeutischen „Arbeitsbündnisses“
- Klärung von Motivation, Zielen, Methoden und Setting der Behandlung
- Festlegung des individuellen Behandlungsrahmens (Umsetzungsvereinbarungen, Verbindlichkeit von Behandelnden, Dauer, Frequenz und Finanzierung) unter Beachtung der teilweisen Unabhängigkeit dieses Rahmens von ICD-Diagnosen
- Anerkennung von Leidensdruck als Voraussetzung von Veränderung
- Erleben ungünstiger Verhaltensmuster innerhalb der therapeutischen Beziehung und Ermöglichung korrigierender Lernerfahrungen
- Ermöglichung von vertieftem emotionalem Erleben
- Förderung von Selbstregulation und Einsicht in Beziehungsmechanismen und innere Konflikt- und Bewältigungsstrukturen (besonders Handlungs- und Gefühlsvermeidung)
- Verdeutlichung der teilweisen Funktionalität der Symptomatik
- Anerkennung bzw. Aktivierung persönlicher und sozialer Ressourcen (z. B. mögliche hilfreiche Akteure der Lebenswelten der Patient*innen)
- Initiierung von Problembewältigung und Kompetenzerleben zur Förderung von Selbstwert, Selbstkongruenz und Selbstwirksamkeit, Integration des „Verstandenen“ und „Erlernten“ in den Alltag

Diese Wirkfaktoren gelten sowohl für geschätsbasierte Interventionen im Allgemeinen (Gesprächsleistungen außerhalb der Richtlinienpsychotherapie) als auch im Besonderen für durch approbierte Psychotherapeut*innen durchgeführte Psychotherapien.

Tabelle 34: Verfahrensübergreifende Einflussfaktoren bei depressiven Störungen


- religiöse und kulturgeprägte Kontexte
- Krankheitsverständnis der Patient*innen
- Präferenz, Vorstellungen und Erwartungen der Patient*innen bezüglich Verfahren, Methoden und Person der Behandelnden (z. B. Geschlecht, Funktion)
- biografische und aktuelle Belastungen und Resilienzen
- pathogene Wirkung traumatischer Erfahrungen in allen Lebensphasen

Diese Einflussfaktoren gelten sowohl für geschätsbasierte Interventionen im Allgemeinen (Gesprächsleistungen außerhalb der Richtlinienpsychotherapie) als auch im Besonderen für durch approbierte Psychotherapeut*innen durchgeführte Psychotherapien.

Bei depressiven Störungen ist der Effekt einer Psychotherapie zum großen Teil nicht auf für das jeweilige Verfahren spezifische Faktoren zurückzuführen, sondern auf unspezifische, schulen- bzw. verfahrensübergreifende Wirk- und Einflussfaktoren. Diese Faktoren im therapeutischen Prozess zu berücksichtigen, trägt aus Sicht der Leitlinien-gruppe wesentlich zum Erfolg einer Therapie bei.

Die in Tabelle 33 und Tabelle 34 genannten Wirk- und Einflussfaktoren stammen zwar aus der Psychotherapie-Forschung, sind aber prinzipiell für alle geschätsbasierten Interventionen im Kontext depressiver Störungen relevant. Dies betrifft insbesondere die Schaffung eines stabilen therapeutischen Bündnisses. Daher gilt die konsens-basierte Empfehlung explizit auch für nicht durch approbierte Psychotherapeut*innen durchgeführte niedrigschwellige geschätsbasierte Interventionen.

4.5.4 Nebenwirkungen in der Psychotherapie

Empfehlung	Empfehlungs-grad
<p>4-25 neu 2022</p> <p>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.</p>	

Auch bei einer korrekt durchgeführten Psychotherapie kann es zu unerwünschten Effekten kommen, die Auswirkungen auf die Symptomatik sowie auf verschiedene Funktions- und Lebensbereiche der Patient*innen haben können. Die konsensbasierte Empfehlung ergänzt die allgemeinen Empfehlungen zur Aufklärung und Information der Patient*innen (Kapitel 3.3 Aufklärung und Information der Patient*innen) für den Bereich Psychotherapie.

Tabelle 35: Bereiche negativer Nebenwirkungen von Psychotherapie

Siehe Langfassung

4.5.5 Auswahl des psychotherapeutischen Verfahrens

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-26 neu 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑↑↑</p>
<p>4-27 neu 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑↑↑</p>

In der Versorgungspraxis erfolgt die Auswahl des psychotherapeutischen Verfahrens zunehmend nicht durch Psychotherapeut*innen, sondern durch fachfremde Personen (z. B. durch Case Manager oder Krankenkassen). Befördert wird dies auch dadurch, dass viele Patient*innen keine Präferenz für ein bestimmtes Verfahren haben oder die Unterschiede nicht kennen. Doch nicht jedes Verfahren ist für jede Patientin oder jeden Patienten gleich geeignet und aus einer Fehlauswahl kann nicht nur ein mangelnder Therapieerfolg, sondern ggf. auch eine Verschlimmerung resultieren. Daher empfiehlt die Leitliniengruppe konsensbasiert, dass die Auswahl des Verfahrens durch ausgebildete Psychotherapeut*innen und im direkten Kontakt mit den Patient*innen erfolgt. Bei der Auswahl gilt es außerdem persönliche Präferenzen und Vorerfahrungen der Patient*innen sowie Setting-Möglichkeiten zu berücksichtigen. In der Praxis spielt jedoch auch die Verfügbarkeit von Plätzen eine Rolle.

Die Empfehlung bezieht sich abweichend zur Empfehlung im Kapitel 4.5.3 Wirk- und Einflussfaktoren psychotherapeutischer Interventionen auf Psychotherapie „im eigentlichen Sinn“, umfasst also nicht niedrigschwellige gesprächsbasierte Interventionen, die psychotherapeutische Ansätze nutzen.

4.5.6 Wirkungsprüfung bei psychotherapeutischer Behandlung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-28 neu 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑↑↑</p>

Eine unwirksame Behandlung beizubehalten, ist ethisch nicht vertretbar. Die Leitliniengruppe geht jedoch davon aus, dass die regelmäßige Prüfung des Behandlungserfolgs sowie die Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die bei Patient*innen vorgefundenen Bedingungen integraler Bestandteil jeder wissenschaftlich basierten Psychotherapie sind. Die konsensbasierte Empfehlung betont somit die besondere Bedeutung des Patientenauftrags.

Die Wirkungsprüfung umfasst nicht nur die depressive Symptomatik, sondern auch Teilhabeaspekte und Lebensqualität (siehe Kapitel 2.8 Verlaufsdagnostik, Monitoring und 3.2 Behandlungsziele und klinische Endpunkte sowie Tabelle 17, Tabelle 18).

Zur Evaluation von Ursachen bei (längerfristig) ausbleibendem oder mangelndem Ansprechen und zu Behandlungsstrategien bei Nichtansprechen siehe Kapitel 7.2 Vorgehen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie.

4.5.7 Monitoring bei psychotherapeutischer Behandlung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-29 neu 2022</p> <p>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.</p>	↑

Die Leitliniengruppe spricht konsensbasiert eine abgeschwächte Empfehlung aus, da sie ein instrumentengestütztes Monitoring zwar prinzipiell für sinnvoll hält, aber bei den meisten Patientengruppen eine routinemäßige Behandlung durch die Psychotherapeut*innen ausreichend erscheint, um eine mögliche Stagnation oder Verschlechterung der depressiven Störung festzustellen. Neben der Erfassung von Symptomatik und Funktionsfähigkeit empfiehlt die Leitliniengruppe, in regelmäßigen Abständen auch über die Therapie selbst zu sprechen.

4.5.8 Beendigung einer Psychotherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-30 neu 2022</p> <p>Die Beendigung einer Psychotherapie soll sich an den individuellen Erfordernissen der Patient*innen orientieren sowie zeitlich und inhaltlich sorgfältig vorbereitet werden.</p>	↑↑

Bezüglich der Länge einer Psychotherapie sieht die Leitliniengruppe die potenzielle Gefahr einer Fehlsteuerung aus finanziellem Anreiz. Daher spricht sie eine starke Empfehlung aus, über die Beendigung einer Psychotherapie in erster Linie nach patientenbezogenen Kriterien zu entscheiden (Tabelle 36). Die Empfehlung einer gezielten Vorbereitung des Therapieendes zielt auf die Vorbeugung von Rückfällen.

Tabelle 36: Kriterien für die Beendigung einer Psychotherapie

<ul style="list-style-type: none"> ▪ deutlich reduzierte depressive Symptomatik ▪ gewachsenes Vertrauen in die eigene Fähigkeit, depressive Krisen autonom bewältigen zu können ▪ gewachsene Fähigkeit der Patient*innen, <ul style="list-style-type: none"> ▫ ungünstige Beziehungsmuster zu erkennen und konstruktiv zu verändern ▫ Probleme selbstständig zu bewältigen ▫ das Leben zu genießen, soziale Kontakte zu knüpfen und engagiert zu arbeiten ▪ deziderierter Wunsch der Patient*innen, die Behandlung zu beenden, da sie dauerhaft als ausreichend erlebt wird, idealerweise auch seitens der Psychotherapeut*innen ▪ negative Effekte bei sachgemäß durchgeführter Therapie (z. B. maligne Regression; unveränderbarer Wunsch, abhängig gebunden zu bleiben, anstatt eigenverantwortliche autonome Lebensführung anzustreben)
--

4.6 Neurostimulatorische Verfahren: Beschreibung und Verfügbarkeit

Siehe Langfassung

4.7 Psychosoziale Therapien: Beschreibung und Zugang

Siehe Langfassung

4.8 Unterstützende nicht-medikamentöse Therapieverfahren

Siehe Langfassung

5 Behandlung bei akuter depressiver Episode

Die Empfehlungen in diesem Kapitel adressieren sowohl erstmalig auftretende als auch rezidivierende akute depressive Episoden nach Remission > 6 Monate. In den Algorithmen zur schweregradabhängigen Behandlung akuter depressiver Störungen (Abbildung 10, Abbildung 11) sind die Empfehlungen des Kapitel zusammengefasst; eine ausführliche Darstellung der zugrundeliegenden Evidenz und klinischen Erwägungen findet sich bei den einzelnen Empfehlungen.

Abbildung 10: Akuttherapie leichtgradiger depressiver Störungen

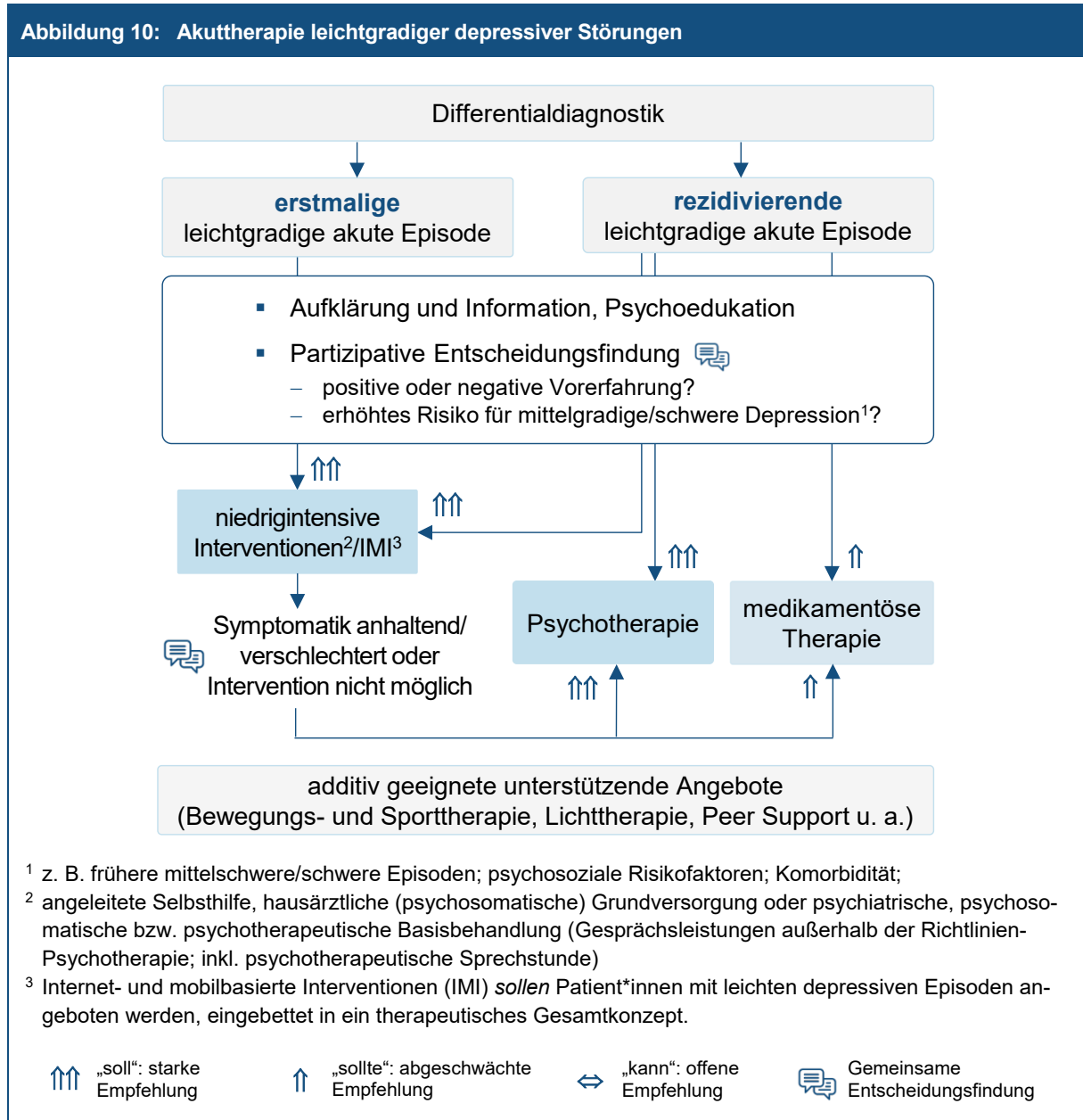
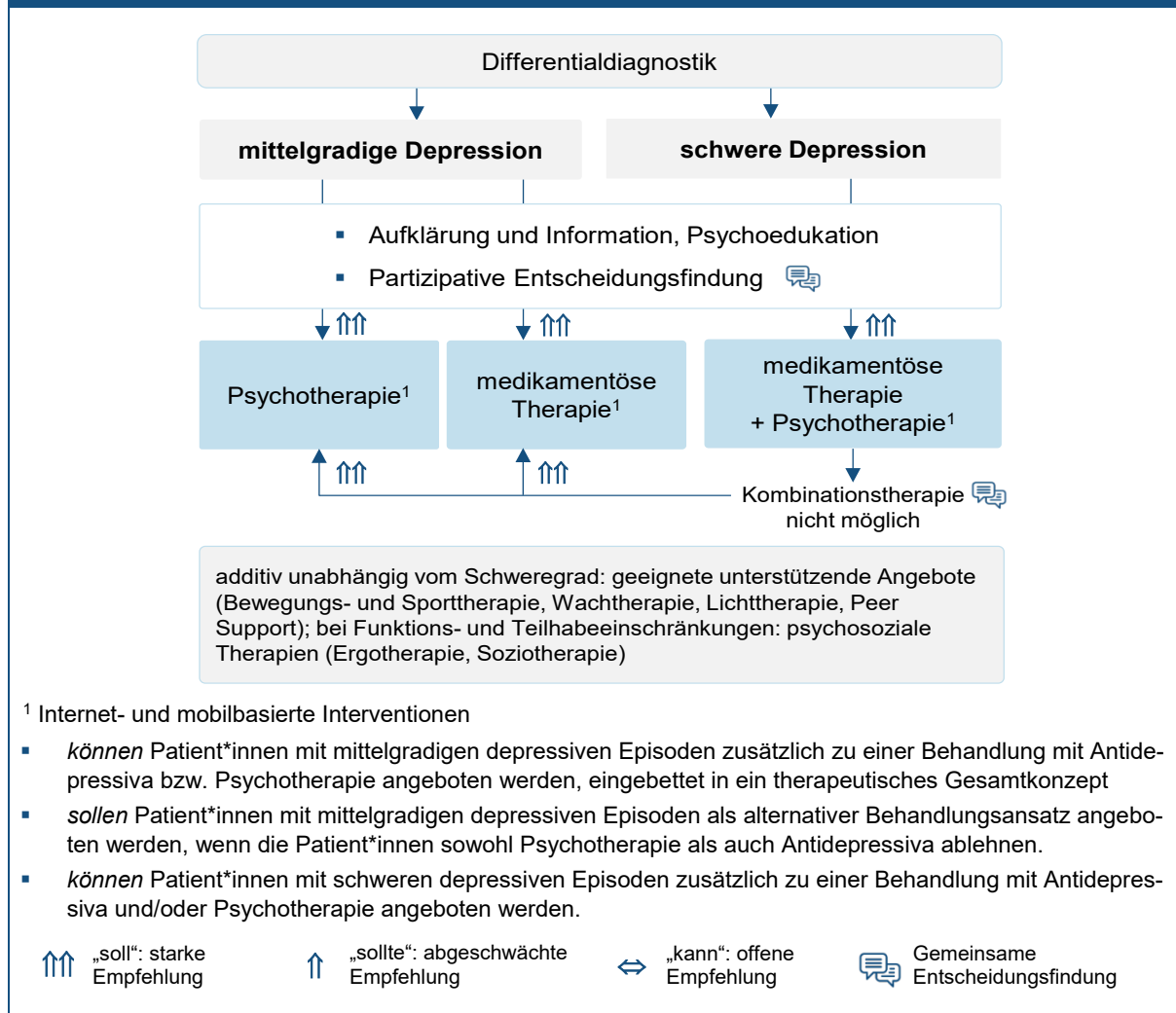


Abbildung 11: Akuttherapie mittelgradiger und schwerer depressiver Störungen



5.1 Behandlung bei leichten depressiven Episoden

Die Behandlung akuter leichter depressiver Störungen (Algorithmus siehe Abbildung 10) erfolgt nach einem therapeutischen Gesamtkonzept, das in jedem Fall psychoedukative Inhalte (z. B. Schlafhygiene) umfasst und durch unterstützende Angebote (z. B. Lichttherapie, Sport- und Bewegungstherapie) ergänzt wird (Empfehlungen dazu siehe Kapitel 9 Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen).

5.1.1 Niedrigintensive Interventionen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-1 modifiziert 2022</p> <p>Bei einer leichten depressiven Episode sollen Maßnahmen mit niedriger Intensität (angeleitete Selbsthilfe, gesprächsbasierte Interventionen unter Nutzung psychotherapeutischer Techniken) angeboten werden.</p>	

Niedrigintensive Maßnahmen zielen auf eine Stärkung von Selbstmanagement-Fähigkeiten und Bewältigungsverhalten (Coping-Strategien), auf Selbstwirksamkeit und Resilienz. Es existiert eine Vielzahl an Optionen; die Evidenz für die einzelnen Interventionen ist jedoch begrenzt und die Evidenzqualität unterschiedlich von moderat bis sehr schwach. Dennoch spricht die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung aus, da die Stärkung der Selbstmanagement-Fähigkeiten grundsätzlich eine wichtige Säule der Behandlung depressiver Störungen darstellt und Behandlungslast sowie Schadenspotenzial niedrigintensiver Maßnahmen gering sind. Zudem reduzieren sie bei selbstlimitierenden leichtgradigen depressiven Störungen erfahrungsgemäß die Symptomatik in ausreichendem Maße, auch angesichts der geringen Effektstärken höherintensiver Maßnahmen in dieser Patientengruppe.

In Abhängigkeit von vorhandenen Ressourcen aufseiten der Behandelnden und den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen ist im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung abzuwägen, ob und wenn ja welche niedrigintensiven Maßnahmen infrage kommen. Die Empfehlung ist bewusst als Angebot formuliert, um auszudrücken, dass niedrigintensive Optionen wie Internet- und mobilbasierte Interventionen nicht notwendigerweise in Anspruch genommen werden müssen, bevor eine medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung begonnen wird.

Die Leitliniengruppe verzichtet auf eine Empfehlung zum aktiv-abwartenden Begleiten, da dies nicht gleichbedeutend mit „Nichtstun“ ist, sondern immer auch niedrigintensive Interventionen in Form der Aushändigung von Selbsthilfe-Literatur oder psychoedukativ-supportiver Gespräche umfasst.

Zur Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient*innen und Behandelnden im Rahmen niedrigintensiver Interventionen und zu anderen allgemeinen Wirk- und Einflussfaktoren siehe Tabelle 33 und Tabelle 34.

5.1.2 Internet- und mobilbasierte Interventionen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-2 neu 2022</p> <p>Internet- und mobilbasierte Interventionen sollen Patient*innen mit leichten depressiven Episoden angeboten werden, eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept.</p>	<p>↑↑</p>

Die Evidenzqualität für den Einsatz von therapeutisch begleiteten IMI bei depressiven Störungen wird insgesamt als niedrig eingeschätzt. Dies begründet sich auf Einschränkungen, die komplexen Interventionen immanent sind, beispielsweise ein häufig hohes Verzerrungsrisiko (keine Verblindung möglich) und eine hohe PICO-Heterogenität. Hinzu kommen teils weite Konfidenzintervalle und eine häufig hohe Abbruchrate. In Anbetracht der breiten Datenbasis und der konsistenten Ergebnisse sowie klinischen Erwägungen zu den allgemeinen Wirkfaktoren wie erhöhte Selbstwirksamkeit, der schnellen Verfügbarkeit und einer guten Integrierbarkeit in den Alltag spricht die Leitliniengruppe dennoch eine starke Empfehlung aus.

IMI stellen aus Sicht der Leitliniengruppe eine niedrighwellige, aber nicht niedrigintensive Option dar. Eine Indikation bei leichtgradigen depressiven Störungen sieht die Leitliniengruppe als ersten Schritt im Sinne eines Stepped-care-Ansatzes, unter der Voraussetzung einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Verordnung und Begleitung. Dabei ist die Empfehlung bewusst als Angebot formuliert, um auszudrücken, dass IMI nicht notwendigerweise in Anspruch genommen werden müssen, bevor eine andere Behandlung begonnen wird.

Aus Sicht der Leitliniengruppe ist es sehr wichtig, dass IMIs grundsätzlich ärztlich bzw. psychotherapeutisch verordnet und begleitet werden, inklusive regelmäßigem Monitoring von Adhärenz und Wirksamkeit (siehe Empfehlungen im Kapitel 4.3 Internet- und mobilbasierte Interventionen: Optionen und Prinzipien).

