

Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL)

Unipolare Depression

Version 3.0, September 2022

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Inhalt

- Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien
- NVL Unipolare Depression: Entwicklung, Aktualisierung und Methodik
- Version 3.0 der NVL Unipolare Depression
Kernaussagen und ausgewählte Empfehlungen
- Materialien und Formate

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)

Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien

- seit 2003 unter der gemeinsamen Trägerschaft von
 - Bundesärztekammer (BÄK)
 - Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV)
 - Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)
- Themen: Asthma, Chronische Herzinsuffizienz, Chronische KHK, COPD, Hypertonie, Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Typ-2-Diabetes, Unipolare Depression
- operative Durchführung und Koordination durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

www.leitlinien.de

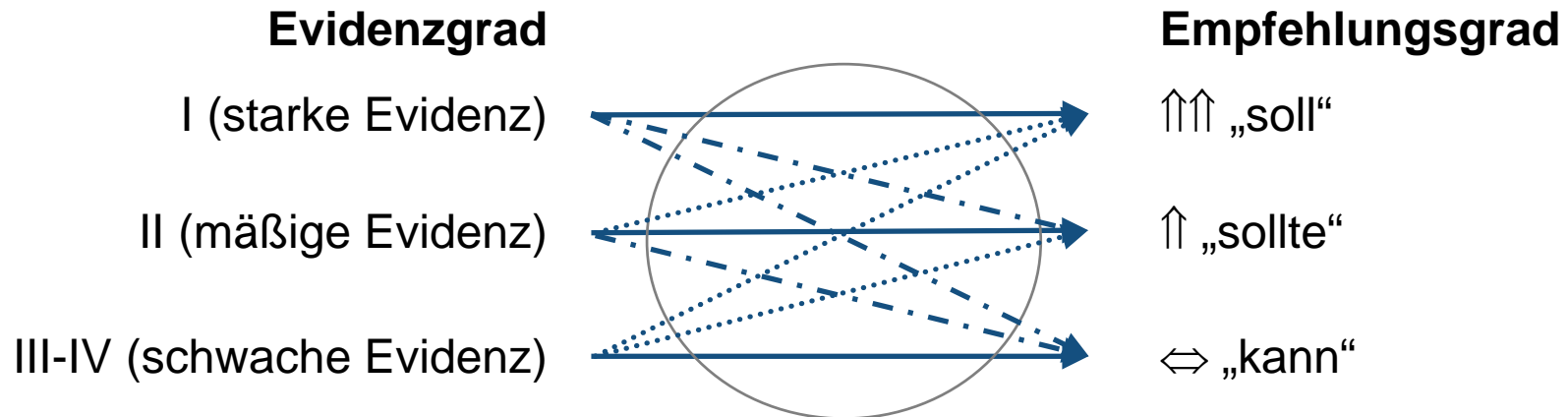
Ziele des NVL-Programms

- Empfehlungen zu versorgungsbereichsübergreifenden Vorgehensweisen entsprechend dem besten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der Evidenzbasierten Medizin
- Empfehlungen hinsichtlich der Abstimmung und Koordination der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen und weiterer Fachberufe im Gesundheitswesen in den verschiedenen Versorgungsbereichen
- effektive Verbreitung und Umsetzung der Empfehlungen durch Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Disziplinen, Organisationen und Patient*innen
- Berücksichtigung der NVL-Empfehlungen in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung und in Qualitätsmanagementsystemen sowie bei Verträgen zur integrierten Versorgung oder strukturierten Behandlungsprogrammen
- Unterstützung der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Ärzt*innen, Therapeut*innen und Patient*innen durch qualitativ hochwertige Patienteninformationen und Entscheidungshilfen

NVL-Methodik: Prozesse und Formalia

- formales Benennungsverfahren
- Patientenbeteiligung obligat
- öffentliche Konsultation obligat
- Management von Interessenkonflikten
- NVL: **S3-Leitlinien** gemäß Leitlinienklassifikation der AWMF: **evidenz- und konsensbasiert**
 - systematische Recherche (Leitlinien, aggregierte Evidenz, Primärstudien), methodische und klinische Bewertung der Evidenz
 - formalisiertes Konsensusverfahren (Konsensuskonferenz, Nominaler Gruppenprozess, Delphi-Technik), eine Stimme pro Fachgesellschaft/Organisation; Konsens bei Zustimmung \geq 75% der Stimmen

NVL-Methodik: Graduierung der Empfehlungen



Kriterien für die Graduierung:

- Konsistenz der Studienergebnisse
- klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken
- Nutzen-Schaden-Verhältnis
- ethische, ökonomische Erwägungen
- Patientenpräferenzen
- Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit

NVL Unipolare Depression Entwicklung, Aktualisierung und Methodik

NVL Unipolare – Historie

- 1. Auflage publiziert im November 2009
gemeinsame S3-Leitlinie/NVL unter Federführung der DGPPN
- 2. Auflage publiziert im November 2015
gemeinsame S3-Leitlinie/NVL unter Federführung der DGPPN
Gültigkeit endete 2020
- 3. Auflage/Version 3.0 ab August 2019 bearbeitet
Fortführung als alleinige NVL unter Koordination des ÄZQ
veröffentlicht September 2022
- seit 2022: Bearbeitung Version 4.0: verbliebene Kapitel zu
Komorbiditäten, Zyklusassoziierten Störungen u. a.