5.1.3 Psychotherapie und medikamentöse Therapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-3 modifiziert 2022 Patient*innen mit einer leichten depressiven Symptomatik soll eine Psychotherapie angeboten werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wenn die Symptomatik trotz Nutzung von Interventionen mit geringer Intensität fortbesteht und/oder ▪ wenn sie in der Vergangenheit gut auf eine Psychotherapie angesprochen haben und/oder ▪ wenn bei ihnen das Risiko für Chronifizierung oder die Entwicklung einer mittelgradigen oder schweren Depression besteht (z. B. frühere depressive Episoden, psychosoziale Risikofaktoren) und/oder ▪ wenn sie niedrigschwellige Verfahren ablehnen oder in der Vergangenheit nicht gut auf sie angesprochen haben. 	↑↑↑
<p>5-4 modifiziert 2022 Antidepressiva sollten bei leichten depressiven Episoden nicht zur Erstbehandlung vor einer niedrigintensiven Intervention eingesetzt werden.</p>	↓
<p>5-5 modifiziert 2022 Patient*innen mit einer leichten depressiven Symptomatik sollten Antidepressiva unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses und eingebunden in ein therapeutisches Gesamtkonzept angeboten werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wenn die Symptomatik trotz niedrigintensiver Interventionen fortbesteht und/oder ▪ wenn sie in der Vergangenheit gut auf eine medikamentöse Therapie angesprochen haben und/oder ▪ wenn bei ihnen das Risiko für Chronifizierung oder die Entwicklung einer mittelgradigen oder schweren Depression besteht (z. B. frühere depressive Episoden, psychosoziale Risikofaktoren) und/oder ▪ wenn sie niedrigintensive oder psychotherapeutische Interventionen ablehnen oder in der Vergangenheit nicht gut auf sie angesprochen haben. 	↑

Für die Psychotherapie ist die Evidenzqualität vor dem Hintergrund der methodischen Limitationen komplexer Interventionen zwar niedrig (siehe Kapitel II Methodenkritische Aspekte), allerdings erbrachten Metaanalysen weitgehend homogene Ergebnisse zur Effektivität bezüglich der priorisierten Endpunkte wie auch zu den Effektgrößen. Aus der Evidenz lässt sich kein Unterschied in der Effektivität zwischen leichtem und mittlerem Schweregrad ableiten. Angesichts der kleinen Effekte auf die depressive Symptomatik und der Wirklatenz von Psychotherapie sieht die Leitliniengruppe eine Indikation bei leichter depressiver Symptomatik vor allem bei rezidivierenden Episoden oder bei erhöhtem Risiko, außerdem im Sinne eines Stepped-care-Ansatzes als zweiten Schritt nach Nichtansprechen auf niedrigintensive Interventionen.

Für die medikamentöse Therapie ist die Evidenzqualität vor dem Hintergrund methodischer Limitationen moderat (siehe Kapitel II Methodenkritische Aspekte); die Ergebnisse der Metanalysen zur Effektivität bezüglich der priorisierten Endpunkte wie auch zu den Effektgrößen sind weitgehend homogen. Aus der Evidenz lässt sich kein Unterschied in der Effektivität zwischen leichtem und mittlerem Schweregrad ableiten. Die mittleren Effekte auf die depressive Symptomatik sind jedoch insgesamt klein und nicht oder nur marginal von klinischer Relevanz. Daher erscheint die Wahrscheinlichkeit, dass einzelne Patient*innen klinisch relevant profitieren, bei leichter depressiver Symptomatik als gering. Demgegenüber stehen Bedenken bezüglich Nebenwirkungen und Rebound-Effekten. Aufgrund des ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses empfiehlt die Leitliniengruppe Antidepressiva daher eher nicht für die Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden. Bei rezidivierenden depressiven Episoden, bei Nichtansprechen auf andere, z. B. niedrigintensive Interventionen sowie bei Vorliegen von Risikofaktoren verbessert sich das Nutzen-Risiko-Verhältnis und die Leitliniengruppe sieht dann auch bei leichter Symptomatik eine mögliche Indikation für Antidepressiva, unter der Voraussetzung, dass die medikamentöse Therapie in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebunden ist, das psychoedukative Inhalte (z. B. Schlafhygiene) und ggf. unterstützende Angebote (z. B. Sporttherapie) umfasst. Der Empfehlungsgrad ist aufgrund von Sicherheitserwägungen abgeschwächt.

Für Empfehlungen durch Durchführung der Behandlung, beispielsweise zur Auswahl des psychotherapeutischen Verfahrens bzw. des spezifischen Antidepressivums, zum Monitoring, zur Wirkungsprüfung und zur Beendigung der Behandlung, siehe Kapitel 4.4 Medikamentöse Therapie: Optionen und Prinzipien sowie Kapitel 4.5 Psychotherapie: Optionen und Prinzipien.

5.1.3.1 Videobasierte Psychotherapie

Siehe Langfassung

5.1.3.2 Johanniskraut

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-6 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↔

Die Evidenzqualität für Johanniskraut ist für die depressive Symptomatik moderat, für andere Endpunkte sehr gering. Den moderaten Effektstärken im Vergleich zu Placebo und der guten Verträglichkeit stehen Bedenken zu schweren Wechselwirkungen gegenüber. Da die Präparate aber von manchen Patient*innen als „natürliches Produkt“ eher akzeptiert werden als synthetische Antidepressiva, spricht die Leitliniengruppe bei einer solchen Patientenpräferenz eine offene Empfehlung aus, schränkt diese aber wegen der besseren Standardisierung der Dosierung auf als Arzneimittel zugelassene Präparate ein. Die Leitliniengruppe betont die besondere Bedeutung der Aufklärung der Patient*innen über die unsichere Dosierung frei verkäuflicher Johanniskraut-Präparate sowie über mögliche Wechselwirkungen und deren Konsequenzen.

5.1.3.3 Benzodiazepine

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-7 neu 2022</p> <p>Benzodiazepine und Z-Substanzen sollen bei leichten depressiven Episoden nicht eingesetzt werden.</p>	↓↓↓

Benzodiazepine sind effektive Medikamente bei Schlafstörungen und Unruhe, jedoch mit raschem Eintritt einer Gewöhnung. Die vorliegende Evidenz belegt keinen dauerhaften Effekt auf depressive Symptome. Bei leichten depressiven Episoden schätzt die Leitliniengruppe das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Benzodiazepinen als ungünstig ein und rät daher von ihrem Einsatz ab. Bei hartnäckigen Schlafstörungen im Zusammenhang mit depressiven Episoden kommen aus Sicht der Leitliniengruppe anstelle von Benzodiazepinen eher Schulungen zu Schlafhygiene sowie Antidepressiva mit sedierender Wirkung (z. B. Mirtazepin) infrage, gegebenenfalls auch niedrigdosierte Antipsychotika (siehe auch S3-Leitlinie "Insomnie" [19]).

Die Empfehlung berührt nicht die Indikation für Benzodiazepine bei Komorbidität oder in Notfällen.

5.2 Behandlung bei mittelgradigen depressiven Episoden

Die Behandlung akuter mittelgradiger depressiver Störungen (Algorithmus siehe Abbildung 11) erfolgt nach einem therapeutischen Gesamtkonzept, das in jedem Fall psychoedukative Inhalte (z. B. Schlafhygiene) umfasst und durch unterstützende Angebote (z. B. Lichttherapie, Sport- und Bewegungstherapie) sowie bei Bedarf durch psychosoziale Interventionen ergänzt wird (Empfehlungen dazu siehe Kapitel 9 Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen).

5.2.1 Psychotherapie und medikamentöse Therapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-8 modifiziert 2022 Patient*innen mit akuten mittelgradigen depressiven Episoden soll gleichwertig eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie angeboten werden.	↑↑

Die Evidenzqualität zur Monotherapie bei mittelgradigen depressiven Episoden ist vor dem Hintergrund methodischer Limitationen (siehe Kapitel II Methodenkritische Aspekte) niedrig bis moderat. Die Ergebnisse der Metanalysen zur Effektivität bezüglich der priorisierten Endpunkte wie auch zu den Effektgrößen sind homogen. Aus der Evidenz lässt sich kein Unterschied in der Effektivität zwischen leichtem und mittlerem Schweregrad ableiten. Die mittleren Effekte auf die depressive Symptomatik sind insgesamt klein. Demgegenüber stehen Bedenken bezüglich Nebenwirkungen und Rebound-Effekten bei medikamentöser Therapie sowie bezüglich der Wirklatenz und potenzieller negativer Effekte von Psychotherapie. Daher sollen beide Optionen gleichwertig angeboten und in gemeinsamer Entscheidungsfindung die individuell besser geeignete ausgewählt werden.

Für eine initiale Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Behandlung bei mittlerem Schweregrad ist die Evidenzqualität sehr gering, da die Evidenzbasis insgesamt schmaler ist als für die Monotherapien und schweregradspezifisch nur Subgruppenanalysen vorliegen. Obwohl es Anhaltspunkte für additive Effekte einer Kombinationstherapie gibt, spricht die Leitliniengruppe keine explizite Empfehlung aus, auch aus klinisch-pragmatischen Gründen wie dem Offenhalten dieser Option für schwere depressive Episoden sowie bei Nichtansprechen oder Therapieresistenz, wegen der mangelnden zeitnahen Verfügbarkeit von Psychotherapie sowie aus gesundheitsökonomischen Erwägungen. Nach Aufklärung der Patient*innen über die möglichen Vor- und Nachteile schließt die Leitliniengruppe aber auch eine initiale Kombinationstherapie im individuellen Fall nicht aus.

Für Empfehlungen zur Durchführung der Behandlung, beispielsweise zur Auswahl des psychotherapeutischen Verfahrens bzw. des spezifischen Antidepressivums, zum Monitoring, zur Wirkungsprüfung und zur Beendigung der Behandlung, siehe Kapitel 4.4 Medikamentöse Therapie: Optionen und Prinzipien sowie Kapitel 4.5 Psychotherapie: Optionen und Prinzipien.

5.2.1.1 Johanniskraut

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-9 modifiziert 2022 Wenn bei mittelschweren depressiven Episoden eine medikamentöse Therapie erwogen wird, kann nach Aufklärung über spezifischen Nebenwirkungen und Interaktionen ein erster Therapieversuch auch mit einem als Arzneimittel für diesen Indikationsbereich zugelassenen Johanniskrautpräparat angeboten werden.	↔

Rationale, Evidenzbasis, Evidenzbeschreibung und klinische Erwägungen siehe Kapitel 5.1.3.2 Johanniskraut. Der explizite Hinweis auf den Zulassungsstatus wurde eingefügt, weil nur sehr wenige Präparate nicht nur bei leichten, sondern auch bei mittelschweren depressiven Störungen verordnungsfähig sind.

5.2.1.2 Benzodiazepine

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-10 neu 2022 Benzodiazepine und Z-Substanzen sollten bei mittelschweren depressiven Episoden nicht eingesetzt werden, außer im begründeten Einzelfall zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva oder Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	↓

Benzodiazepine sind effektive Medikamente bei Schlafstörungen und Unruhe, jedoch mit raschem Eintritt einer Gewöhnung. Die vorliegende Evidenz belegt keinen dauerhaften Effekt auf depressive Symptome. Bei mittelschweren depressiven Episoden erscheint das Nutzen-Risiko-Verhältnis im ambulanten, vor allem hausärztlichen Bereich als eher ungünstig, da Benzodiazepine tendenziell zu häufig und zu lange verschrieben werden. Im stationären Bereich ist diese Gefahr auch wegen der engmaschigeren Überwachung der Nebenwirkungen und der Dauer der Einnahme weniger ausgeprägt, wobei hier die Notwendigkeit besteht, die Patient*innen vor der Entlassung auf die Notwendigkeit eines baldigen Absetzens hinzuweisen. Die Leitliniengruppe spricht daher eine abgeschwächt negative Empfehlung aus. Bei hartnäckigen Schlafstörungen im Zusammenhang mit depressiven Episoden kommen aus Sicht der Leitliniengruppe anstelle von Benzodiazepinen eher Schulungen zu Schlafhygiene sowie Antidepressiva mit sedierender Wirkung (z. B. Mirtazepin) infrage, gegebenenfalls auch niedrigdosierte Antipsychotika (siehe auch S3-Leitlinie "Insomnie" [19]).

Die Empfehlung berührt nicht die Indikation für Benzodiazepine bei Komorbidität oder in Notfällen.

5.2.2 Internet- und mobilbasierte Interventionen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-11 neu 2022 Internet- und mobilbasierte Interventionen können Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva bzw. Psychotherapie angeboten werden.</p>	↔
<p>5-12 neu 2022 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.</p>	↑↑

Die Leitliniengruppe bewertet die Evidenzqualität für den Einsatz von therapeutisch begleiteten Internet- und mobilbasierten Interventionen (IMI) bei depressiven Störungen aufgrund der breiten Datenbasis und der konsistenten Ergebnisse insgesamt als moderat. Einschränkungen ergeben sich aufgrund des häufig hohen Verzerrungsrisikos (keine Verblindung möglich), der hohen PICO-Heterogenität, teils weiter Konfidenzintervalle und einer häufig hohen Abbruchrate. Die Evidenz wird unterstützt von klinischen Erwägungen zu den allgemeinen Wirkfaktoren wie eine erhöhte Selbstwirksamkeit und einer guten Integrierbarkeit in den Alltag, so dass die Leitliniengruppe für den Fall der Ablehnung von Antidepressiva und Psychotherapie eine starke Empfehlung ausspricht.

Für die Anwendung von IMI zusätzlich zu einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung („blended care“) ist die Evidenzqualität aufgrund der kleinen Datenbasis geringer, so dass die Leitliniengruppe eine offene Empfehlung ausspricht.

IMI stellen aus Sicht der Leitliniengruppe eine niedrigschwellige, aber nicht niedrigintensive Option dar. Sie sieht ihre Indikation bei mittelgradigen depressiven Störungen als ersten Schritt im Sinne eines Stepped-care-Ansatzes oder als zusätzliche Option zur Unterstützung einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung. Dabei ist die Empfehlung bewusst als Angebot formuliert, um auszudrücken, dass IMI nicht notwendigerweise in Anspruch genommen werden müssen, bevor eine andere Behandlung begonnen wird.

Aus Sicht der Leitliniengruppe ist es sehr wichtig, dass IMI grundsätzlich ärztlich bzw. psychotherapeutisch verordnet und begleitet werden, inklusive regelmäßigem Monitoring von Adhärenz und Wirksamkeit (siehe Empfehlungen im Kapitel 4.3 Internet- und mobilbasierte Interventionen: Optionen und Prinzipien).

5.3 Behandlung bei schweren depressiven Episoden

Die Behandlung akuter mittelschwerer depressiver Störungen (Algorithmus siehe Abbildung 11) erfolgt nach einem therapeutischen Gesamtkonzept, das in jedem Fall psychoedukative Inhalte (z. B. Schlafhygiene) umfasst und durch unterstützende Angebote (z. B. Lichttherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Wachttherapie) sowie bei Bedarf durch psychosoziale Interventionen ergänzt wird (Empfehlungen dazu siehe Kapitel 9 Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen).

5.3.1 Psychotherapie und medikamentöse Therapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-13 modifiziert 2022 Patient*innen mit akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie empfohlen werden.	↑↑
5-14 modifiziert 2022 Wenn eine Kombinationstherapie von den Patient*innen abgelehnt wird, sollen bei akuten schweren depressiven Episoden Psychotherapie oder medikamentöse Therapie gleichwertig als Monotherapie angeboten werden.	↑↑

Die Evidenzqualität für eine initiale Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Behandlung speziell bei schweren depressiven Episoden ist gering, da schweregradspezifisch nur Subgruppenanalysen vorliegen. Die Ergebnisse schweregradübergreifender Metanalysen zur Effektivität bezüglich der priorisierten Endpunkte weisen jedoch konsistent auf Vorteile hin. Zudem sprechen klinische Erfahrungen dafür, dass einige Patient*innen mittels einer medikamentösen Behandlung einer Psychotherapie erst zugänglich werden. Weiterhin kann durch eine medikamentöse Therapie die Zeit bis zum Eintritt der Effekte einer Psychotherapie überbrückt werden. In der Gesamtschau und in Anbetracht des hohen Handlungsdrucks stellt die Kombinationsbehandlung aus Sicht der Leitliniengruppe die beste Option in dieser Situation dar, so dass eine starke Empfehlung ausgesprochen wird.

Die Evidenzqualität sowohl für eine Antidepressiva-Monotherapie als auch für eine alleinige Psychotherapie bei schweren depressiven Episoden ist sehr niedrig. Bezüglich einer medikamentösen Therapie ist aufgrund der inkonklusiven Ergebnisse der Übersichtsarbeiten unklar, ob die zu erwartenden Effekte größer sind als bei minderschweren Depressionen und ob sie sich überhaupt auf Patient*innen mit einer akuten schweren Episode übertragen lassen. Für die Effektgrößen einer alleinigen Psychotherapie wurde keine direkte Evidenz identifiziert; aus dem Vergleich mit medikamentösen Therapien lassen sich kleinere Effekte ableiten. Da aber bei Ablehnung einer Kombinationsbehandlung durch die Patient*innen dennoch Handlungsbedarf besteht, spricht die Leitliniengruppe für die Monotherapien dennoch eine starke Empfehlung aus.

Für Empfehlungen durch Durchführung der Behandlung, beispielsweise zur Auswahl des psychotherapeutischen Verfahrens bzw. des spezifischen Antidepressivums, zum Monitoring, zur Wirkungsprüfung und zur Beendigung der Behandlung, siehe Kapitel 4.4 Medikamentöse Therapie: Optionen und Prinzipien sowie Kapitel 4.5 Psychotherapie: Optionen und Prinzipien.

5.3.1.1 Esketamin intranasal

Esketamin ist außerhalb von Notfallsituationen oder Therapieresistenz nicht für die Behandlung unipolarer Depressionen zugelassen (off-label). Für Empfehlungen zur Anwendung bei akuter Suizidalität siehe Kapitel 12.3.5 Esketamin intranasal; für Empfehlungen zur Anwendung bei Therapieresistenz siehe Kapitel 7.3.2 Esketamin intranasal.

5.3.1.2 Benzodiazepine

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-15 neu 2022</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	↔

Rationale

Benzodiazepine sind effektive Medikamente bei Schlafstörungen und Unruhe, jedoch mit raschem Eintritt einer Gewöhnung. Die vorliegende Evidenz belegt keinen dauerhaften Effekt auf depressive Symptome. Bei schweren depressiven Episoden mit Angst, Unruhe oder Agitation kann aus Sicht der Leitliniengruppe eine Zusatzmedikation mit einem Benzodiazepin sinnvoll sein, um bei hohem Behandlungsdruck die Wirklatenz von Antidepressiva und/oder Psychotherapie zu überbrücken. Diesen Vorteilen stehen jedoch eine mögliche durch Enthemmung verstärkte Suizidalität und das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung entgegen, wobei diese Gefahr wegen der engmaschigeren Überwachungsmöglichkeiten im stationären Bereich weniger ausgeprägt ist. Unter Abwägung von Nutzen und Risiken spricht die Leitliniengruppe eine offene Empfehlung aus. Bei hartnäckigen Schlafstörungen im Zusammenhang mit depressiven Episoden kommen aus Sicht der Leitliniengruppe anstelle von Benzodiazepinen eher Schulungen zu Schlafhygiene sowie Antidepressiva mit sedierender Wirkung (z. B. Mirtazepin) infrage, gegebenenfalls auch niedrigdosierte Antipsychotika (siehe auch S3-Leitlinie "Insomnie" [19]).

Die Empfehlung berührt nicht die Indikation für Benzodiazepine bei Komorbidität oder in Notfällen.

5.3.1.3 Antipsychotika

Für Antipsychotika besteht in der Erstbehandlung einer akuten depressiven Episode keine Indikation, außer bei psychotischen Merkmalen (siehe Kapitel 5.4 Psychotische Depression) oder in Notfall-Situationen (siehe Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen). Zum Stellenwert von Antipsychotika bei Nichtansprechen der Erstbehandlung siehe Kapitel 7.1.3 Augmentation mit Antipsychotika, Lithium oder anderen Substanzen.

5.3.1.4 Experimentelle medikamentöse Ansätze

Siehe Empfehlung im Kapitel 7.3.4 Experimentelle medikamentöse Ansätze.

5.3.2 Internet- und mobilbasierte Interventionen als Add-on

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-16 neu 2022</p> <p>Internet- und mobilbasierte Interventionen können Patient*innen mit schweren depressiven Episoden zusätzlich zu einer Behandlung mit Antidepressiva und/oder Psychotherapie angeboten werden.</p>	↔

Die Leitliniengruppe bewertet die Evidenzqualität für den zusätzlichen Einsatz von therapeutisch begleiteten IMI („blended care“) bei schweren depressiven Störungen als sehr niedrig. Klinische Erwägungen zu den allgemeinen Wirkfaktoren wie erhöhte Selbstwirksamkeit und gute Integrierbarkeit in den Alltag machen zusätzliche positive Effekte aber plausibel, so dass die Leitliniengruppe eine offene Empfehlung ausspricht.

Für Empfehlungen zu Verordnung, Begleitung und Monitoring siehe Empfehlungen im Kapitel 4.3 Internet- und mobilbasierte Interventionen: Optionen und Prinzipien.

5.3.3 Neurostimulatorische Verfahren

Siehe Langfassung

5.4 Psychotische Depression

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-17 neu 2022 Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen soll eine psychopharmakologische Therapie angeboten werden.	↑↑↑
5-18 modifiziert 2022 Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen sollte eine Kombination aus Antidepressiva und Antipsychotika angeboten werden.	↑
5-19 neu 2022 Bei Vorliegen einer Depression mit psychotischen Merkmalen soll eine Kombination der medikamentösen Therapie mit Psychotherapie nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik angeboten werden.	↑↑↑

Patient*innen mit psychotischen Merkmalen sind in den großen Interventionsstudien meist ausgeschlossen, daher ist die spezifische Evidenzqualität sehr niedrig. Aus klinischer Sicht handelt es sich bei Depressionen mit psychotischen Merkmalen meist um schwere Formen, so dass die Leitliniengruppe analog dazu eine kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung empfiehlt. Aufgrund des schnelleren Wirkeintritts und weil eine Psychotherapie in der Akutsituation häufig gar nicht möglich ist, steht die medikamentöse Behandlung zu Beginn im Vordergrund.

Die Evidenzqualität für eine zusätzliche Behandlung mit Antipsychotika ist aufgrund der schmalen Datenbasis insbesondere für neuere Medikamente sehr niedrig. Zur Effektivität spezieller Kombinationen können keine validen Aussagen getroffen werden. Jedoch erscheint eine spezifische antidepressive und eine spezifische antipsychotische Behandlung grundsätzlich als sinnvolle Option. Aufgrund der inkonklusiven Evidenzlage und der widersprüchlichen klinischen Erfahrungen spricht die Leitliniengruppe eine abgeschwächte Empfehlung aus.

Zu Benzodiazepinen und Antipsychotika siehe auch Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen.

Zur Erhaltungstherapie bei psychotischer Depression siehe Kapitel 6.1 Medikamentöse Erhaltungstherapie.

6 Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Erhaltungstherapie („continuation“) meint die Weiterbehandlung aktuell (teil-)remittierter Patient*innen; als Rezidivprophylaxe („maintenance“) ist die Weiterbehandlung von Patient*innen definiert, deren (Teil-)Remission bereits länger als 6 Monate andauert. In klinischen Studien werden beide Formen häufig gemeinsam betrachtet, so dass die Direktheit der Evidenz eingeschränkt ist.

Dieses Kapitel behandelt ausschließlich die Situation nach Ansprechen einer Erstlinien-Monotherapie. Zur Fortführung einer Behandlung nach Nichtansprechen und Anwendung von Augmentations- und oder Kombinationsstrategien siehe Kapitel 7 Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz.