Beteiligte Fachgesellschaften/Organisationen: Leitliniengruppe

- 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.*

*neu hinzugekommen

Beteiligte Fachgesellschaften/Organisationen: Reviewgruppe

Gemäß der Methodik des NVL-Programms dürfen stimmberechtigte Vertreter für die Leitliniengruppe nur von wissenschaftlichen Fachgesellschaften benannt werden. Damit nach alleiniger Fortführung der Leitlinie als NVL dennoch alle anderen an den Voraufgaben beteiligten Organisationen eingezogen werden können, wurde eine sogenannte Reviewgruppe gebildet. Alle nicht in die Leitliniengruppe aufgenommenen Organisationen wurden angefragt, ob sie sich darin beteiligen möchten. Interesse an der Mitarbeit bekundeten folgende Organisationen:

- 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)
- 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)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPtV)
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (DVT)
- Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V. (GwG)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs)*
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe (SDD)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT)
- Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie (DGHP)

* Der LIPPs e. V. sah nach dem Review aus inhaltlichen Gründen von einer Nennung als mittragende Organisation ab, so dass er im Impressum nicht mit aufgeführt wird.

Autoren der NVL Unipolare Depression

Prof. Dr. rer. nat. Manfred Gerlach (AGNP), Dr. med. Frank Faltraco (AGNP), Prof. Dr. med. Tom Bschor (AkdÄ), Prof. Dr. Martina Hahn (AMK), Dr. Katja Renner (AMK), Dr. Dietrich Munz (BPtK), Dr. Alessa Jansen (BPtK), Prof. Dr. med. Thomas Messer (DÄVT), Dr. med. Martin Ohly (DFT), Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH (DEGAM), Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling (DEGAM), Prof. Dr. Christian Otte (DGBP, DGPPN), Prof. Dr. Thomas Frodl (DGBP), Prof. Dr. med. Hans Gutzmann (DGGPP), Dr. med. Sigrid Krause (DGPPR), Prof. Dr. med. Volker Köllner (DGPPR), Prof. Dr. med., Dr. phil., Dipl. Psych. Martin Härter (DGMP), Prof. Dr. phil., Dipl. Psych. Harald Baumeister (DGMP), Dr. Petra Klose (DGNHK, GPT), Prof. i. K. Dr. rer. cur. Brigitte Anderl-Doliwa (DGP), Gerlinde Strunk-Richter (DGP), Prof. Dr. med. Andreas Reif (DGPPN), Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer (DGPPN), Dipl.-Psych. Christa Leiendecker (DGPT), Dr. med. Christian Holzapfel (DGPT), Prof. Dr. Martin Hautzinger (DGPs), Prof. Dr. Christine Kühner (DGPs), Prof. Dr. med. Henning Schauenburg (DGPM, DKMP), Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ulrike Dinger-Ehrenthal (DGPM, DKPM), Prof. Dr. Christoph Nissen (DGSM), Reiner Ott DGSP Prof. Dr. med. Dr. rer. medic. Claus Reinsberger (DGSP), Prof. Dr. Matthias Ochs (DGSF), Dr. med. Filip Caby (DGSF), Prof. Dr. phil. Holger Schulz (DGRW), Prof. Dr. Thomas Heidenreich (DGVT), PD Dr. Tobias Teismann (DGVT), Prof. Silke Wiegand-Grefe (DPG), Prof. Dr. med. Heinz Böker (DPV), Prof. Dr. med. Cornelia Albani, MBA (DPV), Azize Kasberg, MSc Public Health, BSc Ergotherapie (DVE), Frank Zamath, (DVE), Prof. Dr. med. Jost Langhorst (GPT)

Patientenvertreter: Dipl.-Psych. Jürgen Matzat (DAG SHG), Thomas Voigt † (BAG Selbsthilfe/DDL), Dipl.-Päd. Jürgen Leuther (BAG Selbsthilfe/ DDL) Dipl.-Ing. Karl Heinz Möhrmann (BApK)

Ziele der NVL Unipolare Depression (I)

- Eine Verbesserung der Diagnostik zur Vermeidung von Über- und Unterdiagnostik. Dies beinhaltet die Schärfung der Schweregrad-Einstufung, die Erfassung subjektiver Symptome und die Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).
- Die Stärkung der Kommunikation zwischen Behandelnden und Patient*innen mit dem Ziel, die gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die Adhärenz zu gemeinsam vereinbarten Therapiezielen zu fördern.
- Eine stärkere Berücksichtigung niedrigintensiver Interventionen inklusive technologiebasierter Anwendungen.
- Eine individuellere medikamentöse Therapie mit spezifischen Empfehlungen zum Absetzen.
- Eine verstärkte Berücksichtigung von psychischen und somatischen Komorbiditäten.
- Eine verbesserte Suizid-Prävention.

Ziele der NVL Unipolare Depression (II)

- Die Aufnahme ICF-orientierter Empfehlungen zu Rehabilitation und Teilhabe mit besonderer Berücksichtigung des Zusammenhanges von Arbeit und psychischer Gesundheit.
- Eine verbesserte Kenntnis von verfügbaren Leistungen, deren Anbietern und den Zugangswegen, ein verbessertes Management von Schnittstellen zwischen den Sektoren und eine verbesserte Koordination und Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen.
- Eine verbesserte Handhabbarkeit der Leitlinie durch Entwicklung von Abbildungen, Tabellen und Algorithmen sowie praxisnahen Materialien für Behandelnde und Patient*innen.
- Eine bessere Disseminierung und Implementierung der Leitlinie bei Behandelnden, Patient*innen und Entscheidungsträgern.

Kernfragen der NVL Unipolare Depression

- Wie können Über- und Unterdiagnostik vermieden werden?
- Wie stark sind die Effekte der Therapieoptionen und welche unerwünschten Effekte können auftreten?
- In welchen Szenarien und in welcher Abfolge sollten die verschiedenen Therapieoptionen eingesetzt werden?
- Wie sollen Patient*innen mit Komorbiditäten behandelt werden?
- Was können Patient*innen selbst zu Gesundheit und Prävention beitragen?
- Wie sollte die Betreuung von Patient*innen mit unipolaren Depressionen zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen koordiniert werden?
- Welche Maßnahmen können am Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor zur Verbesserung der Versorgung beitragen?
- Was können komplexe Versorgungsformen zur Betreuung von Patient*innen mit unipolarer Depression beitragen?