6.1 Medikamentöse Erhaltungstherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-1 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↑↑
<p>6-2 neu 2022</p> <p>Sofern keine Indikation für eine längerfristige Gabe im Sinne einer Rezidivprophylaxe besteht, soll das Antidepressivum nach Ende der Erhaltungstherapie ausgeschlichen werden.</p>	↑↑

Eine vorzeitige Behandlungsbeendigung nach einer akuten depressiven Episode ist mit einem hohen Risiko für frühe Rückfälle (< 6 Monate) verbunden, selbst wenn mit der Akutbehandlung eine vollständige Symptomremission erreicht wurde. In dieser Therapiephase sind die depressiven Symptome zwar weitgehend abgeklungen, die eigentliche Krankheitsperiode ist aber noch nicht vollständig überwunden. Entsprechend ist das Ziel der Erhaltungstherapie, durch Weiterführung der medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Behandlung den noch instabilen Zustand der Patient*innen so weit zu stabilisieren, dass ein früher Rückfall vermieden werden kann.

Die Leitliniengruppe schätzt die Evidenzqualität für eine medikamentöse Erhaltungstherapie als moderat ein und spricht eine starke Empfehlung aus. Limitationen bestehen vor allem in der hohen Heterogenität bezüglich der untersuchten Zeiträume als auch im Verzerrungsrisiko durch negative Effekte in den Placebo-Gruppen. Weil in der Versorgungspraxis sowohl eine Überversorgung (zu lang beibehaltene Therapie) als auch eine Unterversorgung (zu kurze oder gar keine Erhaltungstherapie) vorkommen, zieht die Leitliniengruppe die Angabe einer Zeitspanne anstelle einer Mindestangabe für die Dauer einer Erhaltungstherapie vor. Die empfohlene Zeitspanne von 6–12 Monaten ergibt sich aus der vorliegenden Evidenz, da dies die in den meisten Studien gewählte Dauer der Erhaltungstherapie war.

Die Leitliniengruppe betont in einer gesonderten Empfehlung, dass die Behandlung über diesen Zeitraum hinaus nur in besonderen Situationen indiziert ist und zielt damit auf die Verringerung einer in der Versorgungspraxis wahrgenommenen Überversorgung (siehe dazu auch Empfehlungen im Kapitel 4.4.6 Wirkungsprüfung bei Behandlung mit Antidepressiva und 4.4.8 Absetzen von Antidepressiva).

Nach einer medikamentösen Akutbehandlung kommt alternativ zu einer medikamentösen Weiterbehandlung auch eine Erhaltungstherapie mit einer Kombinationsbehandlung infrage (siehe Kapitel 6.4 Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe mit Kombinationsbehandlung).

Medikamentöse Erhaltungstherapie bei psychotischer Depression

Siehe Langfassung

6.2 Medikamentöse Rezidivprophylaxe




Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-3 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↑

Bei Patient*innen mit einem hohen Risiko für Rezidive (Wiederauftreten > 6 Monate nach Remission) ist eine langfristige Rezidivprophylaxe indiziert, wobei das individuelle Risiko klinisch am ehesten aus dem bisherigen individuellen Verlauf abgeleitet werden kann. Die Evidenzqualität ist sehr niedrig, weil insgesamt nur wenige Studien für eine medikamentöse Behandlung > 12 Monate existieren. Zudem gibt es nur indirekte Evidenz aus Assoziationsstudien sowie klinische Erfahrungen zur Abschätzung des individuellen Rezidivrisikos; prospektive Studien zu einer medikamentösen Rezidivprophylaxe bei nach diesen Risikofaktoren ausgewählten Patient*innen sind nicht bekannt. Daher spricht die Leitliniengruppe nur eine abgeschwächte Empfehlung aus.

Rezidivprophylaxe mit Lithium bei Suizidalität

Bei suizidgefährdeten Patient*innen kommt auch eine Rezidivprophylaxe mit Lithium infrage. Siehe dazu Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen.

6.3 Psychotherapeutische Weiterführung und Rezidivprophylaxe

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-4 modifiziert 2022</p> <p>Im Anschluss an eine psychotherapeutische Akutbehandlung soll zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Rückfallprophylaxe eine angemessene Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden.</p>	
<p>6-5 bestätigt 2022</p> <p>Eine längerfristige Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patient*innen mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.</p>	
<p>6-6 neu 2022</p> <p>Im Anschluss an eine medikamentöse Erhaltungstherapie kann alternativ zu einer medikamentösen Rezidivprophylaxe auch ein Ausschleichen in Kombination mit einer Psychotherapie angeboten werden.</p>	

Eine vorzeitige Behandlungsbeendigung nach einer akuten depressiven Episode ist mit einem hohen Risiko für frühe Rückfälle (< 6 Monate) verbunden, selbst wenn mit der Akutbehandlung bereits eine vollständige Symptomremission erreicht wurde. In dieser Therapiephase sind die depressiven Symptome zwar weitgehend abgeklungen, die eigentliche Krankheitsperiode ist aber noch nicht vollständig überwunden. Entsprechend ist das Ziel der weitergeführten Psychotherapie, den noch instabilen Zustand der Patient*innen so weit zu stabilisieren, dass ein früher Rückfall vermieden werden kann. Die Leitliniengruppe schätzt die Evidenzqualität für eine psychotherapeutische Weiterführung nach der Akutbehandlung als moderat ein. Limitationen bestehen vor allem in der hohen Heterogenität und der Indirektheit bezüglich der untersuchten Zeiträume und Intensitäten und der unterschiedlich breiten Evidenzbasis für die verschiedenen Verfahren. Die Leitliniengruppe spricht keine Empfehlung zur Dauer einer psychotherapeutischen Weiterführung aus, da diese Rahmenbedingungen durch die Psychotherapie-Richtlinie vorgegeben sind.

Bei Patient*innen mit einem hohen Risiko für Rezidive (Wiederauftreten > 6 Monate nach Remission) ist eine langfristige Behandlung sinnvoll, bei der die Sitzungen in größerem Abstand über einen längeren Zeitraum stattfinden. Dabei kann das individuelle Risiko klinisch am ehesten aus dem bisherigen individuellen Verlauf abgeleitet werden. Die Evidenzqualität ist aus Sicht der Leitliniengruppe niedrig, weil insgesamt nur wenige Studien für eine psychotherapeutische Behandlung > 12 Monate existieren. Zudem gibt es nur indirekte Evidenz aus Assoziationsstudien sowie klinische Erfahrungen zur Abschätzung des individuellen Rezidivrisikos; prospektive Studien zu einer psychotherapeutischen Rezidivprophylaxe bei nach diesen Risikofaktoren ausgewählten Patient*innen sind nicht bekannt. Die Leitliniengruppe spricht dennoch eine starke Empfehlung aus, da es sich um keine zusätzliche, sondern lediglich um eine auf einen längeren Zeitraum gestreckte Behandlung handelt.

Bei Patient*innen, die in der Akutphase eine Kombinationsbehandlung erhalten haben, erscheint die Fortführung der Kombination sinnvoll, da das Absetzen von Antidepressiva in dieser Gruppe mit einem erhöhten Rezidivrisiko verbunden sein könnte.

Bezüglich einer sequentiellen Behandlung („tapering“) existiert bislang nur begrenzt Literatur, die zudem nicht trennscharf zwischen Erhaltungstherapie (continuation) und Rezidivprophylaxe (maintenance) unterscheidet; die Evidenzqualität ist niedrig. Zwar ist aus Sicht der Leitliniengruppe im Anschluss an eine medikamentöse Erhaltungstherapie prinzipiell ein Ausschleichen der Antidepressiva und Wechsel auf Psychotherapie möglich. In der Regel besteht jedoch nach einer erfolgreichen medikamentösen Akut- und Erhaltungstherapie kein Grund, eine indizierte Rezidivprophylaxe nicht ebenfalls medikamentös durchzuführen. Ein Wechsel ist aus klinischer Sicht nur bei Nebenwirkungen oder einer entsprechenden Patientenpräferenz sinnvoll. Daher wird lediglich eine offene Empfehlung ausgesprochen.

6.4 Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe mit Kombinationsbehandlung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-7 neu 2022</p> <p>Nach einer erfolgreichen medikamentösen Akuttherapie sollte den Patient*innen angeboten werden, die medikamentöse Erhaltungstherapie oder Rückfallprophylaxe mit einer Psychotherapie zu kombinieren.</p>	<p>↑</p>

Die Evidenzqualität für eine kombinierte Behandlung als Erhaltungstherapie nach Ansprechen einer Antidepressiva-Monotherapie nimmt zu, ist aber aus Sicht der Leitliniengruppe noch niedrig. In der klinischen Praxis ist dieses Vorgehen jedoch bereits verbreitet und die Leitliniengruppe empfiehlt es insbesondere bei schwerer Symptomatik, einem höheren Rezidivrisiko sowie bei rezidivierenden Episoden. Bei Patient*innen, die in der Akutphase bereits eine Kombinationsbehandlung erhalten haben, erscheint die Fortführung der Kombination sinnvoll, da es Hinweise gibt, dass das Absetzen von Antidepressiva in dieser Gruppe mit einem erhöhten Rezidivrisiko verbunden sein könnte.

6.5 Rezidivprophylaxe mit Internet- und mobilbasierten Interventionen

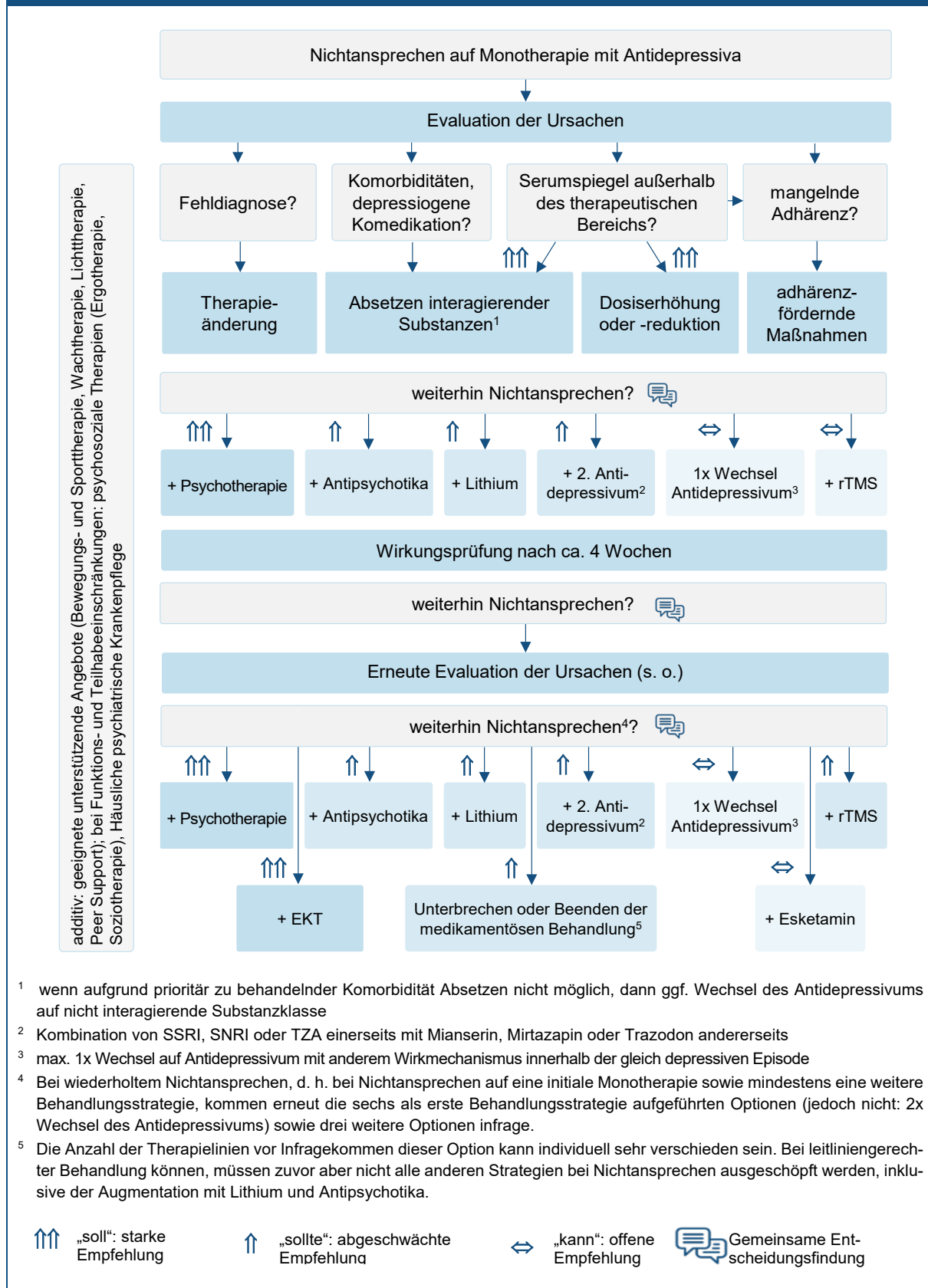
Siehe Langfassung

7 Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz

7.1 Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-1 neu 2022</p> <p>Bei Nichtansprechen einer medikamentösen Behandlung unipolarer Depressionen soll gemäß Algorithmus (Abbildung 12) vorgegangen werden.</p>	<p>↑↑</p>

Abbildung 12: Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie



7.1.1 Evaluation der Ursachen bei Nichtansprechen von Antidepressiva

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-2 modifiziert 2022</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<p>↑↑↑</p>

Um eine potenziell wirksame Behandlung nicht grundlos abzubrechen und unnötige, mit erhöhten Nebenwirkungen und Kosten verbundene Therapieintensivierungen zu vermeiden, ist vor einer Änderung der Therapiestrategie die Prüfung möglicher beherrbarer Ursachen des Nichtansprechens und damit der Ausschluss einer Pseudotherapieresistenz notwendig. Der Zeitpunkt für die Wirkungsprüfung leitet sich aus der Wirklatenz von Antidepressiva ab; aufgrund eines bisweilen verzögerten Ansprechens erscheinen bei älteren Patient*innen 6 Wochen angemessen.

Zu möglichen Ursachen für Nicht-Adhärenz siehe ausführlich Kapitel 3.5 Mitarbeit der Patient*innen. Zur Abgrenzung somatischer Ursachen als Ursache der Therapieresistenz siehe Kapitel 2.4.4 Organische affektive Störungen sowie Kapitel 11 Komorbidität.

7.1.1.1 Serumspiegelkontrollen bei Nichtansprechen (Therapeutisches Medikamentenmonitoring)


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-3 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑</p>
<p>7-4 neu 2022</p> <p>Wenn der Serumspiegel außerhalb des therapeutischen Bereichs liegt, sollen Maßnahmen ergriffen werden, um dies zu korrigieren, z. B.</p> <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“). 	<p>↑↑↑</p>

Bei Nichtansprechen auf eine medikamentöse Behandlung stellt das Therapeutische Medikamentenmonitoring (TDM) aus Sicht der Leitliniengruppe eine wertvolle Option dar, um inadäquate Plasmaspiegel als ursächlich für ein Nichtansprechen identifizieren zu können. Damit kann es dazu beitragen, die Wirksamkeit von Behandlungen zu steigern und unnötige Therapiewechsel zu vermeiden. Liegen die Plasmaspiegel außerhalb des therapeutischen Bereichs, schließt sich die Evaluation möglicher Gründe dafür an, z. B. mangelnde Adhärenz, Interaktionen oder genetische Prädisposition. Daraus können dann individuelle Maßnahmen abgeleitet werden, um die Effektivität der medikamentösen Therapie zu verbessern. Aufgrund der fraglichen Umsetzbarkeit in der ambulanten Versorgungspraxis spricht die Leitliniengruppe eine abgeschwächte Empfehlung aus.

Tabelle 37: Hinweise zur praktischen Durchführung des Therapeutischen Medikamentenmonitorings (TDM)

- Die Blutentnahme darf erst nach Abschluss der Aufdosierungsphase im Steady-State erfolgen, d. h. bei den meisten Antidepressiva 4–5 Tage nach Einnahme einer konstanten Dosierung).
- Die Blutentnahme erfolgt in der Regel zum Zeitpunkt der tiefsten Medikamentenkonzentration im Blut (Talspiegel) nach ca. fünf Halbwertszeiten im Steady-State), d. h. in der Regel vor Einnahme der Morgendosis.
- Bei nur abends eingenommenen Medikamenten ist im ambulanten Bereich eine Messung direkt vor der Einnahme nicht machbar. Aus pragmatischen Gründen kann eine morgendliche Messung erfolgen, jedoch min. 12 h nach der letzten Einnahme.
- Die Indikation für die Serumspiegelbestimmung sollte im Auftrag an das Labor mit angegeben werden.
- TDM ist für alle Psychopharmaka zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnungsfähig. Im EBM sind dazu quantitative immunologische, chromatographische und massenspektrometrische Verfahren enthalten.

7.1.2 Kombination mit Psychotherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-5 neu 2022 Bei Nichtansprechen einer Therapie mit Antidepressiva soll den Patient*innen zusätzlich eine Psychotherapie angeboten werden.</p>	


Die Leitliniengruppe beurteilt die Evidenzqualität für die Kombinationsbehandlung bei Nichtansprechen vor dem Hintergrund methodischer Limitationen einerseits und der Ergebnisse der Metaanalysen zur Effektivität andererseits als moderat. Sie sieht die Kombination mit Psychotherapie bei Nichtansprechen als gleichwertig zu anderen Strategien bei Nichtansprechen einer Erstlinientherapie mit Antidepressiva. Auch in späteren Therapielinien ist sie eine Option, wobei dafür keine direkte Evidenz vorliegt.

Wechsel zur Psychotherapie ohne Fortführung des Antidepressivums

Bei Nichtansprechen einer Therapie mit Antidepressiva kommt prinzipiell auch ein Wechsel zur Psychotherapie infrage. Die Leitliniengruppe formuliert für dieses Szenario keine Empfehlung, da dies nur relevant ist, wenn die Patient*innen einen weiteren medikamentösen Ansatz ausdrücklich ablehnen und dann andere Behandlungsalternativen fehlen.

7.1.3 Augmentation mit Antipsychotika, Lithium oder anderen Substanzen

7.1.3.1 Augmentation mit Antipsychotika

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-6 modifiziert 2022 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>	

Die Augmentation mit Nicht-Antidepressiva zielt auf eine durch Interaktion hervorgerufene Wirkungsverstärkung. Die Evidenzqualität für synergistische Effekte bei der Augmentation mit Antipsychotika ist für die einzelnen Wirkstoffe sehr heterogen. Dennoch bewertet die Leitliniengruppe die Augmentation mit Antipsychotika als eine Strategie der 1. Wahl bei Nichtansprechen einer Monotherapie mit Antidepressiva, gleichwertig zu den anderen im Algorithmus genannten Optionen. Auch in späteren Therapielinien ist sie eine Option, wobei dafür keine direkte Evidenz vorliegt. Da eine Augmentation mit einem erhöhten Risiko von Nebenwirkungen verbunden ist, spricht die Leitliniengruppe eine abgeschwächte Empfehlung aus.

Die Empfehlung bildet bewusst die Evidenzlage und nicht den Zulassungsstatus ab. Quetiapin ist zwar zugelassen, bezüglich der Nebenwirkungen aber ggf. problematischer als andere Antipsychotika. Die Formulierung „niedrige Dosierung“ bezieht sich auf den Vergleich mit der Dosierung bei Schizophrenie.

7.1.3.2 Augmentation mit Lithium

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-7 modifiziert 2022 Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollte ein Versuch zur Wirkungsverstärkung (Augmentation) mit Lithium angeboten werden.	↑
7-8 bestätigt 2022 Wenn bei Patient*innen 2–4 Wochen nach Erreichen wirksamer Lithiumspiegel keine Wirkung festzustellen ist, sollte Lithium wieder abgesetzt werden.	↑
7-9 modifiziert 2022 Patient*innen, die gut auf ein Antidepressivum mit Lithium-Augmentation ansprechen, sollte eine Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate empfohlen werden	↑

Die Evidenzqualität für die Augmentation mit Lithium ist aus Sicht der Leitliniengruppe niedrig. Limitationen bestehen im hohen Verzerrungsrisiko, in Impräzision und Indirektheit; es mangelt an qualitativ hochwertigen, verblindeten RCT, insbesondere mit neueren Antidepressiva. Dennoch erscheint ein Therapieversuch mit Lithium-Augmentation als mögliche Strategie der 1. Wahl bei Nichtansprechen einer Antidepressiva-Monotherapie, gleichwertig zu anderen Strategien, da Lithium einen völlig anderen Wirkansatz als Antidepressiva und damit eine gute Chance bietet, ein Ansprechen zu erreichen. Auch in späteren Therapielinien ist Lithium eine Option, wobei dafür keine direkte Evidenz vorliegt. Aufgrund der niedrigen Evidenzqualität und der Gefahr von Nebenwirkungen spricht die Leitliniengruppe eine abgeschwächte Empfehlung aus.

Zum Einsatz von Lithium bei suizidalen Patient*innen siehe Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen; zum Absetzen von Lithium siehe Kapitel 4.4.8 Absetzen von Antidepressiva.

Als Versorgungsproblem formuliert die Leitliniengruppe, dass Lithium im hausärztlichen Bereich kaum verordnet wird; auch ambulante Psychiater seien eher zurückhaltend, wobei es hier regional Unterschiede gäbe. Sie empfiehlt daher, bei einer Scheu des Behandelnden vor der Anwendung von Lithium den Patient*innen diese Option dennoch nicht vorzuenthalten, sondern sie zu mit Lithium erfahrenen Spezialist*innen zu überweisen.

7.1.3.3 Augmentation mit weiteren Substanzen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-10 modifiziert 2022 Bei Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, sollen stimmungsstabilisierende Antiepileptika, Dopaminagonisten oder Psychostimulanzien nicht zur Augmentation eingesetzt werden.	↓↓↓

In der Versorgungsrealität wird nach Erfahrung der Leitliniengruppe mitunter noch an Augmentationsstrategien festgehalten, die auf pharmakodynamischen Erwägungen basieren, für die aber kein belastbarer Effektivitätsbeleg aus klinischen Studien für unipolare Depressionen existiert. Da evidenzbasierte Alternativen existieren, spricht die Leitliniengruppe eine ausdrückliche Negativ-Empfehlung aus. Allerdings sind die in der Empfehlung genannten Substanzen ggf. bei komorbiden Erkrankungen indiziert, die teilweise auch ursächlich für ein Nichtansprechen von Antidepressiva sein können (z. B. ADHS, Morbus Parkinson, Restless-legs-Syndrom); der Einsatz erfolgt dann allerdings nicht im Sinne einer Augmentation, sondern als erkrankungsspezifische Komedikation.

Schilddrüsenhormone

Siehe Langfassung

7.1.4 Kombination mit einem zweiten Antidepressivum

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-11 modifiziert 2022 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.</p>	↑

Die Leitliniengruppe bewertet die Evidenzqualität als heterogen für die verschiedenen Antidepressiva. Sie schätzt die in der Empfehlung genannten Kombinationen als gleichwertig zur Augmentation mit Antipsychotika als Strategie der 1. Wahl bei Nichtansprechen einer Antidepressiva-Monotherapie ein. Auch in späteren Therapielinien ist dies eine Option, wobei dafür keine direkte Evidenz vorliegt. Da Kombinationen mit einem erhöhten Risiko von Nebenwirkungen verbunden sind, spricht die Leitliniengruppe eine abgeschwächte Empfehlung aus.

7.1.5 Wechsel des Antidepressivums

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-12 modifiziert 2022 Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, kann ein einmaliger Wechsel auf ein Antidepressivum mit anderem Wirkmechanismus angeboten werden.</p>	↔
<p>7-13 bestätigt 2022 Beim Wechsel zwischen Antidepressiva sollten wegen möglicher Wechselwirkungen eine schrittweise Aufdosierung des neuen und ein ausschleichendes Absetzen des alten Antidepressivums erfolgen.</p>	↑

Im Falle des Nichtansprechens einer Antidepressiva-Monotherapie sprechen pharmakologische Überlegungen für die Sinnhaftigkeit der Switch-Strategie, insbesondere beim Wechsel der Wirkstoffgruppe, weil andere Wirkmechanismen und Metabolisierungswege genutzt werden. Die klinische Evidenz spricht allerdings gegen die Wirksamkeit der Switch-Strategie, wenn auch die Evidenzqualität sehr niedrig ist, insbesondere für spezifische Wirkstoffe. Daher beurteilt die Leitliniengruppe diese Option als den anderen Strategien bei Nichtansprechen nachgeordnet. Ein einmaliger Wechsel erscheint vertretbar, nicht jedoch ein sukzessives Ausprobieren mehrerer Antidepressiva. Aufgrund der Unsicherheit formuliert die Leitliniengruppe eine offene Empfehlung.


Für das Ausschleichen vor einem Wechsel des Antidepressivums spricht die Leitliniengruppe konsensbasiert eine abgeschwächte Empfehlung aus, weil nicht bei allen Antidepressiva ein Ausschleichen notwendig ist und weil bei Unverträglichkeit ein sofortiges Absetzen notwendig sein kann (siehe Kapitel 4.4.8 Absetzen von Antidepressiva).

Weiterführende Informationen: Wechsel auf Tranylcypromin

Siehe Langfassung

7.1.6 Dosiserhöhung


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-14 modifiziert 2022 Bei Patient*innen, die mit Serumspiegeln im therapeutischen Bereich nicht auf eine Monotherapie mit SSRI ansprechen, soll die Dosis des SSRI nicht erhöht werden.</p>	↓↓↓

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-15 modifiziert 2022</p> <p>Bei Patient*innen, die auf eine Monotherapie mit MAO-Inhibitoren, SNRI oder TZA trotz mit Standarddosierung (MAO-Inhibitoren) bzw. Serumspiegeln im therapeutischen Bereich (SNRI, TZA) nicht ansprechen, sollte die Dosis nicht erhöht werden.</p>	

Eine Dosiserhöhung von Antidepressiva, für die eine Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht, erscheint aus rein pharmakologischer Sicht sinnvoll. Für SSRI konnte eine Dosis-Wirkungs-Beziehung jedoch nicht bestätigt werden (moderate Evidenzqualität), so dass die Leitliniengruppe von dieser Strategie abrät. Für eine Dosiserhöhung bei Nicht-SSRI ist die Evidenzqualität sehr niedrig. Den fehlenden Belegen für mögliche Vorteile steht eine zu erwartende höhere Rate unerwünschter Arzneimittelwirkungen gegenüber, so dass die Leitliniengruppe ebenfalls davon abrät, die Dosis von Nicht-SSRI bei Nichtansprechen über die Standarddosierung (MAO-Inhibitoren) bzw. über den empfohlenen Serumspiegel (SNRI, TZA) hinaus zu erhöhen, wobei der Empfehlungsgrad aufgrund der schmalen Evidenzbasis für diese Substanzen abgeschwächt wurde.

Mit einer Dosiserhöhung als Strategie bei Nichtansprechen einer Monotherapie mit Antidepressiva ist ausdrücklich nicht die Aufdosierung zur Standarddosis bzw. therapeutisch wirksamen Dosierung bei zu niedrigen Serumspiegeln gemeint. In diesen Fällen greifen die im Kapitel 7.1.1 Evaluation der Ursachen aufgeführten Empfehlungen.

7.1.7 Repetitive transkranielle Magnetstimulation

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-16 neu 2022</p> <p>Bei Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, kann eine Augmentation mit repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) angeboten werden.</p>	

Die Evidenzqualität für transkranielle Magnetstimulation (rTMS) nach einmaligem Nichtansprechen einer medikamentösen Behandlung ist sehr niedrig, weil in die Studien zumeist Mischpopulationen eingeschlossen waren, in denen der Anteil der Patient*innen mit nur einer Vorbehandlung niedrig war. Zudem existieren nur Subgruppenanalysen zur Frage der Effektivität in Abhängigkeit von der Anzahl der medikamentösen Vorbehandlungen. Deren Ergebnisse weisen jedoch konsistent darauf hin, dass die Wirksamkeit von rTMS mit der Anzahl der Therapielinien sinkt. Für rTMS sprechen zudem der schnelle Wirkeintritt sowie die im Vergleich zu anderen Strategien größeren zu erwartenden Effekte, wenn auch unklar ist, wie nachhaltig diese sind. rTMS ist allerdings aufwändiger durchzuführen als die meisten anderen Optionen bei Nichtansprechen und wird in Deutschland bisher nur an wenigen Kliniken angeboten, wobei sich dies zukünftig aufgrund einer 2021 veränderten Vergütung ändern könnte. Insgesamt erscheint der Leitliniengruppe eine offene Empfehlung für rTMS in diesem Setting gerechtfertigt.

7.2 Vorgehen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie


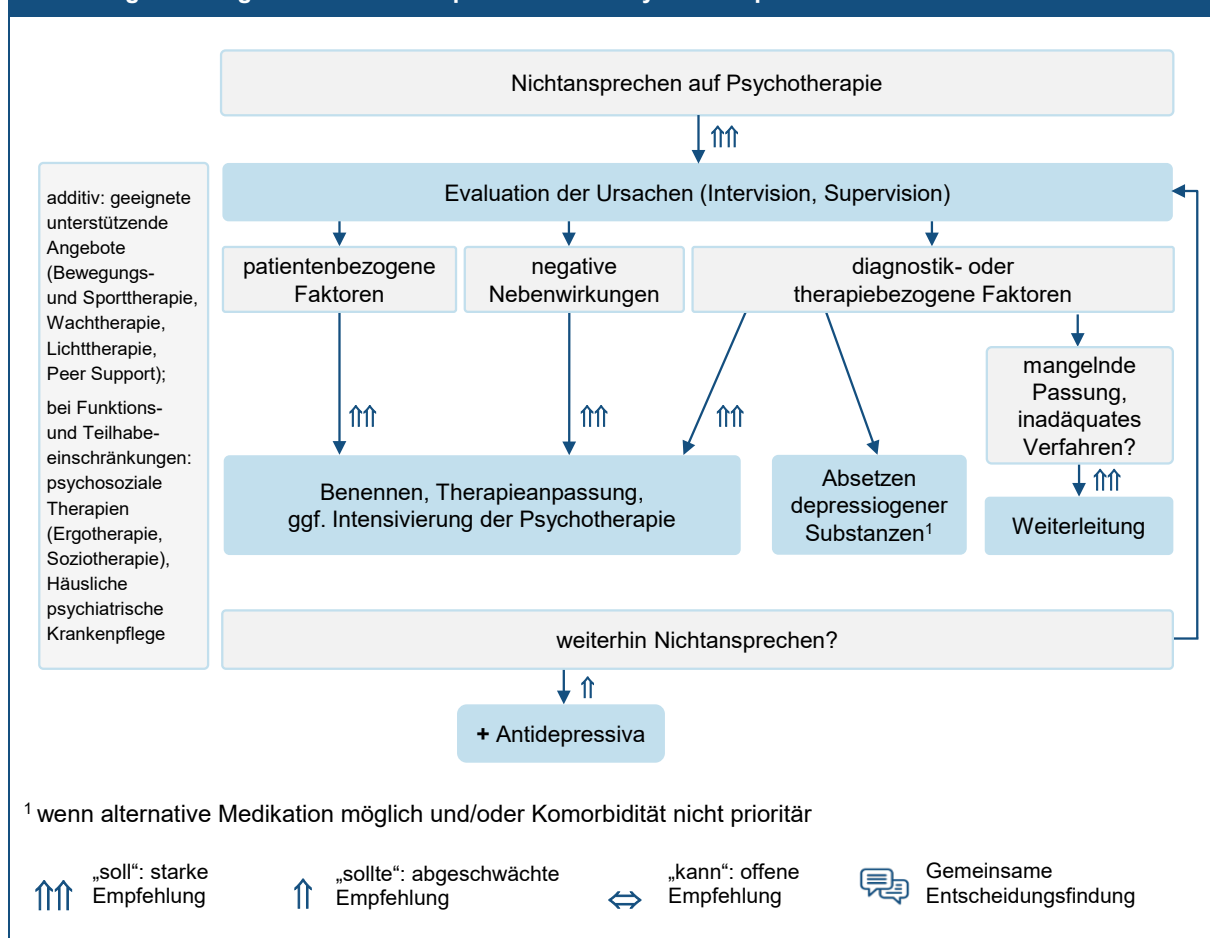
Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-17 neu 2022</p> <p>Bei Nichtansprechen einer psychotherapeutischen Behandlung unipolarer Depressionen soll gemäß Algorithmus (Abbildung 13) vorgegangen werden.</p>	

Abbildung 13: Vorgehen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie



7.2.1 Evaluation der Ursachen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-18 neu 2022</p> <p>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).</p>	<p>↑↑↑</p>
<p>7-19 neu 2022</p> <p>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 Intervision oder Supervision in Anspruch genommen werden.</p>	<p>↑</p>


Tabelle 38: Mögliche Ursachen für Nichtansprechen einer Psychotherapie

patientenbezogene Faktoren	diagnose- oder therapiebezogene Faktoren	negative Nebenwirkungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persönlichkeitsfaktoren (perfektionistisch, feindselig-dominant, selbstkritisch) ▪ prämorbide Belastungen und Lebensgeschichte (sexueller Missbrauch, Traumatisierung, Verluste) ▪ belastende Lebensbedingungen (häusliche Gewalt, Armut, Wohnungsprobleme, Arbeitslosigkeit) ▪ kultureller Hintergrund ▪ mangelnde psychosoziale Kompetenzen ▪ Chronifizierung, Resignation ▪ geringe Motivation, mangelnde Adhärenz ▪ zu hohe Erwartungshaltung ▪ Schweregrad, Komorbidität ▪ ggf. sekundärer Krankheitsgewinn 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehldiagnose einer depressiven Störung ▪ somatische und psychische Komorbidität ▪ depressive Komedikation ▪ inadäquate Fallkonzeption und Auswahl von Therapieelementen ▪ inadäquates Vorgehen bei der Durchführung der Therapie ▪ fehlende Passung von Psychotherapeuten- und Patientenpersönlichkeit ▪ weitere therapeutenbezogene Faktoren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (vorübergehende) verstärkte Symptomatik ▪ verstärkte Wahrnehmung negativer Gedanken und dysfunktionalen Verhaltens durch Problemorientierung ▪ Demoralisierung durch Wahrnehmung von Problemkomplexität ▪ verstärkte interpersonelle Konflikte mit dem sozialen Umfeld (Partnerschaft, Familie, Freunde, Arbeitsplatz) ▪ Stigmatisierung, Selbststigmatisierung ▪ Störung der Kooperation des Arbeitsbündnisses durch ungünstige Erwartungen

Um eine potenziell wirksame Behandlung nicht grundlos abzubrechen und unnötige, mit erhöhten Kosten verbundene Therapieintensivierungen zu vermeiden, ist vor einer Änderung der Therapiestrategie die Prüfung möglicher Ursachen des Nichtansprechens notwendig. Bei einer psychotherapeutischen Behandlung können Intervention und Supervision dazu beitragen, diese Ursachen zu identifizieren sowie mögliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Aufgrund der fehlenden Evidenz sowie der mangelnden Umsetzbarkeit insbesondere von Supervision in der ambulanten Praxis spricht die Leitliniengruppe konsensbasiert eine abgeschwächte Empfehlung aus.


Zu möglichen Ursachen von Nicht-Adhärenz siehe auch Kapitel 3.5. Mitarbeit der Patient*innen. Zur Abgrenzung somatischer Ursachen als Ursache der Therapieresistenz siehe Kapitel 2.4.4 Organische affektive Störungen sowie 11 Komorbidität. Für Empfehlungen zur stationären Einweisung siehe Kapitel 14.3.1 Einweisungskriterien für eine stationäre Versorgung.

7.2.2 Weiterleitung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-20 neu 2022</p> <p>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.</p>	

Wenn keine tragfähige therapeutische Beziehung zustande kommt oder wenn sich während der Behandlung zeigt, dass das angewendete psychotherapeutische Verfahren nicht passt, ist ein Therapieerfolg unwahrscheinlich und die Aufrechterhaltung der Behandlung daher unethisch. Für diese Fälle empfiehlt die Leitliniengruppe konsensbasiert eine Weiterleitung zu einer anderen Psychotherapeutin oder einem anderen Psychotherapeuten.

7.2.3 Intensivierung der Psychotherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-21 neu 2022</p> <p>Wenn eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung besteht, soll bei Nichtansprechen die Möglichkeit der Intensivierung der Psychotherapie geprüft werden (höhere Frequenz).</p>	

Für die Effekte einer Intensivierung der Psychotherapie bei Nichtansprechen existiert keine direkte Evidenz. Indirekte Evidenz spricht dafür, dass die Frequenz der Sitzungen, nicht aber deren Dauer oder die Gesamtdauer einer Psychotherapie die Wirksamkeit verstärkt. Eine engere Taktung der Sitzungen ist aus terminlichen Gründen in der Praxis zwar schwer umzusetzen. Dennoch spricht die Leitliniengruppe konsensbasiert eine starke Empfehlung für die Prüfung der Erhöhung der Sitzungsfrequenz als erste Strategie bei Nichtansprechen aus, da sie das Nutzen-Risiko-Verhältnis im Vergleich zu anderen Optionen als am günstigsten einschätzt.

7.2.4 Kombination mit Antidepressiva

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-22 neu 2022</p> <p>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.</p>	↑

Analog zur Empfehlung einer Kombination mit Psychotherapie bei Nichtansprechen einer medikamentösen Behandlung sieht die Leitliniengruppe eine Kombination mit Antidepressiva bei Nichtansprechen einer Psychotherapie als adäquate Option an. Aufgrund des höheren Potenzials an Nebenwirkungen und aufgrund des zusätzlichen Aufwandes für Behandelnde und Patient*innen (Überweisung zwecks Medikamentenverordnung) ist diese Strategie einem Versuch der Therapieintensivierung nachgeordnet. Der Empfehlungsgrad ist aufgrund der fehlenden direkten Evidenz abgeschwächt.

7.3 Weitere Optionen bei mehrfachem Nichtansprechen

Bei wiederholtem Nichtansprechen kommen die gleichen Strategien wie bei erstmaligem Nichtansprechen infrage, ergänzt um weitere Optionen, die im Folgenden vorgestellt werden (vgl. Abbildung 12 und Abbildung 13).

7.3.1 Unterbrechen oder Beenden der medikamentösen Therapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-23 neu 2022</p> <p>Wenn mehrere adäquat durchgeführte medikamentöse Behandlungsversuche nicht zu einer Response geführt haben, sollte den Patient*innen als eine Behandlungsoption ein Ausschleichen der Medikation und der Versuch einer ausschließlich nicht-pharmakologischen Weiterbehandlung angeboten werden.</p>	↑

Aus Sicht der Leitliniengruppe werden in der ambulanten Praxis zu häufig zu lange unwirksame medikamentöse Therapien fortgeführt. Es existiert zwar keine Evidenz für die Wirksamkeit eines Absetzens oder Unterbrechens einer medikamentösen Behandlung bei mehrfachem Nichtansprechen. Klinische Erfahrungen und pharmakologische Überlegungen bezüglich möglicher Vorteile sowie die Abwägung gegen die Risiken einer fortgesetzten unwirksamen medikamentösen Therapie rechtfertigen aus Sicht der Leitliniengruppe jedoch konsensbasiert eine abgeschwächte Empfehlung.

Die Anzahl der Therapielinien vor Infragekommen dieser Option kann individuell sehr verschieden sein. Bei leitliniengerechter Behandlung können, müssen zuvor aber nicht alle anderen Strategien bei Nichtansprechen ausgeschöpft werden, inklusive der Augmentation mit Lithium und Antipsychotika (vgl. Abbildung 12).

Beim Absetzen gelten die Empfehlungen zu einer schrittweisen Dosisreduktion (siehe Kapitel 4.4.8 Absetzen von Antidepressiva).

7.3.2 Esketamin intranasal

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-24 neu 2022</p> <p>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.</p>	↔

Insgesamt ergab sich für Esketamin nasal eine Kurzzeit-Wirksamkeit für die Dauer der Behandlung (1 Monat), die jedoch nicht in allen Studien statistische Signifikanz erreichte. Die Evidenzqualität ist niedrig bis moderat, da zwar rein quantitativ ausreichend Daten aus qualitativ guten Studien zur Verfügung stehen, aber mit funktioneller Erblindung zu rechnen ist, die Effekte nicht konsistent sind und alle relevanten Studien direkt vom Hersteller gesponsert waren. Esketamin ergänzt aus Sicht der Leitliniengruppen erstmals seit Jahren die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie um einen neuen Ansatz, dessen Stärke vor allem der schnelle Wirkungseintritt ist. Sie spricht eine offene Empfehlung aus, da die Evidenz nicht konsistent signifikante Effekte gegenüber Placebo zeigt.

Esketamin ist in Deutschland derzeit nur über Krankenhausapotheken verfügbar; eine ambulante Abgabe ist nicht möglich, da die Patient*innen das Medikament nicht unbeaufsichtigt ausgehändigt bekommen dürfen. Dies schließt in der deutschen Versorgungsrealität eine Anwendung in ambulanten Praxen bisher aus.

Die Leitliniengruppe verzichtet darauf, die vor einer Anwendung für Esketamin notwendige Zahl und Art der Therapieversuche genauer zu definieren. Sie setzt eine leitliniengerechte Vorbehandlung gemäß den Empfehlungen der NVL voraus, d. h. gegebenenfalls inklusive einer Kombination von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie sowie den verschiedenen anderen Strategien bei Nichtansprechen (vgl. Abbildung 12).

Zur Anwendung von Esketamin im Psychiatrischen Notfall siehe Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen.

7.3.3 Ketamin i. v.

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-25 neu 2022</p> <p>Ketamin i. v. (off-label) soll nicht außerhalb eines stationären psychiatrischen Settings angewendet werden.</p>	↓↓↓

Die Leitliniengruppe rät von der Anwendung von Ketamin i. v. im ambulanten Bereich ab, weil die Evidenzqualität niedrig ist und dem zu erwartenden kurzzeitigen Nutzen relevante Nebenwirkungen gegenüberstehen. Im stationären Setting sieht die Leitliniengruppe eine Indikation im Einzelfall bei schwersten therapieresistenten Störungen, insbesondere in Verbindung mit akuter Suizidalität (siehe Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen). Die Anwendung von Ketamin i. v. zur Behandlung von depressiven Störungen ist off-label.

7.3.4 Experimentelle medikamentöse Ansätze


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-26 neu 2022</p> <p>Experimentelle medikamentöse Ansätze sollen Patient*innen mit unipolarer Depression nur im Rahmen von klinischen Studien angeboten werden.</p>	↑↑↑

Aufgrund der teils starken medialen Präsenz kommt es in der klinischen Praxis oft zu Nachfragen durch Patient*innen bezüglich nicht zugelassener medikamentöser Optionen (Psilocybin, Botox, Cannabinoid-Produkte wie CBD-Öl, Lachgas u. a.). Aus Sicht der Leitliniengruppe könnten einige dieser experimentellen Substanzen zukünftig eine Option für therapieresistente Patient*innen darstellen. Die Evidenzlage reicht jedoch noch nicht aus, um spezifische Empfehlungen zu formulieren. Vor dem Hintergrund, dass die Anwendung nicht nur off-label ist, sondern mitunter

für den Behandelnden und die Patient*innen strafrechtliche Konsequenzen haben kann, sowie aus ethischen und Sicherheitsgründen kommt ausschließlich eine Anwendung innerhalb klinischer Studien infrage.

7.3.5 Neurostimulatorische Verfahren


7.3.5.1 Elektrokonvulsionstherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-27 modifiziert 2022 Elektrokonvulsionstherapie soll Patient*innen bei therapieresistenten depressiven Episoden angeboten werden, insbesondere im höheren Lebensalter oder bei psychotischer Symptomatik.	

Die Evidenzqualität für den Vergleich einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) gegen Scheinintervention ist sehr niedrig, da nur wenige Daten aus Doppelblindstudien existieren. Aufgrund der benötigten Vollnarkose sind solche Studien aus ethischen Gründen jedoch nicht durchführbar. Bessere Kenntnisse zu Kontraindikationen, Weiterentwicklungen der EKT-Protokolle sowie der Anästhesiologie haben die Sicherheit des Verfahrens erhöht. Deshalb und in Anbetracht der großen Effekte spricht die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung aus.



Die Leitliniengruppe verzichtet darauf, die vor einer EKT notwendige Zahl und Art der Therapieversuche genauer zu definieren. Sie setzt eine leitliniengerechte Vorbehandlung gemäß den Empfehlungen der NVL voraus, d. h. gegebenenfalls inklusive einer Kombination von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie sowie den verschiedenen anderen Strategien bei Nichtansprechen (vgl. Abbildung 12).

Erhaltungstherapie mit EKT

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-28 modifiziert 2022 Eine EKT-Erhaltungstherapie nach einer erfolgreichen EKT-Behandlungsserie soll Patient*innen angeboten werden, die <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	

Die Evidenzqualität für die EKT-Erhaltungstherapie ist sehr niedrig, vor allem aufgrund der schmalen Datenbasis und des Verzerrungsrisikos (v. a. Nicht-Verblindung). Doch auch langjährige klinisch-praktische Erfahrungen unterstützen eine EKT-Erhaltungstherapie, so dass die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung ausspricht. Allerdings wird die Empfehlung aus versorgungspraktischen Gründen auf bestimmte Patientengruppen eingeschränkt, da eine EKT-Erhaltungstherapie aufwändig und nur (teil-)stationär möglich ist.

7.3.5.2 Repetitive transkranielle Magnetstimulation

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-29 modifiziert 2022 Eine repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) sollte bei therapieresistenten depressiven Episoden angeboten werden.	
7-30 neu 2022 Die Auswahl der rTMS-Methode (Stimulationsort und -art) soll durch ein spezialisiertes Zentrum erfolgen.	

Die Evidenzqualität ist je nach Verfahren der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) sehr niedrig bis moderat, wobei die beste Evidenz für die hochfrequente Stimulation des linken dorsolateralen präfrontalen Cortex vorliegt. Viele Studien wurden jedoch nicht oder nicht ausschließlich bei therapieresistenter Depression durchgeführt, so dass die Übertragbarkeit auf dieses Setting limitiert ist. Bisher hat rTMS in Deutschland keinen großen Stellenwert und wird nur an wenigen Kliniken durchgeführt, wobei sich dies zukünftig aufgrund der 2021 veränderten Vergütung ändern könnte. Die praktische Durchführung einer rTMS ist weniger aufwändig als die einer EKT. Allerdings ist die rTMS im Vergleich zur EKT weniger effektiv, so dass die Leitliniengruppe die rTMS als der EKT nachgeordnete Option ansieht und den Empfehlungsgrad abschwächt.

Die Leitliniengruppe verzichtet darauf, die vor rTMS notwendige Zahl und Art der Therapieversuche genauer zu definieren. Sie setzt eine leitliniengerechte Vorbehandlung gemäß den Empfehlungen der NVL voraus, d. h. gegebenenfalls inklusive einer Kombination von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie sowie den verschiedenen anderen Strategien bei Nichtansprechen (vgl. Abbildung 12).