Methodik: Umgang mit Interessenkonflikten

- Erklärung der Interessenkonflikte aller Beteiligten und tabellarische Veröffentlichung im Leitlinienreport
- Diskussion der Interessenkonflikte in der Leitliniengruppe und Festlegen der Vorgehensweise:
 - Stimmenthaltung bei Vorliegen von Interessenkonflikten in den Kategorien „Berater- und Gutachtertätigkeit“ und „Geschäftsanteile“, in der Kategorie „Vortrags- und Schulungstätigkeiten“ bei häufiger Tätigkeit für ein bestimmtes Produkt sowie bei Managementverantwortung für Drittmittel
- insgesamt 29 Enthaltungen bei 21 Empfehlungen

Methodik: Evidenzbasis

- **Evidenzaufbereitung**
 - Themenübergreifende systematische Recherche nach aggregierter Evidenz bei IQWiG, NICE, AHQR und Cochrane
 - 11 ergänzende systematische Recherchen nach aggregierter Evidenz oder Primärliteratur, u. a. zu:
 - Ketamin/Esketamin
 - Neurostimulation
 - Komplexe Versorgungsformen
 - Bewertung entsprechend Studientyp (AMSTAR2, Risk of Bias)
- **Methodische Begleitung, Moderation und Redaktion**
 - AWMF (Dr. Monika Nothacker)
 - ÄZQ (Peggy Prien; Corinna Schaefer; Dr. Sabine Schwarz)

Methodik: Empfehlungsgraduierung

	Formulierung	Symbol
Starke Empfehlung	Soll (nicht)	↑↑ (↓↓)
Abgeschwächte Empfehlung	Sollte (nicht)	↑ (↓)
Offene Empfehlung	Kann	↔

Kriterien (u. a.):

- Abwägung von potentielltem Nutzen und Schaden
- Qualität der identifizierten Evidenz
- Relevanz der Endpunkte für Patienten
- Umsetzbarkeit im klinischen Alltag

(siehe [Methodenreport](#) und [AWMF-Regelwerk](#))

Methodik: Konsentierung, öffentliche Konsultation

- formale Konsensfindung der Empfehlungen
 - nominaler Gruppenprozess oder schriftliches Delphi-Verfahren
 - multidisziplinäre Leitliniengruppe: jede Organisation/ Fachgesellschaft hat eine Stimme
 - Konsens bei einer Zustimmung von > 75% der Stimmen
- öffentliches Konsultationsverfahren
 - Möglichkeit der Kommentierung durch Fachkreise und Interessierte für 6 Wochen
 - Kommentare und sich daraus ergebende Konsequenzen werden im Leitlinienreport veröffentlicht

NVL Unipolare Depression

Was ist neu? Was wurde geändert?

Welche Inhalte/Empfehlungen sind neu in Version 3.0?

- ICF-basierte Diagnostik (funktionale Beeinträchtigungen, psychosoziale Folgen, Teilhabe-Einschränkungen)
- Vereinbarung individueller Therapieziele
- Therapieprinzipien der Psychotherapie (analog zu vorhandenen Inhalten zur Pharmakotherapie)
- Pharmakogenetische Testung
- Absetzen von Antidepressiva
- Internet- und mobilbasierte Interventionen (Indikation, Begleitung, Monitoring)
- Entscheidung über Arbeitsunfähigkeit
- Esketamin intranasal, Ketamin i.v.
- Ernährungsbasierte Interventionen
- Maßnahmen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie
- komplexe Versorgungsformen, z. B. Disease-Management-Programme
- Entlassmanagement
- Indikationsstellung für psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation sowie für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Was wurde im Vergleich zu Version 2.0 geändert?

strukturell

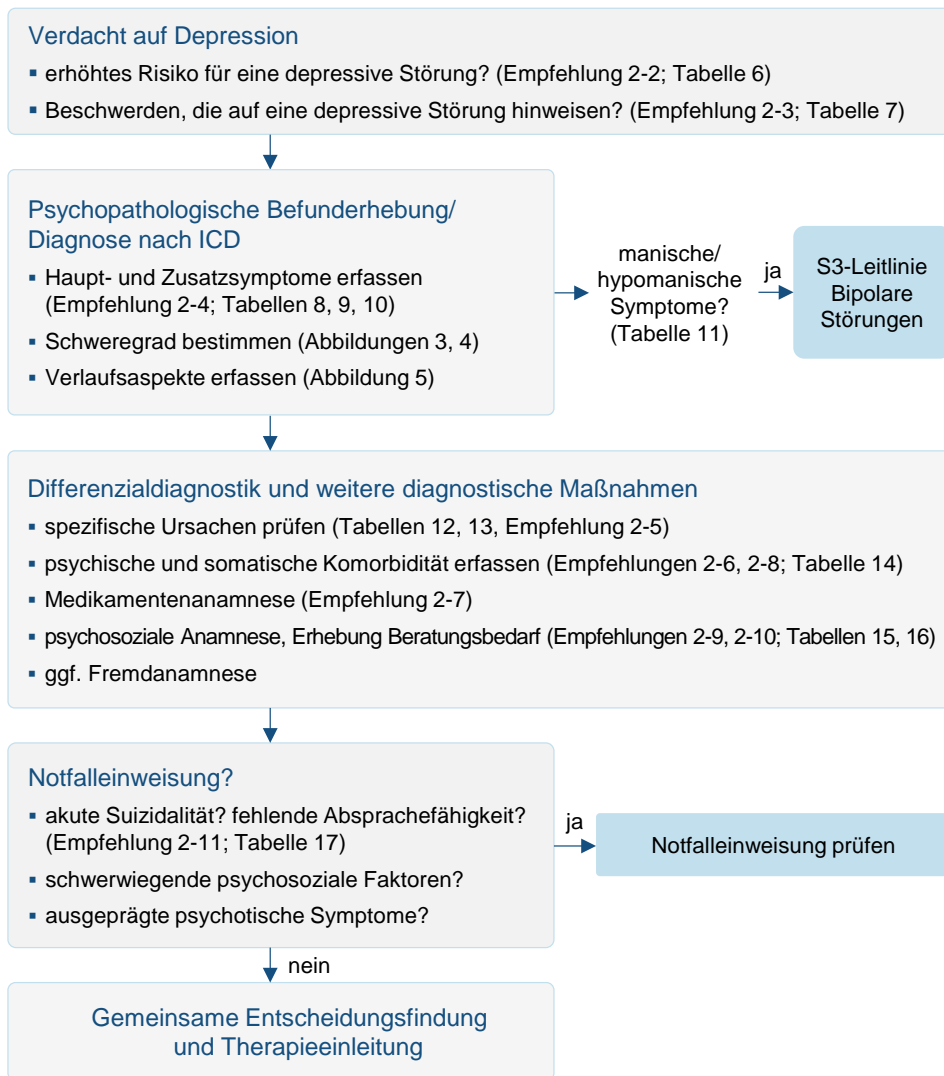
- Gliederung nach Behandlungs- bzw. Erkrankungsphasen sowie nach Schweregrad der Depression (2. Auflage: Gliederung nach Art der Therapie)
- Verschieben der Empfehlungen zur Durchführung der Therapie ins neue Kapitel Therapieprinzipien; Vereinheitlichen der behandelten Aspekte für Pharmako- und Psychotherapie