Die unter rTMS zusammengefassten Verfahren sind sehr heterogen und unterliegen einem schnellen Wandel. Die Leitliniengruppe hat sich daher entschieden, in der NVL keine Aussage zur Wahl des spezifischen Verfahrens zu treffen, sondern diese Entscheidung den jeweiligen Behandelnden zu überlassen.

7.3.5.3 Transkranielle Gleichstromstimulation

Speziell für das therapieresistente Setting ist die Evidenzqualität für die transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) niedrig, wegen einer hohen Heterogenität auf PICO-Ebene und weil nur ein kleiner Teil der Studien Patient*innen nach Nichtansprechen einschloss. Weil der Stellenwert von tDCS im Vergleich zu Behandlungsalternativen unklar ist und weil das Verfahren in Deutschland nur als Selbstzahlerleistung und nur in wenigen Einrichtungen verfügbar ist, spricht die Leitliniengruppe aktuell noch keine Empfehlung für das Verfahren aus.

7.3.5.4 Vagus-Nerv-Stimulation

Die Evidenzqualität für die Vagus-Nerv-Stimulation (VNS) ist sehr niedrig, da kaum Daten aus Doppelblindstudien existieren. Der Stellenwert des invasiven Verfahrens ist somit vorerst weiterhin unklar, sodass die Leitliniengruppe keine Empfehlung ausspricht.

7.3.5.5 Experimentelle neurostimulatorische Verfahren

Siehe Langfassung

8 Behandlung chronischer Formen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
8-1 neu 2022 Bei bislang nicht behandelten chronischen Depressionen soll nach den Schweregrad-spezifischen Empfehlungen für die akute depressive Episode vorgegangen werden.	↑↑↑
8-2 neu 2022 Trotz Behandlung chronifizierter Depressionen sollen gemäß den Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen bzw. Therapieresistenz behandelt werden.	↑↑↑

Die Leitliniengruppe schätzt die Evidenzqualität für Patient*innen mit chronischen (persistierenden) depressiven Störungen als sehr niedrig ein. Es handelt sich um eine sehr heterogene Gruppe, mit und ohne Teilremission, mit verschiedenen oder auch ohne bisherige Vorbehandlung. In den Studien werden häufig außerdem auch Patient*innen mit Dysthymie oder Double Depression eingeschlossen. Für die spezifischen diagnostischen Gruppen liegen vorwiegend Subgruppen- und Moderatorenanalysen, aber nur wenige Einzelstudien vor. Hinzu kommt, dass die Behandlungszeiträume für die Psychotherapie in den Studien teils sehr kurz waren. Insgesamt ist daher die Aussagekraft aufgrund von Indirektheit und Impräzision limitiert. Die Empfehlungen sind daher konsensbasiert und beruhen auf klinischen Erwägungen:

Bei therapienaiven chronischen Depressionen empfiehlt die Leitliniengruppe, sich am schweregradspezifischen Vorgehen bei akuten bzw. rezidivierenden Episoden zu orientieren (vgl. Kapitel 5 Behandlung bei akuter depressiver Episode). Dort wird bei schweren Formen eine Kombination von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung empfohlen. Eine Monotherapie kommt aus Sicht der Leitliniengruppe im Sinne eines Stepped-Care-Ansatzes ebenfalls infrage, wohingegen alleinige niedrigintensive oder Internet- und mobilbasierte Interventionen nicht adäquat erscheinen.

Bei Dysthymie besteht häufig ein hoher Leidensdruck und damit ein starker Behandlungsbedarf. Daher empfiehlt die Leitliniengruppe die gleiche Vorgehensweise wie bei anderen chronischen Formen. Bezüglich Einzelinterventionen existiert für die Psychotherapie nach wie vor weniger Evidenz als für die medikamentöse Therapie. Da die Evidenzqualität jedoch niedrig ist und weil in der Praxis oftmals die Patientenpräferenz den Ausschlag gibt, sieht die Leitliniengruppe keine Veranlassung, eine der beiden Optionen bevorzugt zu empfehlen. Bei Nichtansprechen einer Monotherapie kommt aufgrund des Behandlungsbedarfs auch bei Dysthymie eine Kombinationsbehandlung infrage, auch wenn dazu keine überzeugende Evidenz vorliegt.

Double Depression ist aus klinischer Sicht mit einer chronischen/persistierenden oder rezidivierenden depressiven Störung vergleichbar, so dass die Evidenz aus diesen Behandlungssituationen extrapoliert werden kann. Daher erscheint der Leitliniengruppe bei diesen Patient*innen eine intensivere Behandlung mit Kombinationstherapie adäquat.

Wenn depressive Störungen chronifizieren, obwohl die Patient*innen behandelt wurden, ist für die Wahl der Therapie die Art der Vorbehandlung maßgeblich; das Merkmal Therapieresistenz ist hier wesentlicher als die Dauer der depressiven Störung, so dass die Leitliniengruppe auf die Empfehlungen im Kapitel 7 Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz verweist.

Internet- und mobilbasierte Interventionen

Siehe Langfassung

9 Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen

9.1 Ergotherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>9-1 neu 2022</p> <p>Die Indikation für eine ambulante Ergotherapie nach den Heilmittelrichtlinien sollte insbesondere dann gemeinsam mit den Patient*innen geprüft werden, wenn Interventionen zur Verbesserung oder zum Erhalt der psychosozialen Funktionsfähigkeit und der Teilhabe am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben angezeigt sind.</p>	<p>↑</p>

Auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit und insbesondere auf die Arbeitsfähigkeit gerichtete Maßnahmen sollten aus Sicht der Leitliniengruppe in der modernen sozialpsychiatrischen Versorgung bedarfsgerecht und personenzentriert sein und frühzeitig erfolgen, d. h. bereits während einer ambulanten Behandlung beginnen, sobald akute Symptome abgeklungen sind, um beispielsweise einem Verlust des Arbeitsplatzes vorzubeugen. Die Leitliniengruppe spricht konsensbasiert eine abgeschwächte Empfehlung aus, weil die Evidenzbasis für ergotherapeutische Interventionen insgesamt schwach ist und weil die Indikation nur unscharf formuliert werden kann.


Für Empfehlungen zum Thema Teilhabeförderung siehe auch Kapitel 13 Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe

9.2 Soziotherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>9-2 neu 2022</p> <p>Die Indikation für Soziotherapie sollte insbesondere bei schwerer Symptomatik mit deutlichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe geprüft werden.</p>	<p>↑</p>

Auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit gerichtete Maßnahmen sollten aus Sicht der Leitliniengruppe in der modernen sozialpsychiatrischen Versorgung bedarfsgerecht und personenzentriert sein und frühzeitig erfolgen, d. h. bereits während einer ambulanten Behandlung beginnen. Die Leitliniengruppe spricht konsensbasiert eine abgeschwächte Empfehlung aus, weil die Evidenzbasis für soziotherapeutische Interventionen schwach ist und weil die Angebote nicht flächendeckend vorhanden sind.


9.3 Selbsthilfe und Peer Support

Empfehlung	Empfehlungsgrad
9-3 neu 2022 Patient*innen und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigenangebote, Peer-Counselling sowie Genesungsbegleitung informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.	

Die konsensbasierte Empfehlung zielt darauf, dass diese Angebote der Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige nicht immer ausreichend bekannt sind. Für eine Teilnahme spricht die Leitliniengruppe nur eine abgeschwächte Empfehlung aus, da den möglichen positiven Effekten von Peer Support potenzielle negative Effekte wie emotionale Destabilisierung durch Konflikte innerhalb von Gruppen oder Verunsicherung durch subjektiv gefärbte Empfehlungen gegenüberstehen. Hinzu kommt, dass die entsprechenden Angebote nicht überall verfügbar sind.

Zur Beschreibungen der verschiedenen Formen von Peer Support siehe Kapitel 4.7 Psychosoziale Therapien: Beschreibung und Zugang.

9.4 Lichttherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
9-4 modifiziert 2022 Bei Depressionen mit saisonalem Muster soll ein Therapieversuch mit Lichttherapie angeboten werden.	
9-5 neu 2022 Bei Depressionen ohne saisonales Muster kann ein Therapieversuch mit Lichttherapie angeboten werden.	

Die Leitliniengruppe schätzt die Aussagesicherheit der Evidenz für Lichttherapie bei Depressionen mit saisonalem Muster als moderat, für nicht-saisonale Depressionen als sehr niedrig ein. Die Limitationen ergeben sich aus dem Verzerrungsrisiko (mangelnde Verblindung), Impräzision (kleine Fallzahl, breite Konfidenzintervalle), Inkonsistenz (Heterogenität auf PICO- und Ergebnisebene), Indirektheit (teils nicht nur Patient*innen mit diagnostizierter Depression eingeschlossen) sowie Hinweisen auf Publikationsbias.

Insgesamt ergaben sich kurzzeitige Effekte auf die Remissionsraten und die Symptomatik, mit kleiner bis mittlerer Effektstärke; dabei liegt die beste Evidenz für Lichtlampen vor. Durch Lichttherapie können additive Effekte zu einer Behandlung mit Antidepressiva erzielt werden, und auch ältere Menschen können von Lichttherapie profitieren. Da das Schadenspotenzial gering und Lichttherapie sehr einfach umzusetzen ist, beispielsweise durch kostengünstige Lichttherapie-Lampen am Arbeitsplatz, spricht die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung für saisonale Depressionen und aufgrund der niedrigeren Evidenzqualität eine offene Empfehlung für nicht-saisonale Depressionen aus. In der Regel erfolgt Lichttherapie zusätzlich und unterstützend zu anderen Interventionen; bei leichten und rein saisonalen Formen ist aus Sicht der Leitliniengruppe auch ein erster Behandlungsversuch als Einzelintervention denkbar.

Triple Chronotherapie

Siehe Langfassung

9.5 Wachtherapie

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>9-6 modifiziert 2022</p> <p>Bei Patient*innen mit unipolaren Depressionen sollten die Vor- und Nachteile einer Wachtherapie gemeinsam abgewogen und Unterstützung bei der Umsetzung angeboten werden.</p>	↑

Aus klinischer Sicht kann das Erleben milder positiver oder hypomaner Stimmungszustände nach Schlafentzug hilfreich sein, um depressive Episoden zu durchbrechen und andere Stimmungszustände erlebbar zu machen. Wachtherapie ist das einzige nicht-medikamentöse Verfahren mit Sofortwirkung und zudem jederzeit und kostenfrei verfügbar. Zudem kann der Erfolg des Wachbleibens die Selbstwirksamkeitserwartung der Patient*innen stärken. Da die Evidenz für Wachtherapie jedoch schwach ist und die Effekte sehr kurzfristig sind, spricht die Leitliniengruppe eine abgeschwächte Empfehlung aus. Eine Indikationsstellung erscheint eher bei einem höheren Schweregrad der Depression sinnvoll und vor allem bei Patient*innen mit chronobiologisch akzentuierten Beschwerden. Wachtherapie erfolgt grundsätzlich zusätzlich unterstützend zu anderen Interventionen.

Schlafphasenverschiebung und Triple Chronotherapie

Siehe [Langfassung](#)

9.6 Bewegungs- und Sporttherapien


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>9-7 neu 2022</p> <p>Patient*innen mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollen zu sportlichen Aktivitäten motiviert werden, idealerweise innerhalb einer Gruppe.</p>	↑↑
<p>9-8 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↑↑

Die konsensbasierte Empfehlung für sportliche Aktivitäten zielt allgemein auf eine Aktivierung der Patient*innen. Die Gesundheitsförderung und vor allem die soziale Komponente sind aus Sicht der Leitliniengruppe ggf. wichtiger als Struktur und Supervision von Trainingsmaßnahmen, die zudem nicht flächendeckend verfügbar sind. Hinzu kommt, dass die Motivation und längerfristige Adhärenz zu einer nach individueller Präferenz gewählten körperlichen Betätigung vermutlich höher ist als zu therapeutisch vorgegebenen Trainingsmaßnahmen.

Bezüglich supervidierter Bewegungs- und Sportprogramme schätzt die Leitliniengruppe die Aussagekraft der Evidenz als niedrig bis moderat ein. Limitationen ergeben sich aus dem Verzerrungsrisiko (mangelnde Verblindung, Abbruchraten, Adhärenz bezüglich Intensität und Dauer), der hohen Heterogenität der Studien und der häufig kleinen Samples. Dennoch ist von einem kleinen bis moderaten, wenn auch eher kurzfristigen Effekt auszugehen, sowohl als alleinige Behandlungsoption bei leichter Symptomatik als auch als zusätzliche Intervention bei gleichzeitiger medikamentöser Behandlung oder Psychotherapie. Daher spricht die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung aus und regt an, ausreichend entsprechende Angebote zu schaffen. Detaillierte Aussagen zur optimalen Art, Dauer und Intensität der Programme sind aus Sicht der Leitliniengruppe nicht möglich. Die beste Evidenz liegt für aerobe Ausdauertrainings, Krafttrainings oder eine Kombination beider Trainings vor; für andere Formen körperlichen Training wird die Evidenz als inkonklusiv eingeschätzt.




Entscheidend ist aus Erfahrung der Leitliniengruppe, die Patient*innen von der Sinnhaftigkeit von körperlicher Aktivität zu überzeugen. Dabei gibt es soziokulturell wie sozioökonomisch starke Unterschiede in der Motivierbarkeit, was nicht zuletzt auch einem Mangel an kultursensiblen Angeboten geschuldet ist.

9.7 Psychiatrische Häusliche Krankenpflege

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>9-9 neu 2022</p> <p>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.</p>	

Die konsensbasierte Empfehlung zielt auf eine stärkere Berücksichtigung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP), da sie aus Sicht der Leitliniengruppe hilfreich sein kann, auch Patient*innen mit schweren psychischen Störungen ein selbstständiges Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Zudem dient diese Option auch der Unterstützung der Angehörigen. Nicht zuletzt kann die pHKP dazu beitragen, dass Plätze in stationären Einrichtungen für diejenigen Patient*innen vorgehalten werden können, bei denen eine ambulante Behandlung nicht möglich ist.

9.8 Arbeitsunfähigkeit

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>9-10 neu 2022</p> <p>Vor der Entscheidung über das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgrund depressiver Störungen sollen mögliche Vor- und Nachteile mit den Patient*innen erörtert werden.</p>	
<p>9-11 neu 2022</p> <p>Bei Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgrund depressiver Störungen sollen den Patient*innen immer auch angemessene therapeutische Interventionen angeboten werden.</p>	
<p>9-12 neu 2022</p> <p>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.</p>	

Die konsensbasierten Empfehlungen zielen auf das von der Leitliniengruppe wahrgenommene Versorgungsproblem einer teilweise zu frühen und zu reflexhaften Krankschreibung bei depressiven Störungen im hausärztlichen Bereich. In der Praxis sind Symptomatik und Beeinträchtigungen der Patient*innen häufig nicht so stark ausgeprägt, dass eine eindeutige Arbeitsunfähigkeit (AU) vorliegt. In diesen Fällen muss eine individuelle Entscheidung getroffen werden, die psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Faktoren einbezieht. Das Ausstellen einer AU-bescheinigung kann zwar ein sinnvolles Angebot zur Entlastung darstellen, kann aber auch – insbesondere bei längerfristigen Krankschreibungen – zur Verschlimmerung und Chronifizierung depressiver Störungen beitragen. Daher empfiehlt die Leitliniengruppe, den Patient*innen zumindest niedrigintensive Interventionen wie z. B. Psychoedukation, Bibliothherapie, aktivierende Begleitung sowie unterstützende Maßnahmen wie Sport anzubieten. Eine wiederholte AU ohne Versuch, den Behandlungserfolg zu verbessern, erscheint unethisch. Außerdem wird die Rückkehr zur Arbeit mit zunehmender Dauer der AU immer unwahrscheinlicher.

Die Empfehlungen beziehen sich ausdrücklich nicht auf Patient*innen, die wegen einer ausgeprägten Symptomatik bzw. der Schwere der Beeinträchtigungen gemäß ICF klar arbeitsunfähig sind. Bei ihnen erfolgt die Krankschreibung weitgehend unabhängig von psychosozialen oder arbeitsplatzbezogenen Faktoren.

Tabelle 39: Exemplarische Kriterien für oder gegen Krankschreibungen bei unipolaren Depressionen

	abzuwägende Faktoren
depressive Symptomatik*	<ul style="list-style-type: none"> Schweregrad der Symptomatik Ausprägung somatischer Symptome Krankheitslast Vorhandensein psychotischer Symptome oder komorbider psychischer Störungen (z. B. Angststörung, PTBS) Einfluss des sozialen Kontextes auf die Symptomatik
psychosoziale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> Alltagsbelastung als möglicher Hinderungsgrund, Interventionsangebote wahrzunehmen mögliche Deaktivierung möglicher Verlust des Tagesrhythmus mögliche Einschränkung sozialer Kontakte, Vereinsamung
arbeitsplatz-bezogene Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> Ausmaß der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit möglicher Verlust von Befriedigung und positiver Bestätigung durch Arbeit mögliche Unterstützung von Vermeidungsverhalten bei Problemen am Arbeitsplatz (Mobbing, Überarbeitung, Unterforderung) drohender Arbeitsplatzverlust infolge (wiederkehrender) AU drohender Arbeitsplatzverlust infolge der depressiven Störung

* Bei eindeutig arbeitsunfähigen Patient*innen mit ausgeprägter Symptomatik bzw. schwerer funktioneller Beeinträchtigung erfolgt die Feststellung der AU weitgehend unabhängig von psychosozialen oder arbeitsplatzbezogenen Faktoren.

9.9 Künstlerische Therapien

Die Leitliniengruppe verzichtet auf die Formulierung einer Empfehlung. Ausführliche Informationen zu Künstlerischen Therapien bietet die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [11].

9.10 Komplementär- und alternativmedizinische Interventionen

Es existiert eine Vielzahl von komplementär- und alternativmedizinischen Interventionen (CAM), die bei Depressionen bzw. depressiver Symptomatik eingesetzt werden. Dazu zählen ernährungsbasierte Ansätze sowie somatische bzw. mentale Ansätze. Mit Ausnahme von Johanniskraut (siehe Kapitel 5.1.3.2 Johanniskraut) und einzelnen den CAM zugeordneten achtsamkeitsbasierten Interventionen (siehe Kapitel 5.1.1 Niedrigintensive Interventionen) ist die Evidenzlage zur Effektivität von CAM bei Patient*innen mit manifesten unipolaren Depressionen schwach [20]. Aufgrund der Versorgungsrelevanz (häufige Nachfrage von Patient*innen, mediale Präsenz) wird im Folgenden die Evidenz für ernährungsbasierte Interventionen und Akupunktur dargestellt. Für den CAM zugerechnete Bewegungstherapien (Yoga, Qi Gong, Tai Chi) siehe Kapitel 9.6 Bewegungs- und Sporttherapien.

9.10.1 Ernährungsbasierte Interventionen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
9-13 neu 2022 Wenn kein Mangel an Mikronährstoffen vorliegt, sollen Patient*innen mit depressiven Störungen Nahrungsergänzungsmittel nicht empfohlen werden.	↓↓↓
9-14 neu 2022 Patient*innen mit depressiven Störungen sollen dazu ermuntert werden, sich ausgewogen und gesund zu ernähren.	↑↑↑

Für keine ernährungsbasierte Intervention mit Mikronährstoffen (Vitamine, Mineralien, Spurenelemente, Fett- und Aminosäuren u. a.) gibt es aus Sicht der Leitliniengruppe belastbare Evidenz für Patient*innen mit depressiven Störungen. Dies gilt auch für Omega-3-Fettsäuren, trotz der im Vergleich zu anderen ernährungsbasierten Interventionen breiteren Evidenzbasis. Dem unsicheren Nutzen steht als Schadenspotenzial das Risiko einer mangelnden Adhärenz bzw. Ablehnung evidenzbasierter Therapien gegenüber. Hinzu kommen die von den Patient*innen privat zu tragenden Kosten, die Gefahr von Interaktionen und eine mögliche Verstärkung eines ungesunden Lebensstils. Aus diesem Grund erscheint der Leitliniengruppe eine Negativ-Empfehlung gerechtfertigt.

Die konsensbasierte Empfehlung für eine gesunde und ausgewogene Ernährung zielt nicht nur auf die Erhaltung oder Verbesserung der allgemeinen Gesundheit, sondern auch auf die Überwindung von Antriebslosigkeit und die Aktivierung der Patient*innen, mit denen die Beschaffung gesunder Lebensmittel und die Zubereitung von Mahlzeiten verbunden ist.

9.10.2 Akupunktur

Insgesamt schätzt die Leitliniengruppe die Evidenz zu Akupunktur bei depressiven Störungen als wenig belastbar ein und verzichtet daher auf die Formulierung einer Empfehlung. Da der überwiegende Anteil der Studien in Asien durchgeführt wurde, ist zudem unklar, inwieweit die Ergebnisse auf Deutschland übertragen werden können. Dem unsicheren Nutzen steht als Schadenspotenzial das Risiko einer mangelnden Adhärenz bzw. Ablehnung evidenzbasierter Therapien gegenüber. Hinzu kommen die von den Patient*innen privat zu tragenden Kosten.

10 Spezielle klinische Situationen

Diese Kapitel befinden sich noch in Bearbeitung. Voraussichtliche Inhalte:

- 10.1 Ältere Patient*innen
- 10.2 Kultur- und migrationspezifische Aspekte
- 10.3 Genderspezifische Aspekte
- 10.4 Peripartale Depressionen
- 10.5 Prämenstruelle dysphorische Störung
- 10.6 Perimenopausale Depressionen

11 Komorbidität

Das Kapitel befindet sich noch in Bearbeitung.

12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen

Die Empfehlungen in diesem Kapitel beziehen sich ausschließlich auf das Vorgehen bei Suizidalität im Zusammenhang mit schweren depressiven Erkrankungen, ausdrücklich nicht auf Suizidalität in anderen Kontexten (z. B. bei schweren somatischen Erkrankungen). Diese Einschränkung trifft die Leitliniengruppe vor dem Hintergrund neuer rechtlicher Entwicklungen und Debatten zu assistiertem Suizid und der damit verbundenen Kontroverse um freie Willensbildung bei psychischen Erkrankungen.

12.1 Vorgehen bei Suizidalität

12.1.1 Gesprächs- und Beziehungsangebot

Empfehlung	Empfehlungsgrad
12-1 modifiziert 2022 Suizidalen Patient*innen soll eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung (Tabelle 40) angeboten werden.	↑↑↑
12-2 neu 2022 Die Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung sollen auch im Umgang mit suizidalen Patient*innen gewahrt werden.	↑↑↑

Die konsensbasierten Empfehlungen zielen auf die Sensibilisierung aller an der Versorgung beteiligten Personen, da eine tragfähige therapeutische Beziehung bei suizidalen Menschen suizidpräventiv wirken kann. Ist Absprachefähigkeit gegeben, empfiehlt die Leitliniengruppe, auch suizidale Patient*innen über alle Behandlungsaspekte transparent aufzuklären und Entscheidungen über Art und Setting der Behandlung gemeinsam zu treffen.

Tabelle 40: Wesentliche Merkmale des Gesprächs- und Beziehungsangebots an suizidale Patient*innen

Akzeptanz von Suizidalität als Ausdruck seelischer Not

- empathisches Validieren der Situation von Betroffenen
- Entdramatisierung, aber Vermeiden von Bagatellisierung
- Vermittlung von Hoffnung, Hilfe und Chancen auf Veränderung (Zukunftsorientierung) sowie Förderung von Selbstwirksamkeitserleben


Offenheit und Klarheit im Umgang mit Suizidalität

- offenes, direktes, ernstnehmendes Ansprechen von Suizidalität
- Offenheit und Transparenz in Bezug auf alle Behandlungsaspekte (Ergebnisse der Risikoabschätzung, Gestaltung der Krisenintervention, Setting-Entscheidungen inkl. Szenarien für Zwangseinweisungen)

fürsorglicher Umgang mit einem schutzbedürftigen Menschen

- Raum und Zeit zur Verfügung stellen
- konkrete Vereinbarung über regelmäßigen zusätzlichen Kontakt (direkt oder telefonisch, mit Uhrzeit und Ort) und Klärung des Behandlungssettings (ambulant/stationär);
- „Sichernde Fürsorge“: Vermeiden von Alleinsein, Einbeziehung von Angehörigen oder Vertrauenspersonen; ggf. Zusammenarbeit mit den entsprechenden Krisendiensten für suizidale Menschen

12.1.2 Spezifische Diagnostik von Suizidalität

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>12-3 modifiziert 2022</p> <p>Bei Vorliegen von Suizidalität sollen deren graduelle Ausprägung (Tabelle 41) erfasst, der aktuelle Handlungsdruck und die Distanzierung von suizidalem Verhalten (Tabelle 42) sowie die allgemeine Absprachefähigkeit eingeschätzt werden.</p>	

Grundlage für die Entscheidung über Behandlung und Behandlungssetting für suizidgefährdete Personen ist die Einschätzung der Gefährdungslage. Die Leitliniengruppe empfiehlt für die spezifische Diagnostik bei Vorliegen von Suizidalität konsensbasiert die Erfassung der graduellen Ausprägung, der Risiko- und protektiven Faktoren sowie der aktuellen Distanzierung von suizidalen Handlungen.

Für Empfehlungen zum niedrigschwelligen Screening auf Suizidalität im Rahmen der Erst- und Verlaufsdagnostik siehe Kapitel 2.7 Erfassung von Suizidalität.

Tabelle 41: Graduelle Ausprägungen von Suizidalität (mod. nach [21])

- Stufe 1: Lebensüberdross, Wunsch nach Ruhe oder Pause („passiver Todeswunsch“)
- Stufe 2: aktive Suizidgedanken ohne konkrete Planungen
- Stufe 3: konkrete Suizidpläne oder -vorbereitungen (z. B. Abschiedsbrief, Methodenerwerb, Probehandlungen)
- Stufe 4: suizidale Handlungen

Tabelle 42: Risikofaktoren und protektive Faktoren bei Suizidalität


Risikofaktoren
<p>Demographische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> männliches Geschlecht, höheres Alter (v. a. Männer > 70 Jahre) niedriger sozioökonomischer Status <p>Suizidbezogene Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Suizidversuch(e) in der Anamnese Suizidgedanken, Suizidpläne und Abschiedsvorbereitungen Suizide in der Familiengeschichte oder kürzliche Suizide in der Umgebung der Patient*innen Zugang zu Mitteln und Methoden <p>Psychosoziale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Gefühl der Isolation und mangelnde soziale Unterstützung Beziehungskonflikte/Streitigkeiten oder Verluste Arbeitsplatzverlust/finanzielle Krisen Hoffnungslosigkeit <p>Klinische Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> Substanzmissbrauch, Abhängigkeit chronische Schmerzen persistierende Schlafstörungen Agitiertheit
Protektive Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> soziale Unterstützung und Zugehörigkeit Religiosität Selbstwirksamkeit, Selbstwert Gründe zu leben <p>Die genannten Faktoren stellen eine unvollständige Auswahl der in systematischen Übersichtsarbeiten identifizierten Korrelationen dar (vgl. z. B. [22–24]); die Auswahl erfolgte konsensbasiert gemäß der klinischen Beurteilung der Relevanz durch die Leitliniengruppe. Die Erhebung dieser Faktoren dient lediglich als Entscheidungshilfe bei der klinischen Einschätzung; sie stellt keine Checkliste zur validen Diagnose des Suizidrisikos dar.</p>

12.1.3 Klärung des Behandlungssettings, Einweisungskriterien

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>12-4 modifiziert 2022</p> <p>Das konkrete Betreuungsangebot für suizidale Patient*innen soll sich nach der Absprachefähigkeit und den individuellen Risiko- und Umgebungsfaktoren richten.</p>	<p>↑↑</p>
<p>12-5 modifiziert 2022</p> <p>Eine stationäre Einweisung soll für suizidale Patient*innen angeboten werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>↑↑</p>



Zur Entscheidung, suizidale Patient*innen ambulant behandeln zu können oder eine Klinikeinweisung (freiwillig oder nach dem jeweiligen Unterbringungsgesetz des betreffenden Bundeslandes bzw. nach dem Betreuungsgesetz) vornehmen zu müssen, gibt es bislang nur wenig empirische Daten. Die Leitliniengruppe empfiehlt daher konsensbasiert, die Indikation für eine ambulante oder stationäre Therapie auf Basis der genannten klinischen Faktoren und bestenfalls in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit den suizidalen Patient*innen zu treffen.

12.1.3.1 Einweisung gegen den Willen der Patient*innen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>12-6 neu 2022</p> <p>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 Sicherheitskaute-len und unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen notfallmäßig und ggf. gegen ihren Willen in stationäre psychiatrische Behandlung eingewiesen werden.</p>	

Fehlen sowohl die Bereitschaft zur stationären Aufnahme als auch die Absprachefähigkeit, ist eine Krankenseinweisung gegen den Willen der Patient*innen zur Abwendung einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig. Hintergrund ist, dass bei psychisch schwer kranken Patient*innen die freie Willensbildung krankheitsbedingt als (vorübergehend) beeinträchtigt gilt. Gemäß Unterbringungsgesetzen ist dies dann der Fall, wenn eine Person psychisch krank, geistig behindert oder suchtkrank ist *und* wenn im Rahmen der Krankheit die Gefahr besteht, dass sie sich selbst oder anderen Schaden zufügt *und* wenn diese Gefahr nicht auf andere Weise abzuwenden ist.

12.2 Krisenintervention und Psychotherapie

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p>12-7 neu 2022</p> <p>Bei akuter Suizidalität soll den Patient*innen eine Krisenintervention oder Psychotherapie angeboten werden.</p>	
<p>12-8 modifiziert 2022</p> <p>Suizidgefährdeten Patient*innen mit einer depressiven Episode sollte eine Psychotherapie angeboten werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert.</p>	
<p>12-9 neu 2022</p> <p>Die Leitliniengruppe empfiehlt, die notwendigen Versorgungsstrukturen zu schaffen, um Angebote der ambulanten Krisenintervention flächendeckend zu implementieren.</p>	<p>Statement</p>

Ziel einer schnell einsetzenden und kurzfristigen Intervention bei akuter Suizidalität ist es, die Patient*innen bis zum Abklingen der akuten Krise aktiv und unmittelbar zu unterstützen und entlasten. Die Aussagekraft der Evidenz zu psychotherapeutischen (Krisen-)Interventionen ist niedrig bis sehr niedrig, da die PICO-Heterogenität der Studien sehr hoch, die Präzision aufgrund der Seltenheit des Ereignisses gering und das Verzerrungsrisiko wegen mangelnder Verblindung hoch ist. Hinzu kommt eine mangelnde Direktheit bezüglich Patient*innen, die infolge depressiver Störungen suizidal werden, da die Studien die Teilnehmenden unabhängig von den der Suizidalität zugrundeliegenden Ursachen einschließen. Aufgrund des hohen Handlungsdrucks spricht die Leitliniengruppe dennoch eine starke Empfehlung aus.

Die breiteste Evidenzbasis existiert für kognitive Verhaltenstherapie, aber auch für andere Verfahren liegen Hinweise auf positive Effekte vor. Direkte auf die Suizidalität fokussierende Interventionen haben größere Effekte als auf die depressive Störung ausgerichtete Psychotherapien. Die Leitliniengruppe hält zudem eine größere Verfügbarkeit ambulanter Krisendienste für wünschenswert, um die Patient*innen schneller und ortsnahe versorgen zu können.

Bei akuter Suizidalität kann auch eine medikamentöse Therapie indiziert sein (siehe Kapitel 12.3 Medikamentöse Therapie).

12.2.1 Notfallplan und Antisuiizidpakt

Empfehlung	Empfehlungsgrad
12-10 neu 2022 Bei akuter Suizidgefahr soll gemeinsam mit den Patient*innen ein Notfallplan erstellt werden.	↑↑↑

Auch wenn die Evidenzqualität aufgrund methodischer Limitationen eher niedrig ist, spricht sie dafür, dass mithilfe eines Plans mit klaren Verhaltenshinweisen und Kontaktinformationen für den Notfall akut suizidales Verhalten reduziert werden kann. Da trotz der Seltenheit der Events in der Metaanalyse ein statistisch signifikanter Effekt erreicht wird, spricht die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung aus.

12.2.2 Internet- und mobilbasierte Interventionen

Die Leitliniengruppe verzichtet auf eine Empfehlung, da spezifisch gegen Suizidalität gerichtete internet- und mobilbasierte Interventionen in Deutschland noch nicht verfügbar sind. Hingegen wird bei fast allen zur Verfügung stehenden mobilen und App-basierten Formaten Suizidalität als Ausschlusskriterium genannt. Die in Deutschland erhältlichen Programme bei Depressionen haben keinen spezifischen Effekt auf Suizidalität (vgl. Kapitel 5.1.2 Internet- und mobilbasierte Interventionen).

12.3 Medikamentöse Therapie

Krisenintervention versteht sich als multimodaler Ansatz. Nach und begleitend zur psychotherapeutischen Krisenintervention können bei suizidalen Patient*innen auch medikamentöse Therapien eingesetzt werden. Diese zielen teils direkt auf die Suizidalität, teils auf einzelne Symptome sowie auf die Behandlung der zugrundeliegenden depressiven Störung.

12.3.1 Antidepressiva

Empfehlung	Empfehlungsgrad
12-11 modifiziert 2022 Antidepressiva können bei suizidalen depressiven Patient*innen zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung eingesetzt werden.	↔
12-12 modifiziert 2022 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.	↑↑↑
12-13 bestätigt 2022 Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität sollen Antidepressiva nicht eingesetzt werden.	↓↓↓

In randomisiert-kontrollierten Vergleichen ergaben sich inkonklusive Hinweise auf mögliche negative Effekte von Antidepressiva speziell auf den Endpunkt Suizidalität bei niedriger Evidenzqualität. Suizidalität stellt aus Sicht der Leitliniengruppe daher grundsätzlich keine Kontraindikation für die Behandlung mit Antidepressiva dar, weder für die Fortführung einer bereits bestehenden medikamentösen Therapie, noch für den Neubeginn mit dem Ziel der Behandlung der Grunderkrankung. Beim Neubeginn einer Behandlung mit Antidepressiva sind jedoch mögliche suizidprovozierende Effekte durch Agitationssteigerung zu beachten; zudem empfiehlt die Leitliniengruppe konsensbasiert, bei suizidalen Patient*innen keine Medikamente mit potenziell letaler Wirkung bei Überdosierung zu wählen. Andererseits belegt die Evidenz aber auch keine direkte Wirkung gegen akute Suizidalität (sehr niedrige Evidenzqualität), so dass Antidepressiva aus Sicht der Leitliniengruppe keine adäquate alleinige Behandlungsoption bei suizidalen Patient*innen darstellen.

12.3.2 Lithium

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>12-14 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↑

Zur Effektivität bezüglich des Endpunkts Suizidalität existieren für Lithium nur wenige Primärstudien; die Konfidenzintervalle sind sehr breit und die Studien schlossen weniger Patient*innen mit unipolaren Depressionen, sondern vorwiegend mit bipolaren, schizoaffektiven oder Borderline-Störungen ein, so dass die Evidenzqualität sehr niedrig ist. Da die Metaanalysen von sehr wenigen Ereignissen getriggert sind, werden die Ergebnisse von den jeweiligen Autor*innen wie auch von der Leitliniengruppe der NVL heterogen interpretiert. Nach Abwägung der klinisch bedeutsamen, aber methodisch nicht zuverlässigen Effekte auf den Endpunkt Suizidalität einerseits und Sicherheitsbedenken andererseits entschloss sich die Leitliniengruppe zu einer abgeschwächten Empfehlung. Die Einschränkung auf die Rezidivprophylaxe erfolgt, weil Lithium nur in dieser Indikation zugelassen ist. Zur Dauer der Einnahme von Lithium bei Suizidalität ist keine Evidenz bekannt.

12.3.3 Benzodiazepine

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>12-15 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↑↑

Benzodiazepine sind effektive Medikamente bei Schlafstörungen und Unruhe, jedoch mit raschem Eintritt einer Gewöhnung. Die vorliegende Evidenz belegt keinen dauerhaften Effekt auf depressive Symptome. Da die akute Suizidalität sinkt, wenn Agitation und Schlafstörungen gemildert werden, stellen Benzodiazepine aus klinischer Sicht eine wichtige Notfallmedikation dar. Wegen des Risikos von Nebenwirkungen und der Entwicklung einer Abhängigkeit empfiehlt die Leitliniengruppe nur einen zeitlich befristeten Einsatz.

12.3.4 Antipsychotika

Der Einsatz von Antipsychotika erfolgt unabhängig vom Vorliegen von Suizidalität. Empfehlungen zur Indikation von Antipsychotika bei Patient*innen mit unipolaren Depressionen sowie Evidenzbeschreibungen siehe Kapitel 5.4 Psychotische Depression sowie Kapitel 7.1.3 Augmentation mit Antipsychotika, Lithium oder anderen Substanzen.

12.3.5 Esketamin intranasal

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>12-16 neu 2022</p> <p>Im Notfall, insbesondere bei akuter Suizidalität, kann im (teil-)stationären Setting zusätzlich zu einem Antidepressivum Esketamin in intranasaler Applikation angeboten werden.</p>	↔

Esketamin erreichte in Studien keine signifikanten Wirkungen auf den Endpunkt Suizidgedanken; die Effektivität bezüglich Suizidversuchen und Suiziden kann aufgrund der kurzen Nachbeobachtungszeit nicht beurteilt werden. Die Evidenzqualität ist niedrig bis moderat, da zwar rein quantitativ ausreichend Daten zur Verfügung stehen, aber mit funktioneller Entblindung zu rechnen ist, die Effekte auf akute Suizidalität nicht konsistent sind und alle relevanten Studien direkt vom Hersteller gesponsert waren.

Esketamin ergänzt aus Sicht der Leitliniengruppe erstmals seit Jahren die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie um einen neuen Ansatz, dessen Stärke vor allem der schnelle Wirkungseintritt ist. Sie spricht eine offene Empfehlung aus, da die Evidenz nicht konsistent signifikante Effekte gegenüber Placebo zeigt.

Esketamin ist in Deutschland derzeit nur über Krankenhausapotheken verfügbar; eine ambulante Abgabe ist nicht möglich, da die Patient*innen das Medikament nicht unbeaufsichtigt ausgehändigt bekommen dürfen. Dies schließt in der deutschen Versorgungsrealität eine Anwendung in ambulanten Praxen bisher aus. Somit hat die Empfehlung in Deutschland ausschließlich für das (teil-)stationäre Setting Relevanz. Da Esketamin nur in Kombination mit Antidepressiva zugelassen ist und auch keine Evidenz für eine Monotherapie existiert, spricht die Leitliniengruppe die Empfehlung nur für die Kombinationsbehandlung aus.

Zur Anwendung von Esketamin bei Therapieresistenz siehe Kapitel 7.3.2 Esketamin intranasal.

12.3.6 Ketamin i. v.

Die Leitliniengruppe spricht keine Empfehlung für Ketamin i. v. aus, da die Anwendung off-label ist und ein zugelassenes Medikament mit anderer Galenik (Esketamin intranasal) zur Verfügung steht. Die Anwendung im stationären Setting ist als Einzelfallentscheidung zu verstehen und als individueller Therapieversuch denkbar, unter der Voraussetzung der Einbettung der Behandlung in ein psychiatrisches Gesamtkonzept.

12.4 Neurostimulatorische Verfahren

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>12-17 neu 2022</p> <p>Eine Elektrokonvulsionstherapie kann bei akuter Suizidalität zusätzlich zu einer psychotherapeutischen Krisenintervention angeboten werden.</p>	↔

Elektrokonvulsionstherapie (EKT) stellt aus Sicht der Leitliniengruppe eine ergänzende Option bei Suizidalität dar, deren Stärke vor allem der schnelle Wirkungseintritt ist. Sie spricht eine offene Empfehlung aus, da die Evidenzqualität bezüglich Suizid(versuch)en sehr niedrig, die Umsetzung aufwändig und in der Versorgungspraxis aufgrund der begrenzten regionalen Verfügbarkeit nur eingeschränkt möglich ist. Für andere neurostimulatorische Verfahren liegt keine überzeugende Evidenz für den Endpunkt Suizid(versuch)e vor.

12.5 Nachsorge nach Suizidalität

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>12-18 modifiziert 2022</p> <p>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.</p>	↑↑↑
<p>12-19 modifiziert 2022</p> <p>Patient*innen, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahrnehmen, sollen unmittelbar kontaktiert werden.</p>	↑↑↑

Nach der Entlassung aus einer Notaufnahme oder aus einer stationären Behandlung ist das Risiko für erneute suizidale Handlungen sehr hoch. Die Leitliniengruppe nimmt als starkes Versorgungsproblem wahr, dass es häufig zu Behandlungslücken kommt. Sie empfiehlt daher konsensbasiert, aus der Klinik heraus verbindliche Termine zur ambulanten Weiterbehandlung zu vereinbaren. Nehmen die Patient*innen diese nicht wahr, muss von einer dringenden Gefahr eines erneuten Suizidversuches ausgegangen werden, so dass eine umgehende aktive Kontaktaufnahme geboten ist.

12.6 Andere Notfälle

12.6.1 Depressiver Stupor

Empfehlung	Empfehlungs-grad
12-20 neu 2022 Bei depressivem Stupor soll eine stationäre Einweisung und eine Behandlung mit Lorazepam angeboten und im Notfall durchgeführt werden.	↑↑↑
12-21 neu 2022 Wenn bei depressivem Stupor eine Intervention mit Lorazepam keinen Erfolg hatte, sollte eine Elektrokonvulsionstherapie angeboten werden.	↑

Ein depressiver Stupor stellt eine akut lebensbedrohliche Situation dar, aus der sich ein starker Handlungsdruck ergibt. Aufgrund der spezifisch stuporlösenden Wirkung empfiehlt die Leitliniengruppe konsensbasiert einen Therapieversuch speziell mit Lorazepam. Die paternalistische Formulierung für den Notfall wurde gewählt, da bei ausgeprägtem depressivem Stupor eine freie Willensentscheidung nicht möglich ist.

Wenn mit Lorazepam keine ausreichende Wirkung erzielt wird, stellt Elektrokonvulsionstherapie (EKT) aus Sicht der Leitliniengruppe eine ergänzende Option bei depressivem Stupor dar, deren Stärke der schnelle Wirkungseintritt ist. Sie spricht konsensbasiert eine abgeschwächte Empfehlung aus, da keine empirische Evidenz für die Behandlung des depressiven Stupors vorliegt, die Umsetzung aufwändig und in der Versorgungspraxis aufgrund der begrenzten regionalen Verfügbarkeit nur eingeschränkt möglich ist, gute klinische Erfahrungen in Verbindung mit dem hohen Handlungsdruck jedoch eine Empfehlung rechtfertigen.

12.6.2 Agitiertheit, psychomotorische Erregungszustände

Empfehlung	Empfehlungs-grad
12-22 neu 2022 Bei hochgradiger Agitiertheit im Zusammenhang mit unipolaren Depressionen sollte eine stationäre Einweisung und eine Behandlung mit Benzodiazepinen angeboten werden.	↑

Hochgradige Agitiertheit ist für die Patient*innen mit einem starken Leidensdruck verbunden und es besteht die Gefahr eines erhöhten Suizidrisikos. Konsensbasiert empfiehlt die Leitliniengruppe in diesen Fällen eine stationäre Aufnahme, um eine engmaschige Betreuung gewährleisten zu können. Die Behandlung mit Benzodiazepinen dient wegen der beruhigenden und sedierenden Wirkung einer schnellen Entlastung der Patient*innen.

12.6.3 Notfälle bei psychotischer Depression

Empfehlung	Empfehlungs-grad
12-23 neu 2022 Bei vital bedrohlichen Notfallsituationen bei psychotischen Depressionen sollte eine Elektrokonvulsionstherapie angeboten werden.	↑

Potenziell lebensbedrohliche Notfallsituationen bei Patient*innen mit psychotischer Depression reichen von Nahrungsverweigerung über depressiven Stupor bis hin zu akuter Suizidalität oder Fremdgefährdung. Da die Evidenz auf eine überdurchschnittliche Effektivität von EKT bei psychotischen Symptomen hindeutet, spricht die Leitliniengruppe eine spezifische Empfehlung dafür aus. Der Empfehlungsgrad ist abgeschwächt, weil die Aussagesicherheit (Evidenzqualität) sehr niedrig, die Umsetzung aufwändig und in der Versorgungspraxis aufgrund der begrenzten regionalen Verfügbarkeit nur eingeschränkt möglich ist.

Zur Diagnostik psychotischer Depressionen siehe Kapitel 2.3.1 Erfassung von Haupt- und Zusatzsymptomen depressiver Episoden und Tabelle 10; zur Behandlung außerhalb von Notfallsituation siehe Kapitel 5.4 Psychotische Depression.

12.6.4 Pharmakogene Notfälle

Siehe [Langfassung](#)

12.6.5 Autodestruktives Verhalten

Siehe [Langfassung](#)

12.6.6 Notfälle im Zusammenhang mit Suchterkrankungen

Siehe Kapitel 11 Komorbidität und dortige Verweise auf spezifische Leitlinien.

13 Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe

Dieses Kapitel adressiert komplexe Interventionen und Angebote im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe, die neben Angeboten zur medizinischen Rehabilitation auch die Förderung der sozialen Teilhabe und der Teilhabe am Arbeitsleben und an Bildung beinhalten. Für Empfehlungen und Evidenz zu Einzel-Interventionen siehe Kapitel 9 Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen.

13.1 Versorgungssituation in Deutschland

Siehe [Langfassung](#)

Abbildung 14: Strukturen von Rehabilitation und Teilhabe bei psychischen Erkrankungen



Medizinische Rehabilitation

- medizinische Leistungen (ärztliche Versorgung, Psychotherapie)
- psychosoziale Angebote
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“)

Anbieter: Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK), ambulante Ergotherapie

Antragstellung über GKV/PKV, GRV, GUV, JH, EH, SEr ...