inhaltlich

- Medikamentöse Erhaltungstherapie 6–12 Monate nach Remission (bisher: 4–9 Monate)
→ Anpassung an Studienlage
- Maßnahmen bei Nichtansprechen von Antidepressiva: neue Empfehlung zur Kombination mit Psychotherapie, Änderung der Empfehlungsgrade für einige der Strategien, neue Empfehlung zur Kombination mit repetitiver Magnetstimulation (rTMS)
- Maßnahmen bei Therapieresistenz: Erhöhung des Empfehlungsgrades für rTMS
- Behandlung chronischer Formen: Neuformulierung der Empfehlungen auf Basis klinischer Erwägungen → Vorgehen wie bei akuter Episode gemäß schweregradspezifischen Empfehlungen bzw. gemäß Empfehlungen zu Maßnahmen bei Nichtansprechen/Therapieresistenz
- Lichttherapie: zusätzliche Empfehlung bei Depressionen ohne saisonales Muster

NVL Unipolare Depression Kernaussagen und ausgewählte Empfehlungen

Klinischer Algorithmus zur Diagnostik



Risikoadaptiertes Screening

Empfehlung	Empfehlungs- grad
<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: Risikofaktoren für eine depressive Störung

- 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

Diagnosestellung nach ICD-11

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			
<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

Es müssen für die Diagnose einer depressiven Episode **mindestens 5 Symptome** (ICD-10: 4) vorliegen, davon mindestens eines aus dem affektiven Cluster.

Die Einstufung der **Episodenschwere (leicht, mittelgradig, schwer)** erfolgt – anders als in der ICD-10 – nicht anhand der Summe der Symptome, sondern berücksichtigt neben der Anzahl auch deren **Intensität** sowie den **Grad der Funktionseinschränkung**.

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>↑↑↑</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>	<p>↑</p>

Arbeitsunfähigkeit I

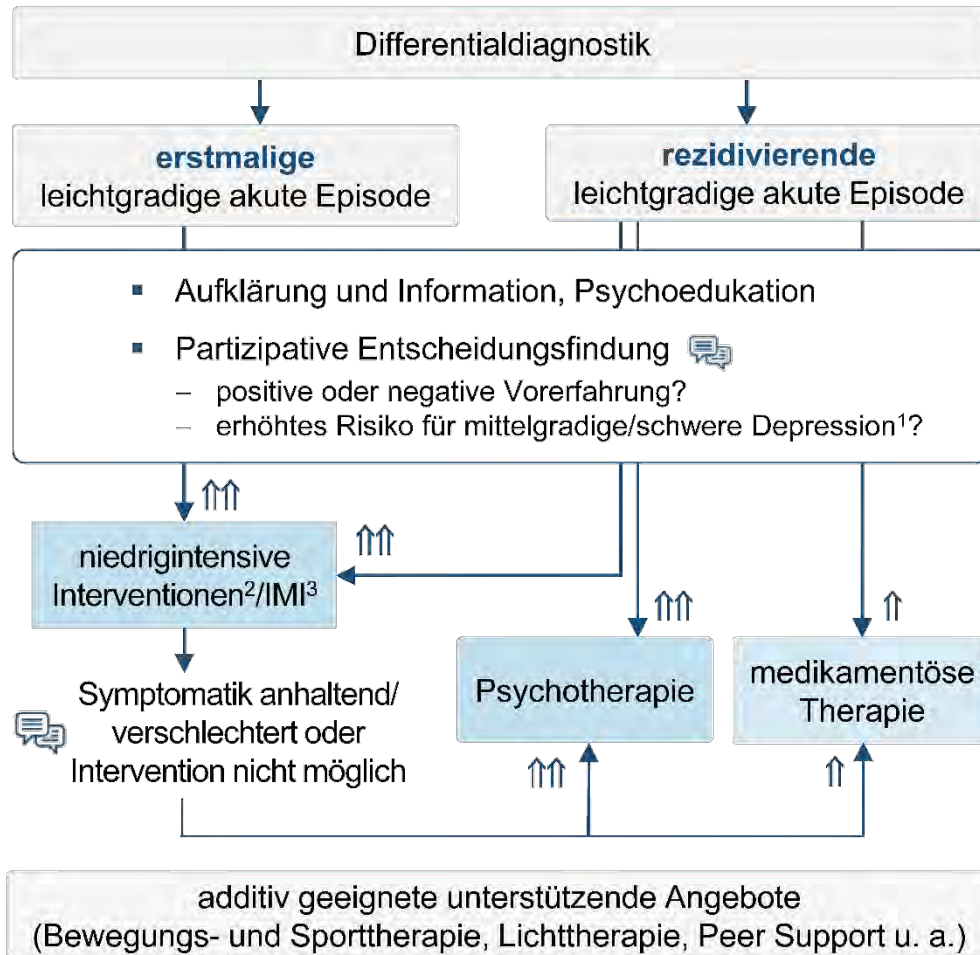
Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>9-10 neu 2022</p> <p>Vor der Entscheidung über das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgrund depressiver Störungen sollen mögliche Vor- und Nachteile mit den Patient*innen erörtert werden.</p>	<p>↑↑</p>
<p>9-11 neu 2022</p> <p>Bei Ausstellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung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