Teilhabe Arbeit und Bildung

- berufs- und arbeitsplatzbezogene Maßnahmen (Arbeits-erprobung, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung, berufliche Ausbildung, Arbeitsplatzanpassung, Unterstützte Beschäftigung, Arbeitsassistent, Hilfsmittel ...)
- psychosoziale Angebote (Aktivierung, Förderung der sozialen Kompetenz, Training lebenspraktischer und motorischer Fähigkeiten ...)
- Hilfen zur Schulbildung bzw. schulischen Aus- und Weiterbildung

Anbieter: ambulante Ergotherapie, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK), medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Berufsbildungswerk (BBW), Berufsförderungswerke (BFW), Berufliche Trainingszentren (BTZ), Integrationsfachdienste, Inklusionsbetriebe, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Zuverdienstprojekte (in therapeutischen Tagesstätten), arbeitsbezogene Dienstleistungsunternehmen¹

Antragstellung über GRV, GUV, BA, JH, EH, SEr, IÄ



Soziale Teilhabe

- Leistungen für Wohnraum (z. B. Hilfen bei der Beschaffung einer Wohnung)
- niedrigschwellige Beschäftigungsangebote, Begegnungsmöglichkeiten
- Assistenzleistungen (Haushaltsführung, Gestaltung sozialer Beziehungen, Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben ...)
- Leistungen zur Förderung der Verständigung
- Leistungen zur Mobilität

Anbieter: ambulante Soziotherapie, Tagesstätten, ambulantes betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften, Wohnformen mit Heimcharakter (z. B. Übergangseinrichtungen, sozio-therapeutische Wohnheime), Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienste

Antragstellung über GUV, JH, EH, SEr



Ergänzende Leistungen

- unterhaltssichernde Leistungen (Krankengeld, Erwerbsminderungsrente, Übergangsgeld, Grundsicherung ...)
- begleitende Hilfen im Lebensumfeld (Pflegedienste, Haushalts- und Betriebshilfe, Kinderbetreuung, Mahlzeitendienst ...)
- Rehabilitationssport, Funktionstraining
- Angebote der Selbsthilfe für Betroffene und/oder Angehörige

Anbieter: Sozialleistungsträger, Freie Wohlfahrtspflege, Kommunale Einrichtungen, Vereine ...

Antragstellung über GKV/PKV, GRV, GUV, BA, SEr, JH, GPV ...



Information und Beratung

- Information über und Beratung zur Auswahl von Angeboten und Anbietern
- Ermittlung der zuständigen Kostenträger
- Unterstützung bei der Antragstellung

Anbieter: regional verschieden, z. B. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) www.teilhabeberatung.de; Rehabilitationsberatungsdienst www.deutscherentenversicherung.de; Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe www.ansprechstellen.de; Kliniksozialdienste; Sozialpsychiatrische Dienste; Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen; Beratungsstellen von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege (AWO, Caritas, DRK, Diakonie, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband u. a.); Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK), Inklusionsämter; Integrationsfachdienste

keine Antragsstellung nötig, in der Regel kostenfreie Nutzung durch Patient*innen, Angehörige und Versorgende möglich

Die Abbildung dient der grundsätzlichen Orientierung und bietet keine vollständige Darstellung aller Angebote, Anbieter und Kostenträger.

BA Bundesagentur für Arbeit (SGB III); EH Träger der Eingliederungshilfe; GKV/PKV Gesetzliche/Private Krankenversicherung (SGB V); GPV Gesetzliche Pflegeversicherung; GRV Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI); GUV Gesetzliche Unfallversicherung; IÄ Integrationsämter (SGB IX); JH Träger der öffentlichen Jugendhilfe; SEr Träger des Sozialen Entschädigungsrechts (z. B. Kriegssopfer, Soldaten*innen)

¹ Unternehmen, die im Auftrag des Inklusionsamtes z. B. ein Jobcoaching durchführen.

13.2 Medizinische Rehabilitation

13.2.1 Indikationen für eine stationäre Rehabilitation


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>13-1 neu 2022</p> <p>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.</p>	

Tabelle 43: Indikationen und Ausschlusskriterien für eine stationäre Rehabilitation bei depressiven Störungen

Indikationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (drohende) erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ▪ (drohender) Verlust der Fähigkeit zur selbstbestimmten und selbstständigen Lebensführung ▪ (drohende) Teilhabebeeinträchtigungen <p>bei vorhandener Rehabilitationsfähigkeit (Motivation/Motivierbarkeit, Belastbarkeit) und positiver Rehabilitationsprognose</p>
Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> ▪ akute Selbst- oder Fremdgefährdung ▪ unzureichende Belastbarkeit für die Rehabilitationsbehandlung, z. B. wegen <ul style="list-style-type: none"> ▫ ausgeprägter Selbststeuerungsunfähigkeit ▫ primär substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen (ggf. mit Indikation für eine qualifizierte Entzugsbehandlung) ▫ ausgeprägter kognitiver Einschränkungen (z. B. Demenz) ▫ schwerer akuter somatischer Erkrankungen ▫ ausgeprägter Psychopathologie, z. B. wahnhafte Symptomatik

Eine medizinische Rehabilitation erfolgt nicht in erster Linie diagnoseorientiert (ICD), sondern orientiert sich an psychosozialen Aspekten und den Konsequenzen der Erkrankung (bio-psycho-soziales Modell, ICF). Somit ist das Ziel rehabilitativer Maßnahmen nicht die Besserung oder Heilung der Erkrankung, sondern die Verbesserung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf. Entsprechend besteht die Indikation für eine psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation bei depressiven Störungen dann, wenn die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben gefährdet oder beeinträchtigt ist und ein Verlust der selbstständigen Lebensführung droht. Die in Tabelle 43 aufgeführten Indikationen und Ausschlusskriterien konkretisieren konsensbasiert die allgemeinen sozialrechtlichen Vorgaben für Patient*innen mit depressiven Störungen.

Die Indikation für eine medizinische Rehabilitation setzt zwar eine in der Wahl der Methoden und deren Dauer adäquate Akutbehandlung voraus, was auch psychosoziale Interventionen und unterstützende Maßnahmen umfassen kann. Wie und wie lange eine Akutbehandlung erfolgt ist und/oder ob weiterhin akuter Behandlungsbedarf besteht, sind jedoch keine Kriterien im Sinne einer Rehafähigkeit oder -unfähigkeit.

Elemente der medizinischen Rehabilitation und Abgrenzung von der Akutbehandlung

Siehe Langfassung

13.2.2 Ambulante medizinische Rehabilitation

Siehe Langfassung

13.2.3 Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation

Siehe Langfassung

13.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe an Bildung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>13-2 neu 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑↑</p>
<p>13-3 neu 2022</p> <p>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.</p>	<p>↑↑</p>

Erwerbstätigkeit wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus. Eine fehlende Erwerbstätigkeit ist hingegen bei depressiven Störungen ein negativer Prognosefaktor.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, berufliche Rehabilitation) und Bildung sind aufgrund der Vielfalt der Anbieter und Leistungen für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen nur schwer zu überschauen. Hinzu kommt, dass der Zugang zu diesen Angeboten wegen der sozialrechtlichen Segmentierung und den damit verbundenen unterschiedlichen Kostenträgern sehr heterogen ist. Daher empfiehlt die Leitliniengruppe konsensbasiert die grundsätzliche Berücksichtigung dieser Angebote im Gesamtbehandlungsprozess, die Einbeziehung spezifischer Beratungsangebote (Abbildung 14) und die Unterstützung von Patient*innen beim Antragsverfahren durch die Beratungseinrichtungen.

Da eine erfolgreiche berufliche (Re-)Integration unwahrscheinlicher wird, je länger die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen andauert, sollen sie deshalb frühestmöglich ansetzen und nicht erst, wenn die Erwerbsminderung bereits eingetreten ist.

Welche Leistungen und welche Kostenträger im individuellen Fall infrage kommen, dazu können spezialisierte Beratungsstellen (Abbildung 14; z. B. www.teilhabeberatung.de) Auskunft geben. Gemäß Bundesteilhabegesetz [25] sind außerdem alle Rehabilitationsträger, die Pflegeversicherung sowie Jobcenter und Integrationsämter verpflichtet, trägerspezifische Ansprechstellen zur Vermittlung von Informationsangeboten zu benennen (§ 12 SGB IX). So soll bei der frühzeitigen Bedarfserkennung unterstützt und auf eine Antragstellung hingewirkt werden.

Abbildung 15: Zuständigkeiten der Kostenträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Siehe Langfassung

13.4 Soziale Teilhabe

Siehe Langfassung

14 Versorgungskoordination

14.1 Versorgungsstrukturen in Deutschland

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>14-1 neu 2022</p> <p>Alle an der Versorgung von Patient*innen mit depressiven Störungen beteiligten Professionen sollen sich über die jeweilige regionale Versorgungslandschaft kundig machen.</p>	<p>↑↑</p>

Die konsensbasierte Empfehlung zielt auf eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und eine Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen. Dies ist aber nur möglich, wenn den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen diese Möglichkeiten hinreichend bekannt sind. Da die Strukturen regional sehr heterogen sind (Abbildung 14, Abbildung 16), empfiehlt die Leitliniengruppe, sich entsprechend zu informieren, um dann individuelle Netzwerke für die kleinräumige Zusammenarbeit zu bilden.

Abbildung 16: Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Leistungen und Anbieter

Abbildung 16: Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Leistungen und Anbieter

Behandlung

- Hausärztliche Versorgung¹
- Spezialfachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung²
- Psychotherapeutische Versorgung durch Psychotherapeut*innen
- Ergotherapie, Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Soziotherapie
- Physiotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie
- Kunst- und Musiktherapie³
- Strukturierte, komplexe und aufsuchende Versorgungsformen (Psychiatrische/Psychosomatische Institutsambulanzen; Psychiatrische häusliche Krankenpflege; integrierte Versorgung⁴; multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams⁴; stationsäquivalente psychiatrische Behandlung⁵; DMP Depression⁶; Ambulante Komplexbehandlung in multiprofessionellen Netzverbänden^{6,7})

Anbieter:

- ambulante Versorgung: Praxen, Psychiatrische/Psychosomatische Instituts- und Hochschulambulanzen
- (teil-)stationäre Versorgung: Fachkliniken, Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern

Beratung und Begleitung

- Information über und Unterstützung bei der Beantragung und Vermittlung von Leistungen
- niedrigintensive Leistungen (Psychoedukation, Aktivierung, Beratung, Peer-Counseling ...)

Anbieter: Sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, Beratungsstellen für Rehabilitation und Teilhabe, Angebote der Selbsthilfe für Betroffene und/oder Angehörige, Genesungsbegleiter*innen, Apotheken

Rehabilitation und Teilhabe

- Medizinische Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur sozialen Teilhabe
- Leistungen zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien
- Spezielle Leistungen der Suchthilfe

Details siehe Abbildung „Strukturen von Rehabilitation und Teilhabe“

Die Abbildung dient der grundsätzlichen Orientierung und stellt keine vollständige Darstellung aller Angebote, Anbieter und Kostenträger dar. ¹ FÄ für Allgemeinmedizin (mit obligatorischer Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung); FÄ für Innere Medizin sowie weitere historische Fachbezeichnungen; ² FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzt*innen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse sowie weitere historische Fachbezeichnungen; ³ nur im stationären Kontext verfügbar; ⁴ nicht in allen Regionen und/oder bei allen Krankenkassen verfügbar; ⁵nach § 115d, SGB V; ⁶ zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der NVL noch nicht umgesetzt/verfügbar; ⁷ KSV-Psych-RLi nach § 92 Abs. 6b SGB V

14.2 Ambulante Versorgungskoordination und Überweisungsindikationen

14.2.1 Hausärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>14-2 neu 2022</p> <p>In der Versorgung von Patient*innen mit depressiven Störungen soll eine interdisziplinäre Abstimmung bzw. eine Überweisung zur Konsiliar-, Mit- oder Weiterbehandlung entsprechend geprüft werden bzw. erfolgen.</p>	

Die konsensbasierte Empfehlung zielt auf eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und eine Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen.

Tabelle 44: Indikationen für eine interdisziplinäre Abstimmung bzw. Überweisung zur Konsiliar-, Mit- oder Weiterbehandlung im Zusammenhang mit depressiven Störungen

Klinische Situation	Überweisung*
bisher ausschließlich hausärztliche Versorgung und <ul style="list-style-type: none"> schwere/rezidivierende/chronische Symptomatik komorbide andere psychische Störung ausbleibende Besserung unter niedrigintensiven gesprächsbasierenden Interventionen und/oder Antidepressiva (spätestens nach 6 Wochen) 	Psychiatrie ¹ /Psychotherapie ^{1,2} /Psychosomatik ¹
<ul style="list-style-type: none"> bisher ausschließlich hausärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung und schlechte Verträglichkeit der Antidepressiva 	Psychiatrie ¹ /Psychotherapie ¹ /Psychosomatik ¹
<ul style="list-style-type: none"> bisher ausschließlich hausärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung und Behandlung mit Antidepressiva und geplante/bestehende Schwangerschaft 	Psychiatrie ¹ /Psychotherapie ¹ /Psychosomatik ¹ ; Gynäkologie/Geburtshilfe
<ul style="list-style-type: none"> bisher ausschließlich hausärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung und psychotische Symptomatik 	Psychiatrie ¹
Klinische Situation	Überweisung*/interdisziplinäre Abstimmung
bisher ausschließlich hausärztliche Versorgung und <ul style="list-style-type: none"> Vorliegen von Risikofaktoren für Chronifizierung oder Verschlechterung längerfristige AU erwogen (> 6 Wochen) Bedarf einer ergänzenden psychodiagnostischen bzw. testpsychologischen Abklärung, unklare psychiatrische Differentialdiagnostik (z. B. V. a. bipolare oder komorbide psychische Störungen) 	Psychiatrie ¹ /Psychotherapie ^{1,2} /Psychosomatik ¹ ; ggf. Soziotherapie
medikamentöse Behandlung und ausbleibende Besserung	ggf. Psychiatrie ¹ /Psychotherapie ¹ /Psychosomatik ¹ ; ggf. klinische Pharmazie ³ ; ggf. Soziotherapie
psychotherapeutische Behandlung und ausbleibende Besserung	ggf. Psychiatrie ¹ /andere Psychotherapie ^{1,2} /Psychosomatik ¹ ; ggf. Soziotherapie
schwere somatische Komorbidität (z. B. Priorisierung bzw. Abstimmung von Medikation)	jeweiliges Fachgebiet; Psychiatrie ¹ /Psychotherapie ¹ /Psychosomatik ¹
Multimorbidität, Multimedikation	betreffende Fachgebiete; Geriatrie, Gerontopsychiatrie/Psychiatrie; ggf. Apotheke/klinische Pharmazie ³
bestehende Indikation für niedrigintensive Maßnahmen, z. B. behavioral activation	ggf. Ergotherapie, Soziotherapie
Prüfung und Durchführung arbeitsplatzbezogener Maßnahmen (z. B. Erprobung der Belastbarkeit)	Ergotherapie
drohende Erwerbsminderung, Teilhabebeeinträchtigungen	Beratungseinrichtungen für Teilhabeleistungen
bei pflegerisch betreuten Patient*innen	
<ul style="list-style-type: none"> Abstimmung zwecks Arzneimitteltherapiesicherheit Abstimmung bezüglich Monitoring Benennen von Ansprechpartnern Vereinbaren eines Notfallplans 	psychiatrische Fachpflege, ambulante Pflegedienste, stationäre Einrichtungen der Altenpflege
* Überweisung zur Konsiliar-, Mit- oder Weiterbehandlung	
¹ FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FÄ für Nervenheilkunde, FÄ für Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzt*innen), FÄ für Psychotherapeutische Medizin sowie FÄ für Psychiatrie	
² Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (bei Behandlung von Patient*innen > 18 J.)	
³ für Medikationsanalyse zwecks Ursachensuche bei Nichtansprechen und/oder zwecks Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	

14.2.2 Apothekerische Versorgung

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>14-3 neu 2022</p> <p>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.</p>	

In der empirischen Evidenz fanden sich für die Einbindung von Apotheker*innen in spezielle Versorgungsprogramme keine Effekte auf patientenrelevante Endpunkte. Die Leitliniengruppe sieht aber insbesondere für Patient*innen, die ein und dieselbe Apotheke häufig aufsuchen, die Chance, dass entsprechend sensibilisierte Apotheker*innen Hinweise auf depressive Störungen und Krisen wahrnehmen und die Patient*innen dazu anhalten können, sich behandeln zu lassen, um einer Chronifizierung oder einer suizidalen Eskalation vorzubeugen.

Tabelle 45: Aufgabenbereiche von Apotheker*innen bei Patient*innen mit depressiven Störungen

Siehe Langfassung

14.3 Koordination der sektorenübergreifenden Versorgung

Zur Koordination mit stationären rehabilitativen Angeboten siehe Kapitel 13.2 Medizinische Rehabilitation.

14.3.1 Einweisungskriterien für eine stationäre Versorgung


Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>14-4 neu 2022</p> <p>Eine stationäre Einweisung soll entsprechend den in Tabelle 46 aufgeführten Indikationen geprüft oder im Notfall veranlasst werden.</p>	

Tabelle 46: Indikationen für eine stationäre Einweisung

<p>Notfallindikation^{1,2,3}</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ akute Selbst- oder Fremdgefährdung ▪ depressiver Stupor
<p>Einweisung prüfen⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wenn nach einem Suizidversuch medizinische Versorgung notwendig ist ▪ wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität nicht möglich ist ▪ wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt ▪ bei Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien ▪ bei der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung ▪ bei so schweren Krankheitsbildern, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen ▪ bei hochgradiger Agitiertheit ▪ bei ausgeprägten psychotischen Symptomen ▪ bei drohender depressionsbedingter Isolation, Verwahrlosung und anderen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren ▪ bei den Therapieerfolg massiv behindernden äußeren Lebensumständen (z. B. durch Milieuänderung) ▪ bei komorbiden Suchterkrankungen ▪ bei Dekompensation einer komorbiden somatischen Erkrankung infolge der Depression
<p>¹ siehe auch Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen</p> <p>² Fehlen bei Vorliegen einer Notfallindikation sowohl Bereitschaft zur stationären Aufnahme als auch Absprachefähigkeit, kann bzw. muss eine stationäre Einweisung gegen den Willen der Patient*innen erfolgen (vgl. Kapitel 12.1.3 Klärung des Behandlungssettings, Einweisungskriterien).</p> <p>³ in der Regel Einweisung in psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen</p> <p>⁴ Einweisung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in entsprechende Fachkrankenhäuser, Universitätsabteilungen oder entsprechende Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern</p>

Neben eindeutigen Notfallindikationen, die mit akuter Lebensgefahr einhergehen, existieren weitere Indikationen, bei denen eine stationäre Behandlung hilfreich sein kann, aber nicht zwingend notwendig ist. Dies ist immer dann der Fall, wenn eine ambulante Behandlung nicht die in der individuellen Situation erforderliche multidisziplinäre und engmaschige Betreuung gewährleisten kann, um eine (weitere) Dekompensation hin zur Notfallsituation zu verhindern. Aber auch schwerwiegende psychosoziale Faktoren können Anlass sein, eine stationäre Einweisung zu prüfen, beispielsweise wenn die äußeren Lebensumstände (z. B. massive familiäre Konflikte, häusliche Gewalt, drohender Verlust von Arbeitsplatz oder Wohnung) eine weitere psychische Destabilisierung zur Folge haben und den Erfolg einer ambulanten Behandlung massiv behindern oder wenn die Gefahr einer depressionsbedingten Isolation besteht.

Zum psychiatrischen Notfall siehe Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen.

14.3.2 Entlassmanagement



Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>14-5 neu 2022</p> <p>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.</p>	

Tabelle 47: Maßnahmen bei Entlassung von Patient*innen mit depressiven Störungen aus akutstationärer Behandlung

<p>bei allen Patient*innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> frühzeitiger Einbezug der Angehörigen und ggf. der Pflegeeinrichtung, das Einverständnis der Patient*innen vorausgesetzt Aushändigung eines vollständigen Berichtes inkl. detailliertem Behandlungsvorschlags zur Dosierung (Auftitration, Ausschleichen) der verschriebenen Medikamente, möglichst per bundeseinheitlichem Medikationsplan; ggf. Hinweis auf eine „off label“-Behandlung mit Begründung und mit Hinweis auf die sich daraus für die ambulante Behandlung ergebenden Konsequenzen Kommunikation mit weiterbehandelnden Hausärzt*innen und/oder Psychiater*innen und Vereinbarung fester Termine innerhalb einer Woche zur ambulanten Nachkontrolle und für Folgeverschreibungen und ggf. weiterer Krankschreibungen Kommunikation mit weiterbehandelnden Psychotherapeut*innen zwecks Übergang zu ambulanter Richtlinien-therapie, ggf. Durchführung probatorischer Sitzungen bereits während des stationären Aufenthalts Vereinbarung und Aushändigung eines konkreten Aktions- und Notfallplans für die Patient*innen (siehe Kapitel 12 Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen); Beratung bezüglich in der Region bestehender Selbsthilfe-Angebote bzw. örtlicher Selbsthilfe-Kontaktstellen <p>ggf. prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verordnung und/oder Mitgabe von Arzneimitteln für einen Übergangszeitraum¹ Verordnung von Heilmitteln (z. B. Ergotherapie) oder Soziotherapie für einen Übergangszeitraum² Verordnung von (psychiatrischer) häuslicher Krankenpflege für einen Übergangszeitraum² Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit für einen Übergangszeitraum² Prüfung der Einbindung der Patient*innen in ein strukturiertes Programm oder in komplexe Versorgungsformen, ggf. Initiierung der Einschreibung Planung aufsuchender Versorgungsformen, wenn die Patient*innen nicht in der Lage sind, eine ambulante Behandlung wahrzunehmen Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe (z. B. Wiedereingliederungsmaßnahmen) <p>Die Tabelle konkretisiert und ergänzt das gesetzlich vorgeschriebene Entlassmanagement (§39 GBA Richtlinie) für Patient*innen mit depressiven Störungen.</p> <p>¹ Verordnung der kleinsten Packungsgröße; Mitgabe vor Wochenenden/Feiertagen; detaillierte Regelungen siehe Arzneimittel-Richtlinie [26]</p> <p>² in der Regel bis zu 7 Kalendertage; detaillierte Regelungen siehe jeweilige Richtlinien [27–30]</p>
--

Patient*innen, die wegen depressiver Störungen stationär betreut wurden, sind in der Zeit nach der Entlassung besonders vulnerabel bezüglich Rückfällen und Suizidalität. Daher ist eine lückenlose Weiterbetreuung wichtig. Die Empfehlung zielt auf eine Verbesserung von Problemen, die sich an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ergeben. Die in Tabelle 47 aufgeführten Maßnahmen konkretisieren und ergänzen dazu das gesetzlich vorgeschriebene Entlassmanagement (§39 GBA Richtlinie) für Patient*innen mit depressiven Störungen.

14.4 Strukturierte und komplexe Versorgungsformen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>14-6 neu 2022 Insbesondere Patient*innen mit mittelgradiger oder schwerer Symptomatik und ≥ 1 Jahr Erkrankungsdauer soll eine der Indikation angemessene multiprofessionelle, strukturierte und koordinierte Versorgung angeboten werden.</p>	

Internationale und nationale Studien zeigen bei kleinen Effektstärken und niedriger Evidenzqualität, aber konsistent die Effektivität strukturierter und komplexer Versorgungsformen bei depressiven Störungen, und zwar weitgehend unabhängig vom Schweregrad, von einer Chronifizierung und vom Vorliegen von Komorbidität. Eine Einbindung aller Patient*innen mit depressiven Störungen erscheint der Leitliniengruppe weder aus klinischer Sicht geboten, noch in der Versorgungsrealität in Deutschland umsetzbar. Daher schränkt die Leitliniengruppe in Abwägung von zu erwartendem Nutzen und gesundheitsökonomischem wie zeitlichem Aufwand die Empfehlung auf Patient*innen mit mindestens einem Jahr Erkrankungsdauer und mindestens mittlerem Schweregrad ein.