Arbeitsunfähigkeit II

	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.

Behandlungsalgorithmen bei akuter depressiver Episode I



¹ z. B. frühere mittelschwere/schwere Episoden; psychosoziale Risikofaktoren; Komorbidität;

² angeleitete Selbsthilfe, hausärztliche (psychosomatische) Grundversorgung oder psychiatrische, psychosomatische bzw. psychotherapeutische Basisbehandlung (Gesprächsleistungen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie; inkl. psychotherapeutische Sprechstunde)

³ Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMI) *sollen* Patient*innen mit leichten depressiven Episoden angeboten werden, eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept.

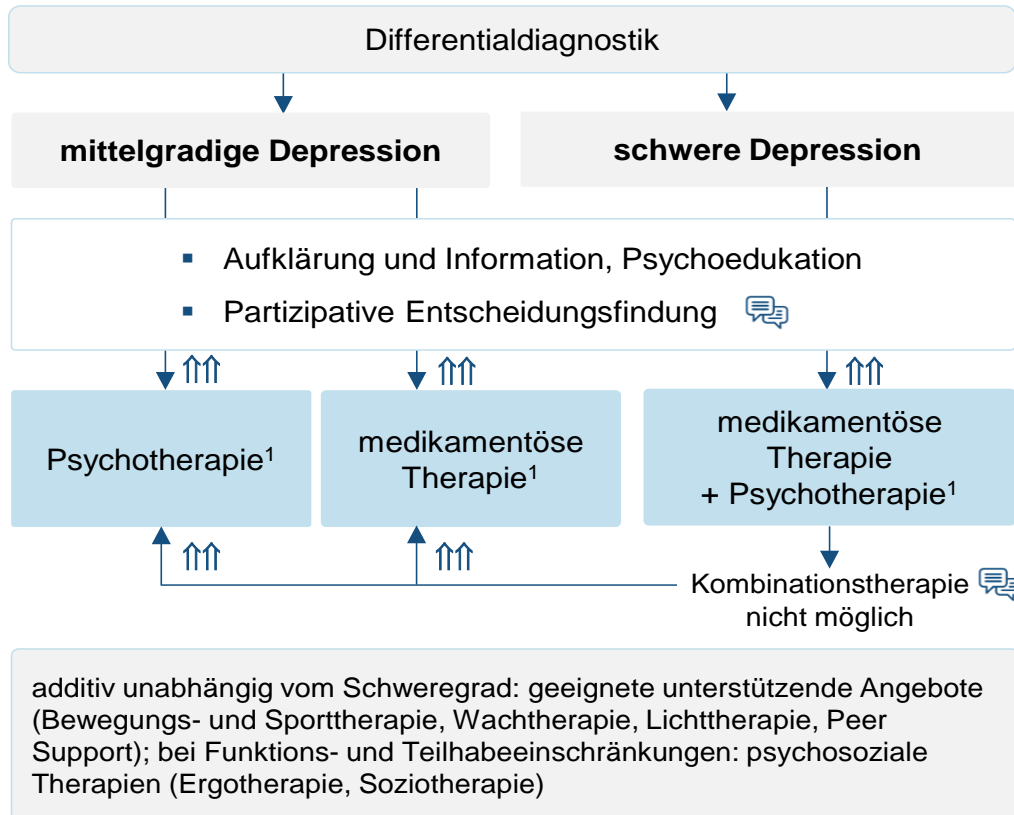
↑↑ „soll“: starke Empfehlung

↑ „sollte“: abgeschwächte Empfehlung

↔ „kann“: offene Empfehlung

💬 Gemeinsame Entscheidungsfindung

Behandlungsalgorithmen bei akuter depressiver Episode II



¹Internet- und mobilbasierte Interventionen

- *können* Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden *zusätzlich* zu einer Behandlung mit Antidepressiva bzw. Psychotherapie angeboten werden, eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept
- *sollen* Patient*innen mit mittelgradigen depressiven Episoden als alternativer Behandlungsansatz angeboten werden, wenn die Patient*innen sowohl Psychotherapie als auch Antidepressiva ablehnen.
- *können* Patient*innen mit schweren depressiven Episoden *zusätzlich* zu einer Behandlung mit Antidepressiva und/oder Psychotherapie angeboten werden.

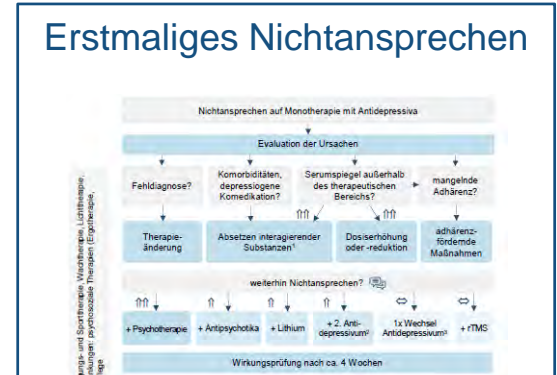
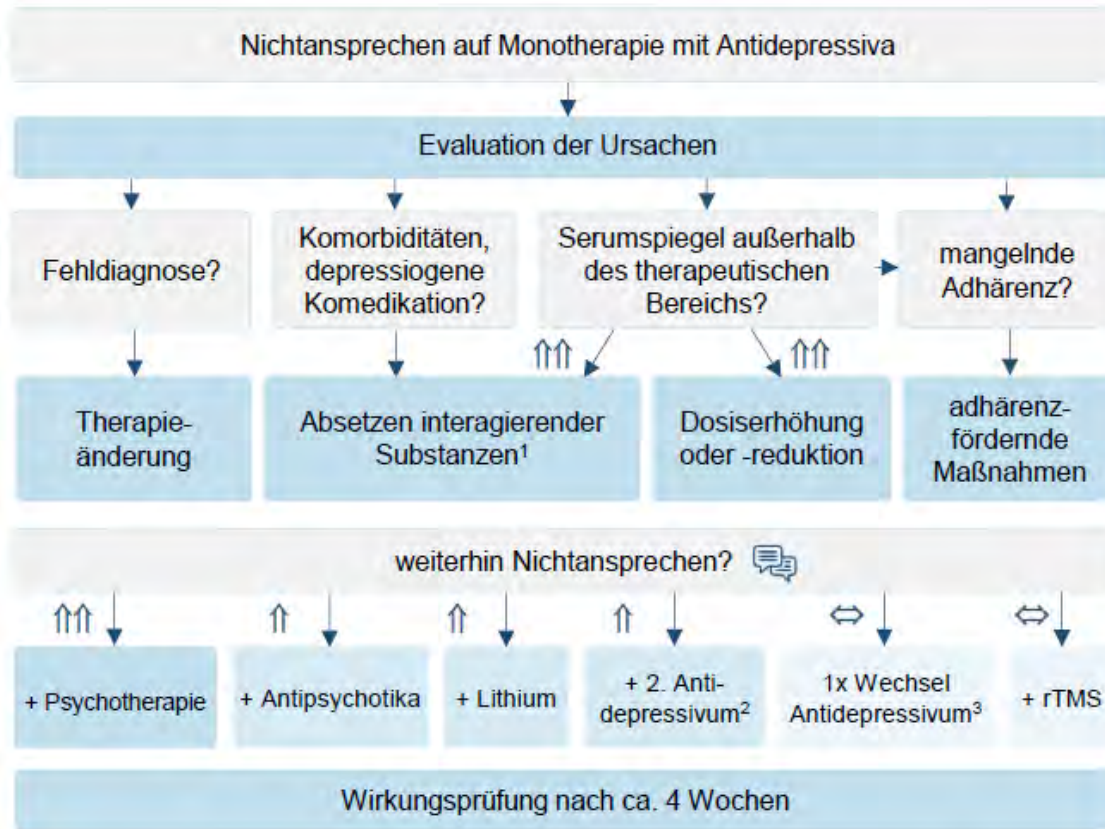
„soll“: starke Empfehlung

„sollte“: abgeschwächte Empfehlung

„kann“: offene Empfehlung

Gemeinsame Entscheidungsfindung

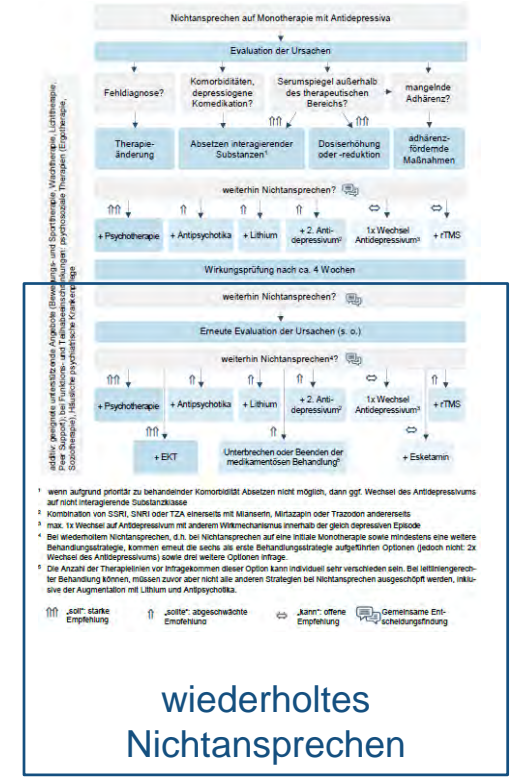
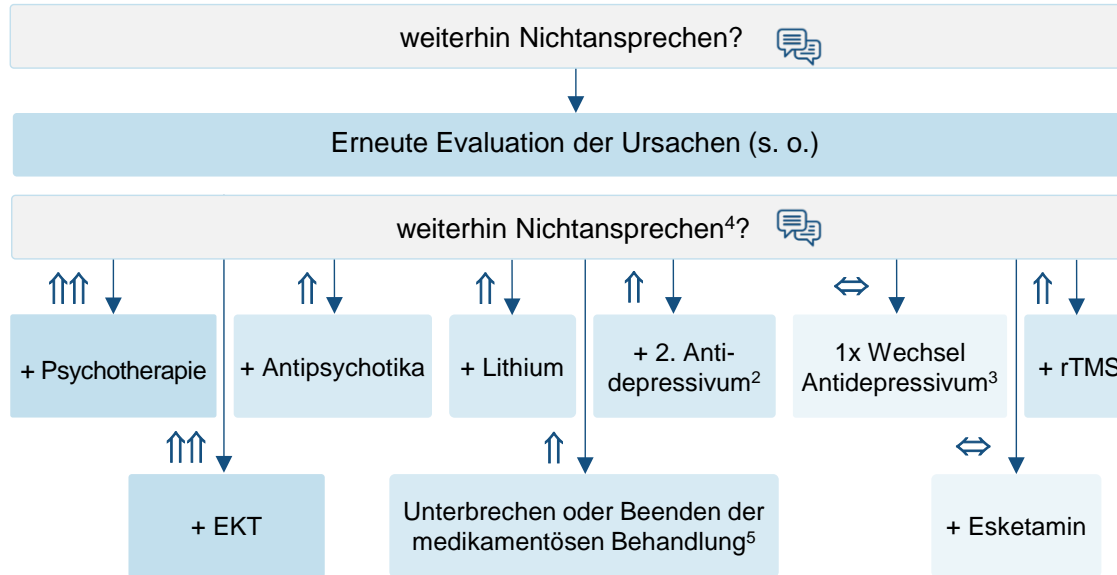
Vorgehen bei Nichtansprechen von Antidepressiva I