Je nach Schwere der depressiven Symptomatik und Grad der Einschränkungen von Funktionsfähigkeit und Teilhabe erscheinen unterschiedlich intensive Modelle adäquat, beginnend mit ambulanten strukturierten Programmen über eine sektorübergreifende Versorgung bis hin zu aufsuchenden Formen für schwer psychisch kranke Menschen (Tabelle 48).

Tabelle 48: Indikation und Inhalte komplexer Versorgungsformen für depressive Störungen in Deutschland

	DMP Depression	Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen	ambulante Komplexbehandlung	stationsäquivalente Leistungen	IV-Verträge
Rechtsgrundlagen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disease Management Programm der Gesetzlichen Krankenkassen nach § 137f Abs. 2 SGB V ▪ G-BA DMP-A-RL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulante Krankenhausleistungen nach § 118 SGB V ▪ PIA/PsIA-Vereinbarung ▪ Selektivverträge mit Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiprofessionelle Netzverbände aus Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach § 92 Abs. 6b SGB V ▪ KSV-Psych-RL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) nach § 115d, SGB V ▪ PsychVVG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selektivverträge der integrierten Versorgung nach § 140a–d SGB V
Indikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mittelgradige oder schwere Symptomatik ▪ ≥ 1 Jahr Erkrankungsdauer oder min 3. akute Episode (2. Rezidiv/Rückfall) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung (F0–F6; PsIA: F3–F6) ▪ Behandlung in ambulanter Praxis nicht möglich/ausreichend aufgrund Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung (F1–F9) ▪ GAF-Wert ≤ 50 ▪ Behandlungsbedarf durch mindestens zwei verschiedene Berufsgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung ▪ Therapieziele lassen sich im häuslichen Umfeld besser erreichen ▪ Zustimmung durch die Haushaltsmitglieder ▪ Möglichkeit der ungestörten Behandlung gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ heterogen je nach Krankenkasse
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallmanager*in (in der Regel Hausärzt*innen) ▪ Vorgaben zur Überweisung und Kommunikation mit FÄ für Psychiatrie und Psychotherapeut*innen ▪ strukturiertes Monitoring ▪ (digitale) Patientenschulungen ▪ Vorgaben zur Veranlassung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ▪ Dokumentationspflicht, Qualitätssicherung ▪ nicht sektorübergreifend (außer: definierte Einweisungskriterien) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ multimodale und multiprofessionelle Behandlung: fachärztliche + psychotherapeutische + spezialtherapeutische (Ergotherapie u. a.) + sozialpädagogische Angebote, pflegerische Leistungen ▪ Diagnostik und Behandlungsplanung ▪ psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapien ▪ medikamentöse Einstellung und Monitoring ▪ Sozialberatung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in ▪ Koordination der Leistungen durch nicht-ärztliches Personal auf Veranlassung der/des Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in ▪ Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans inkl. Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe ▪ Kooperation mit ≥ 1 Leistungserbringer*in der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege, Soziotherapie oder Ergotherapie ▪ sektorübergreifend: Kooperation mit ≥ 1 psychiatrischen Krankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ StäB-Team: ärztlicher + pflegerischer Dienst + ≥ 1 Vertreter einer weiteren Berufsgruppe ▪ Behandlung im Lebensumfeld (aufsuchende Versorgung) ▪ ≥ 1 persönlicher Kontakt/Tag; 7 Tage/Woche ▪ 24 Std. klinische Therapieverantwortung, jederzeit stationäre Aufnahme möglich ▪ wöchentlich multiprofessionelle Fallbesprechung, Visite ▪ keine Koordination mit anschließender ambulanter Versorgung, Teile der StäB an ambulante Leistungserbringer delegierbar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ heterogen, je nach Programm ▪ häufig nicht-ärztliches Fallmanagement und fehlende Einbindung hausärztliche/ambulante psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung
Teilnahme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschreibung durch Hausärzt*innen und Krankenkassen, im Ausnahmefall durch FÄ für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik oder spezialisierte Zentren ▪ nicht durch Psychotherapeut*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überweisung durch FÄ für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik ▪ direkte Überleitung nach stationärer Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zugang über FÄ oder Psychotherapeut*innen des Netzverbands 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zugang über die teilnehmenden Kliniken oder durch Einweisung durch niedergelassene Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschreibung durch Kliniken und Krankenkassen
Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ flächendeckend geplant, Stand 2021 aber noch nicht umgesetzt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ abhängig von regionaler Verfügbarkeit ▪ PsIA seit 2019 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Start für 2022 erwartet ▪ abhängig von regionaler Verfügbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ abhängig von regionaler Verfügbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht für jede Krankenkasse/in jedem Bundesland verfügbar

15 Forschungsbedarf

Siehe Langfassung

Anhänge

- Anhang 1 Schwellenwerte bei psychometrischen Testverfahren
Siehe Langfassung
- Anhang 2 Ankerbasierte Referenzwerte zur minimalen klinischen relevanten Differenz (MCID) psychometrischer Testverfahren
Siehe Langfassung
- Anhang 3 Empfehlungen zu Dosierung, Plasmaspiegel und Monitoring (TDM) bei medikamentöser Therapie der unipolaren Depression
Siehe Langfassung
- Anhang 4 Antidepressiva: Neben- und Wechselwirkungen, Kontraindikationen
Siehe Langfassung

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einstufung von Leitlinien-Empfehlungen in Empfehlungsgrade (Grades of Recommendation), modifiziert nach [1,2]	6
Tabelle 2:	Risikofaktoren für das Auftreten depressiver Störungen	7
Tabelle 3:	Risikofaktoren für Rückfälle/Rezidive	7
Tabelle 4:	Prädiktoren eines ungünstigen Ansprechens bzw. Nichtansprechens bei depressiven Störungen	7
Tabelle 5:	Prädiktoren eines chronischen Verlaufs depressiver Störungen	7
Tabelle 6:	Wichtige Risikofaktoren für eine depressive Störung	9
Tabelle 7:	Beschwerden und Merkmale, die auf eine depressive Störung hinweisen	10
Tabelle 8:	Haupt- und Zusatzsymptome depressiver Episoden nach ICD mit Beispielfragen	11
Tabelle 9:	Somatische Symptome bei depressiven Episoden	12
Tabelle 10:	Psychotische Symptome bei depressiven Episoden	12
Tabelle 11:	Symptome (hypo-)manischer Episoden und Beispielfrage zur Differentialdiagnostik (mod. nach [9])	14
Tabelle 12:	Anhaltspunkte zur Abgrenzung depressiver Anpassungsstörungen von depressiven Störungen	14
Tabelle 13:	Anhaltspunkte („Red Flags“) für das Vorliegen einer organischen affektiven Störung	15
Tabelle 14:	Beispiele zu Screeningfragen zur Erfassung psychischer Komorbidität	16
Tabelle 15:	Beispielfragen zur Erfassung von Aktivität und Teilhabe nach ICF	16
Tabelle 16:	Beispielfragen zur Erfassung von Kontextfaktoren nach ICF	16
Tabelle 17:	Beispielfragen zur Erfassung von Suizidalität (mod. nach [10])	17
Tabelle 18:	Psychometrische Tests zur Diagnostik und Wirkungsprüfung depressiver Störungen (Auswahl)	18
Tabelle 19:	Behandlungsziele und messbare Endpunkte bei depressiven Störungen (unter Berücksichtigung von [11])	19
Tabelle 20:	Definition von Symptomveränderungen	19
Tabelle 21:	Einstufung des Therapieerfolgs bei Symptomskalen	19
Tabelle 22:	Beispiele individueller Therapieziele für Patient*innen mit depressiven Störungen	20
Tabelle 23:	Risikokommunikation (modifiziert nach: [12])	21
Tabelle 24:	Adhärenz-Barrieren auf Seite der Patient*innen und mögliche Lösungsansätze	22
Tabelle 25:	Adhärenz-Barrieren auf Seite der Behandelnden und mögliche Lösungsansätze	22
Tabelle 26:	Mögliche Inhalte psychoedukativer Schulungen für Patient*innen mit depressiven Störungen	23
Tabelle 27:	Auswahlkriterien für Antidepressiva	25
Tabelle 28:	Empfohlene Verlaufskontrollen unter Antidepressiva (außer TZA) (mod. nach [17])	29
Tabelle 29:	Empfohlene Verlaufskontrollen unter Trizyklischen Antidepressiva (mod. nach [17])	29
Tabelle 30:	Empfohlene Verlaufskontrollen unter Lithium (mod. nach [17])	30
Tabelle 31:	Charakteristika des Antidepressiva-Absetzsyndroms (mod. nach [18])	31
Tabelle 32:	Risiko für Antidepressiva-Absetzsyndrome (mod. nach [18])	33
Tabelle 33:	Verfahrensübergreifende Wirkfaktoren bei depressiven Störungen	34
Tabelle 34:	Verfahrensübergreifende Einflussfaktoren bei depressiven Störungen	34

Tabelle 35:	Bereiche negativer Nebenwirkungen von Psychotherapie	34
Tabelle 36:	Kriterien für die Beendigung einer Psychotherapie.....	36
Tabelle 37:	Hinweise zur praktischen Durchführung des Therapeutischen Medikamentenmonitorings (TDM)	52
Tabelle 38:	Mögliche Ursachen für Nichtansprechen einer Psychotherapie	57
Tabelle 39:	Exemplarische Kriterien für oder gegen Krankschreibungen bei unipolaren Depressionen.....	66
Tabelle 40:	Wesentliche Merkmale des Gesprächs- und Beziehungsangebots an suizidale Patient*innen	68
Tabelle 41:	Graduelle Ausprägungen von Suizidalität (mod. nach [21]).....	68
Tabelle 42:	Risikofaktoren und protektive Faktoren bei Suizidalität	69
Tabelle 43:	Indikationen und Ausschlusskriterien für eine stationäre Rehabilitation bei depressiven Störungen	77
Tabelle 44:	Indikationen für eine interdisziplinäre Abstimmung bzw. Überweisung zur Konsiliar-, Mit- oder Weiterbehandlung im Zusammenhang mit depressiven Störungen	80
Tabelle 45:	Aufgabenbereiche von Apotheker*innen bei Patient*innen mit depressiven Störungen	81
Tabelle 46:	Indikationen für eine stationäre Einweisung	81
Tabelle 47:	Maßnahmen bei Entlassung von Patient*innen mit depressiven Störungen aus akutstationärer Behandlung	82
Tabelle 48:	Indikation und Inhalte komplexer Versorgungsformen für depressive Störungen in Deutschland	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Verläufe unipolarer depressiver Störungen	7
Abbildung 2:	Diagnostischer Prozess depressiver Störungen	8
Abbildung 3:	Bestimmen des Schweregrades depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien.....	13
Abbildung 4:	Bestimmen des Schweregrades depressiver Episoden nach ICD-11-Kriterien.....	13
Abbildung 5:	Verlaufsaspekte depressiver Episoden nach ICD.....	14
Abbildung 6:	Modell der Erkrankungs- und Behandlungsphasen	18
Abbildung 7:	Einordnung von Ressourcen und Defiziten in das bio-psycho-soziale Modell der ICF am Fallbeispiel depressiver Störungen.....	20
Abbildung 8:	Prozessschritte zur Umsetzung von partizipativer Entscheidungsfindung (mod. nach [13,14])	21
Abbildung 9:	Zeitlicher Ablauf des Beginns einer antidepressiven Pharmakotherapie	26
Abbildung 10:	Akuttherapie leichtgradiger depressiver Störungen	37
Abbildung 11:	Akuttherapie mittelgradiger und schwerer depressiver Störungen	38
Abbildung 12:	Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie	50
Abbildung 13:	Vorgehen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie	56
Abbildung 14:	Strukturen von Rehabilitation und Teilhabe bei psychischen Erkrankungen	76
Abbildung 15:	Zuständigkeiten der Kostenträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	78
Abbildung 16:	Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Leistungen und Anbieter.....	79

Abkürzungsverzeichnis

Siehe Langfassung

Patientenblätter

Die NVL Unipolare Depression stellt für spezifische Entscheidungs- oder Informationssituationen evidenzbasierte Materialien in allgemeinverständlicher Sprache bereit. Diese auf den Empfehlungen der NVL beruhenden Patientenblätter sollen die behandelnden Ärzte in der Beratung der Patient*innen unterstützen und so zur gemeinsamen Entscheidungsfindung beitragen:

- Wie erkenne ich eine Depression?
- Welche Behandlung ist für mich geeignet?
- Was bringen mir Sport und Bewegung?
- Ist eine Krankschreibung für mich sinnvoll?
- Hilft Johanniskraut gegen Depressionen?
- Psychotherapie und Antidepressiva: Was sind Vor- und Nachteile?
- Psychotherapie – Welche Verfahren gibt es?
- Antidepressiva – Was sollte ich wissen?
- Antidepressiva – Hilft ein genetischer Test das richtige Mittel zu finden?
- Antidepressiva – Was tun, wenn ein Antidepressivum nicht wirkt?
- Antidepressiva – Was ist beim Absetzen zu beachten?
- Sind Benzodiazepine bei einer Depression ratsam?
- Sind Zauberpilze, Cannabis oder Lachgas sinnvoll?
- Was passiert bei einer Elektrokonvulsions-Therapie?
- Was ist eine repetitive Transkranielle Magnetstimulation?
- Wo finde ich Hilfe?
- Was sollten Angehörige wissen?

Die Patientenblätter sind abrufbar unter www.leitlinien.de/themen/depression/patientenblaetter sowie per Direktlink zu den einzelnen Patientenblättern über die Abbildungen auf den folgenden Seiten (es erfolgt eine Weiterleitung auf unsere Seite www.patienten-information.de).

Impressum

HERAUSGEBER

- Bundesärztekammer (BÄK)
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
www.baek.de
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
www.kbv.de
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
www.awmf.org

sowie

- Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e. V.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
- Deutsche DepressionsLiga e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/
Psychodynamische Psychotherapie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Naturheilkunde e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e. V.
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e. V.
- Deutscher Verband Ergotherapie e. V.
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e. V.
- Gesellschaft für Phytotherapie e. V.

MITTRAGENDE ORGANISATIONEN

Folgende Organisationen beteiligten sich an einem externen Review und tragen die Empfehlungen der Leitlinie mit:

- Arbeitskreis für Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ACKPA)
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)
- Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT)
- Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BDK)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (BVVP)
- Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen e. V. (CPKA)
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (DVT)
- Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie (DGHP)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPTV)
- Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V. (GwG)
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe

REDAKTION UND PFLEGE

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer
und Kassenärztlicher Bundesvereinigung)
im Auftrag von BÄK, KBV, AWMF



KORRESPONDENZ

ÄZQ – Redaktion Nationale VersorgungsLeitlinien
 TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
 Tel.: 030-4005-2508 - Fax: 030-4005-2555
 E-Mail: nvl@azq.de
 Internet: www.leitlinien.de

– Kommentare und Änderungsvorschläge bitte nur an diese Adresse –

GÜLTIGKEITSDAUER UND FORTSCHREIBUNG

Bei der Version 3.0 der NVL Unipolare Depression handelt es sich um eine Teilpublikation. Die Bearbeitung der weiteren Kapitel folgt sukzessive im Anschluss an die Veröffentlichung der Version 3.0.

Diese Leitlinie wurde am 29. September 2022 durch die Träger des NVL-Programms verabschiedet und ist bis zur nächsten Überarbeitung bzw. spätestens bis 29. September 2027 gültig.

Verantwortlich für die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bekanntmachung ist das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) gemeinsam mit der Leitlinienkommission der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

FASSUNGEN DER LEITLINIE

Die Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression wird mit folgenden Komponenten publiziert:

- Langfassung: Graduierte Empfehlungen und Darstellung der Evidenzgrundlage (Evidenz und weitere Erwägungen);
- Kurzfassung: Übersicht der graduierten Empfehlungen – das vorliegende Dokument;
- Leitlinienreport mit Evidenztabelle(n);
- Patientenleitlinie;
- weitere Materialien wie Patientenblätter und Kurzinformationen.

Alle Fassungen sind zugänglich über das Internetangebot des NVL-Programms www.leitlinien.de.

BITTE WIE FOLGT ZITIEREN

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, Version 3.0. 2022 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000495. www.leitlinien.de/depression.

Internet: www.leitlinien.de, www.awmf.org/leitlinien/detail/III/nvl-005.html

AUTOR*INNEN

Autor*in	Fachgesellschaft/Organisation
Prof. Dr. Manfred Gerlach Dr. Frank Faltraco	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V. (AGNP)
Prof. Dr. Tom Bschor	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Prof. Dr. Martina Hahn Dr. Katja Renner	Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)
Dr. Dietrich Munz Dr. Alessa Jansen	Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
Prof. Dr. Thomas Messer Dr. Martin Ohly	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT) Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT)
Prof. Dr. Jochen Gensichen Prof. Dr. Wilhelm Niebling	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
Prof. Dr. Christian Otte Prof. Dr. Thomas Frodl	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (DGBP)
Prof. Dr. Hans Gutzmann Dr. Sigrid Krause Prof. Dr. Volker Köllner	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP) Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e. V. DGPPR
Prof. Dr. Dr. Martin Härter Prof. Dr. Harald Baumeister	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e. V. (DGMP)
Dr. Petra Klose	Deutsche Gesellschaft für Naturheilkunde e. V. (DGNHK)
Prof. i.K. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa Gerlinde Strunk-Richter	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)

Autor*in	Fachgesellschaft/Organisation
Prof. Dr. Andreas Reif Prof. Dr. Dr. Michael Bauer Prof. Dr. Christian Otte	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Christa Leiendecker Dr. Christian Holzapfel	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
Prof. Dr. Martin Hautzinger Prof. Dr. Christine Kühner	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs)
Prof. Dr. Henning Schauenburg Univ.-Prof. Ulrike Dinger-Ehrenthal	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
Prof. Dr. Christoph Nissen	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM)
Reiner Ott	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)
Prof. Dr. Matthias Ochs Dr. Filip Caby	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGST)
Prof. Dr. Holger Schulz	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)
Prof. Dr. Thomas Heidenreich PD Dr. Tobias Teismann	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)
Prof. Silke Wiegand-Greife	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e. V. (DPG)
Prof. Dr. Heinz Böker Prof. Dr. Cornelia Albani, MBA	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e. V. (DPV)
Azize Kasberg Frank Zamath	Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE)
Univ.-Prof. Ulrike Dinger-Ehrenthal Prof. Dr. Henning Schauenburg	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e. V. (DKPM)
Dr. Petra Klose Prof. Dr. Jost Langhorst	Gesellschaft für Phytotherapie e. V. (GPT)
Jürgen Matzat	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
Thomas Voigt † Jürgen Leuther	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.; Deutsche DepressionsLiga e. V.
Karl Heinz Möhrmann	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK)

METHODISCHE BEGLEITUNG UND KOORDINATION

- Dr. Monika Nothacker, MPH
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Peggy Prien; Corinna Schaefer
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
- Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Leiter des Wissenschaftlichen Beirates des ÄZQ

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk Leitlinien: Version 2.0. 2020 [cited: 2021-03-22]. <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. München: Zuckschwerdt; 2012.
3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien - Methodenreport, 5. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2019-09-05]. DOI: 10.6101/AZQ/000169. <http://doi.org/10.6101/AZQ/000169>.
4. Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2004; 328(7454):1490–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15205295>.
5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008; 336(7650):924–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18436948>.
6. Europarat, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), et al. Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates am 10. Oktober 2001 und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe. Z. Arztl. Fortbild. Qualitäts-sich. 2002; 96(Suppl III):3–60.
7. Falkai P, Wittchen HU, Doepfner M, et al., editors. Diagnostische Kriterien DSM-5. 2nd ed. Göttingen: Hogrefe; 2020.

8. Ahrens B, Freyberger HJ. Diagnostik affektiver Störungen in der Praxis-Beitrag der ICD-10. *MMW Munch Med Wochenschr* 1998; 140(11):37–41.
9. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen: Registernummer 038-019, Version 2020-05. 2020 [cited: 2021-11-09]. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-019.html>.
10. Schlüssel S. Evaluation of the P4 suicidality screener in primary and specialized care in Germany [in Erstellung].
11. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: Registernummer 038-020, Version 2019-07. 2019 [cited: 2021-11-10]. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html>.
12. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM). Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Version 2.0. Stand: 18.10.2015. 2015 [cited: 2017-10-17]. <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf>.
13. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ* 2017; 359:j4891. DOI: 10.1136/bmj.j4891. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29109079>.
14. Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, et al. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66(5):195–207. DOI: 10.1055/s-0042-105277. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27119359>.
15. Schaub A, Roth E, Goldmann U. Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen: Ein Therapiemanual. 2nd ed. Göttingen: Hogrefe; 2013.
16. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoedukation Depressionen: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. 2nd ed. München: Urban und Fischer; 2018.
17. Benkert O, Hippus H, editors. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 13th ed. Berlin: Springer; 2021.
18. Henssler J, Heinz A, Brandt L, et al. Absetz- und Rebound-Phänomene bei Antidepressiva. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116(20):355–61. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0355. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31288917>.
19. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“. Version 2.0. S3-Leitlinie. 2017 [cited: 2018-06-29]. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf.
20. Haller H, Anheyer D, Cramer H, et al. Complementary therapies for clinical depression: An overview of systematic reviews. *BMJ Open* 2019; 9(8):e028527. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028527. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31383703>.
21. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie: Registernummer 038-023, Version 2019-05_01. 2019 [cited: 2021-10-28]. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-023.html>.
22. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017; 143(2):187–232. DOI: 10.1037/bul0000084. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27841450>.
23. McClatchey K, Murray J, Rowat A, et al. Risk Factors for Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Health Care Settings: A Systematic Review of Post-2007 Reviews. *Suicide Life Threat Behav* 2017; 47(6):729–45. DOI: 10.1111/sltb.12336. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28220516>.
24. McClatchey K, Murray J, Chouliara Z, et al. Protective Factors of Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Healthcare Settings: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Post-2007 Reviews. *Arch Suicide Res* 2019; 23(3):411–27. DOI: 10.1080/13811118.2018.1480983. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30024351>.
25. Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundessteilhabegesetz – BTHG): vom 23. Dezember 2016. *Bundesgesetzblatt Teil I* 2016(66):3234–341.
26. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Entlassmanagement. 2015 [cited: 2021-12-03]. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2415/2015-12-17_AM-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf.
27. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements. 2015 [cited: 2021-12-03]. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2448/2015-12-17_2016-05-19_HeilM-RL_Entlassmanagement_konsolidiert_BAnz.pdf.
28. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements. 2015 [cited: 2021-12-03]. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2449/2015-12-17_HKP-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf.
29. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie: Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entlassmanagements. 2015 [cited: 2021-12-03]. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2450/2015-12-17_AU-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf.
30. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Soziotherapie-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements. 2015 [cited: 2021-12-03]. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2442/2015-12-17_ST-RL_Entlassmanagement_BAnz.pdf.
31. Hudson JL, Bower P, Kontopantelis E, et al. Impact of telephone delivered case-management on the effectiveness of collaborative care for depression and anti-depressant use: A systematic review and meta-regression. *PLoS One* 2019; 14(6):e0217948. DOI: 10.1371/journal.pone.0217948. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31199827>.
32. Grigoroglou C, van der Feltz-Cornelis C, Hodkinson A, et al. Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2021; 71:27–35. DOI: 10.1016/j.genhospsych.2021.04.004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33915444>.