¹ wenn aufgrund prioritär zu behandelnder Komorbidität Absetzen nicht möglich, dann ggf. Wechsel des Antidepressivums auf nicht interagierende Substanzklasse
 ² Kombination von SSRI, SNRI oder TZA einseitig mit Mianserin, Mirazapin oder Trazodon einseitig
 ³ max. 1x Wechsel auf Antidepressivum mit anderem Wirkmechanismus innerhalb der gleich depressiven Episode
 * Bei wiederholtem Nichtansprechen, d.h. bei Nichtansprechen auf eine initiale Monotherapie sowie mindestens eine weitere Behandlungsstrategie, kommen erneut die sechs als erste Behandlungsstrategie aufgeführten Optionen (jedoch nicht: 2x Wechsel des Antidepressivums) sowie drei weitere Optionen infrage
 * Die Anzahl der Therapien 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.

↑↑↑: starke Empfehlung ↑↑: mittelstarke Empfehlung ↑: geringe Empfehlung ↔: kann offene Empfehlung []: gemeinsame Entscheidung

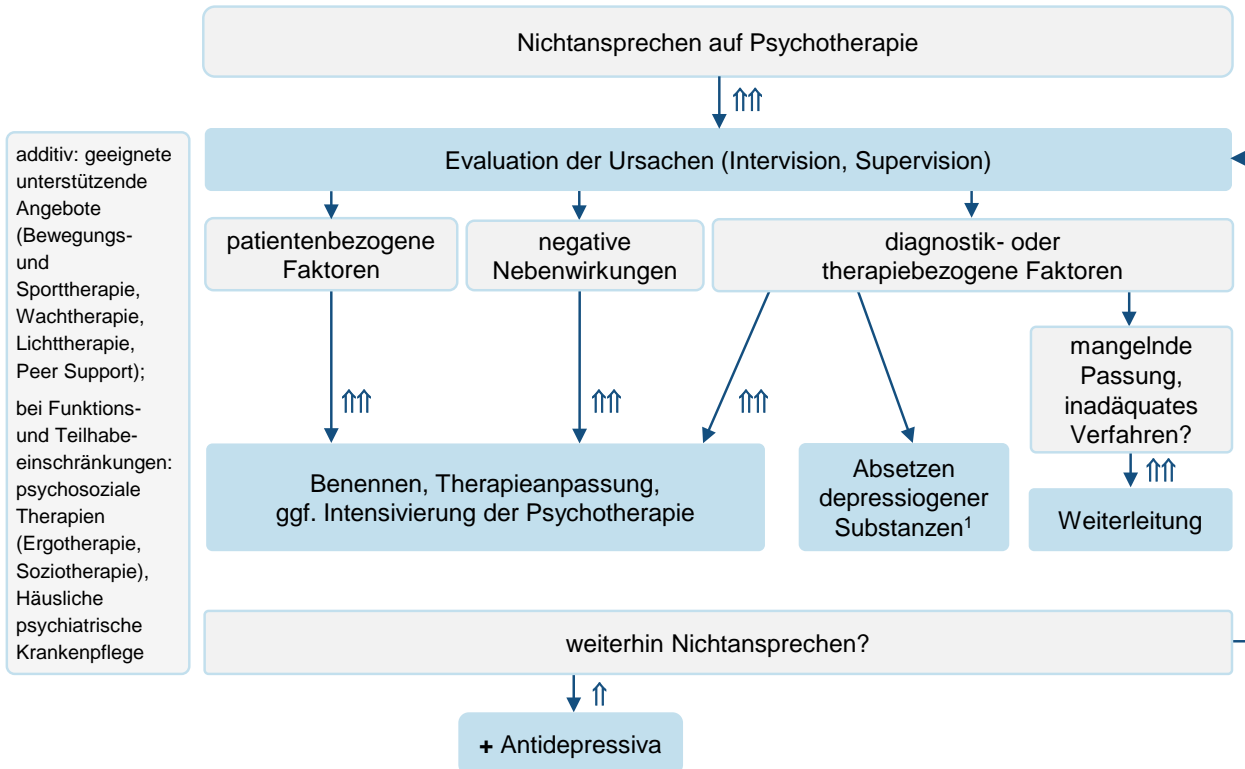
Vorgehen bei Nichtansprechen von Antidepressiva II



¹ wenn aufgrund prioritär zu behandelnder Komorbidität Absetzen nicht möglich, dann ggf. Wechsel des Antidepressivums auf nicht interagierende Substanzklasse
² Kombination von SSRI, SNRI oder TZA einseitig mit Mianserin, Mirazapin oder Trazodon anderserseits
³ max. 1x Wechsel auf Antidepressivum mit anderem Wirkmechanismus innerhalb der gleich depressiven Episode
⁴ Bei wiederholtem Nichtansprechen, d.h. bei Nichtansprechen auf eine initiale Monotherapie sowie mindestens eine weitere Behandlungstrategie, kommen erneut die sechs als erste Behandlungsstrategie aufgeführten Optionen (jedoch nicht: 2x Wechsel des Antidepressivums) sowie drei weitere Optionen infrage
⁵ 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 Augmentaton mit Lithium und Antipsychotika.

↑↑↑ „soll“: starke Empfehlung ↑ „sollte“: abgeschwächte Empfehlung ↔ „kann“: offene Empfehlung 🗣️ „Gemeinsame Entscheidungsfindung“

Vorgehen bei Nichtansprechen einer Psychotherapie



¹ wenn alternative Medikation möglich und/oder Komorbidität nicht prioritär

↑↑↑ „soll“: starke Empfehlung

↑↑ „sollte“: abgeschwächte Empfehlung

↔ „kann“: offene Empfehlung

🗨️ Gemeinsame Entscheidungsfindung

Internet- und mobilbasierte Interventionen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-1 neu 2022 Vor dem Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen zur Behandlung depressiver Störungen soll eine adäquate Diagnostik, Differentialdiagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung und Verordnung erfolgen.</p>	<p>↑↑↑</p>
<p>4-2 neu 2022 Der Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen soll therapeutisch begleitet werden.</p>	<p>↑↑↑</p>
<p>4-3 neu 2022 Bei Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen soll ein regelmäßiges Monitoring der Adhärenz und Wirksamkeit erfolgen.</p>	<p>↑↑↑</p>

Indikation: bei leichter akuter depressiver Episode als alleinige Behandlung, bei mittelgradiger und schwerer akuter Episode additiv möglich

Esketamin intranasal/Ketamin i. v.

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



Repetitive transkranielle Magnetstimulation

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>7-16 neu 2022 Bei Patient*innen, die nicht auf eine Monotherapie mit Antidepressiva ansprechen, kann eine Augmentation mit repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) angeboten werden.</p>	↔
<p>7-29 modifiziert 2022 Eine repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) sollte bei therapieresistenten depressiven Episoden angeboten werden.</p>	↑
<p>7-30 neu 2022 Die Auswahl der rTMS-Methode (Stimulationsort und -art) soll durch ein spezialisiertes Zentrum erfolgen.</p>	↑↑

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>	
<p>Indikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (drohende) erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ▪ (drohender) Verlust der Fähigkeit zur selbstbestimmten und selbständigen Lebensführung ▪ (drohende) Teilhabebeeinträchtigungen <p>bei vorhandener Rehabilitationsfähigkeit (Motivation/Motivierbarkeit, Belastbarkeit) und positiver Rehabilitationsprognose</p>	
<p>Ausschlusskriterien</p> <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 	

Leistungen zur Teilhabe

Empfehlung	Empfehlungs- grad
<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>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>	

Indikationen für interdisziplinäre Abstimmung/Überweisung I

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 gesprächsbasierten 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

Indikationen für interdisziplinäre Abstimmung/Überweisung II

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

Entlassmanagement I

Empfehlung	Empfehlungs- grad
<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>	
<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 	

Entlassmanagement II

ggf. prüfen:

- 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)

Die Tabelle konkretisiert und ergänzt das gesetzlich vorgeschriebene Entlassmanagement (§39 GBA Richtlinie) für Patient*innen mit depressiven Störungen.

¹ Verordnung der kleinsten Packungsgröße; Mitgabe vor Wochenenden/Feiertagen; detaillierte Regelungen siehe Arzneimittel-Richtlinie [477]

² in der Regel bis zu 7 Kalendertage; detaillierte Regelungen siehe jeweilige Richtlinien [478–481]

Strukturierte und komplexe Versorgungsformen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>14-6 neu 2022</p> <p>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>	

Optionen:

- DMP Depression der GKV (nach § 137f Abs. 2 SGB V)
- Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen (ambulante Krankenhausleistungen nach § 118 SGB V)
- Ambulante Komplexbehandlung (Multiprofessionelle Netzverbände nach § 92 Absatz 6b SGB V)
- Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (nach § 115d SGB V)
- Selektivverträge der integrierten Versorgung (nach § 140a–d SGB V)

NVL Unipolare Depression Materialien und Formate

Leitlinienformate und Verbreitung



Patientenblätter: Ergänzende Materialien zur Beratung der Patient*innen



Foliensatz: Für Präsentationen zu den NVL bei Kongressen



Flyer: Was ist wichtig? Was ist neu? - Die Kernaussagen der NVL für Fachpersonal zusammengefasst.



Patientenleitlinie: Übersetzt die ärztlichen Leitlinien in eine allgemein verständliche Sprache

Nationale VersorgungsLeitlinien: Versorgungsbereichs-übergreifende Leitlinien zu ausgesuchten Erkrankungen hoher Prävalenz



KIP: Informiert einfach, kurz und mehrsprachig über die Erkrankung



Leitlinienreport: Dokumentiert die spezifische Methodik und die verwendete Evidenz

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>	<p>↑</p>
<p>Rationale</p> <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.</p>	
<p>Evidenzbasis</p>	+
<p>Evidenzbeschreibung</p>	+
<p>Erwägungen, die die Empfehlung begründen</p>	+

HTML-Fassung
Gezieltes Lesen durch strukturierte Leitlinientexte

Korrespondenzadresse

ÄZQ - Redaktion NVL
TiergartenTower
Str. des 17. Juni 106-108
10623 Berlin



Tel.: 030 4005-2508

Fax: 030 4005-2555

E-Mail: nvl@azq.de

NVL-Infodienst: www.aezq.de/aezq/service/newsletter