

**äzq Schriftenreihe  
Band 12**



# **Leitlinien- Clearingbericht "Depression"**

**Leitlinien-Clearingverfahren  
von Bundesärztekammer  
und Kassenärztlicher Bundesvereinigung  
in Kooperation mit  
Deutscher Krankenhausgesellschaft  
Spitzenverbänden der Krankenkassen und  
Gesetzlicher Rentenversicherung**



**ISBN 3-89906-902-1**  
**ISSN 1611-4906**

© 2003 by  
ÄZQ  
Aachener Straße 233-237 - 50931 Köln  
Verlag videel OHG, Niebüll  
Schmiedestr. 13 - 25899 Niebüll  
Tel.: 04661 - 900115, Fax: 04661 - 900179  
eMail: info@videel.de  
<http://www.videel.de>

Gesamtherstellung: videel, Niebüll

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers oder des Verlages reproduziert werden. Der Herausgeber hat das Recht, Teile des Werkes oder das Gesamtwerk elektronisch zu publizieren.

**Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

**Bibliographic information published by Die Deutsche Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available in the Internet at <http://dnb.ddb.de>.



## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Zentralstelle der Deutschen  
Ärzeschaft zur Qualitätssicherung  
in der Medizin, GbR  
(Gemeinsame Einrichtung der  
Bundesärztekammer und der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

Das Ärztliche Zentrum für  
Qualität in der Medizin ist  
Gründungsmitglied vom



### **LEITLINIEN-CLEARINGSTELLE**

#### im Auftrag von:

Bundesärztekammer  
Kassenärztlicher Bundesvereinigung  
Deutscher Krankenhausgesellschaft  
Spitzenverbänden der Krankenkassen  
Gesetzlicher Rentenversicherung

### **Autoren:**

- Dr. med. Wolfgang Becker, Facharzt für Psychiatrie, Lörrach
- Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg
- PD Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. Martin Härter, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik der Universitätsklinik Freiburg
- Frau Prof. Dr. phil. Renate de Jong-Meyer, Psychologisches Institut I der Universität Münster
- Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Michael Linden, Rehabilitationsklinik Seehof der BfA, Teltow
- Dr. med. Wilhelm Niebling, Facharzt für Allgemeinmedizin, Titisee - Neustadt
- Prof. Dr. med. Ludger Pientka, Med.-Geriatrische Klinik, Marienhospital Herne  
Universitätsklinik der Ruhr-Universität
- Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer, Selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Leipzig

### **Moderation:**

- Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.; Essen

### **Redaktion:**

- O. Weingart, Clearingstelle Leitlinien des ÄZQ

### **Anschrift des Herausgebers:**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)  
Aachener Straße 233 – 237  
D 50931 Köln  
Telefon (0221) 4004-500  
Telefax (0221) 4004-590  
e-mail: [clearingstelle@azq.de](mailto:clearingstelle@azq.de)  
Internet: <http://www.leitlinien.de>

©2003 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

**Wichtiger Hinweis:**

Dieser Bericht enthält Beispiele und Zitate aus nationalen und internationalen Leitlinien und anderen Quellen, in denen Verfahren (z. B. Diagnostik, Präparate und Dosierungen oder andere Therapien) genannt werden, die u. U. nicht für den deutschen Verordnungsraum gültig oder zugelassen sind.

**Für Angaben zu Verfahren und deren Anwendung kann vom Verlag oder den Autoren keine Gewähr übernommen werden.**

Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Verfahren die zulässige Indikation, Kontraindikationen oder Anwendung festzustellen, insbesondere, ob diese gegenüber der Angabe in diesem Werk abweichen.

**Jede Anwendung oder Dosierung erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.**

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die Beispiele in den einzelnen Kapiteln sind z. T. redaktionell überarbeitet oder gekürzt, maßgeblich sind die Darstellungen der Original-Leitlinien.

## Inhaltsverzeichnis:

<b>Übersicht: Bewertete Leitlinien</b> .....	<b>7</b>
<b>Übersicht: Beispiele</b> .....	<b>10</b>
<b>Übersicht: Tabellen</b> .....	<b>11</b>
<b>Übersicht: Verwendete Abkürzungen</b> .....	<b>12</b>
<b>A. Einführung</b> .....	<b>13</b>
<b>B. Zusammenfassung der Vorschläge (Executive Summary)</b> .....	<b>15</b>
B.1    Vorschläge zu den Inhalten einer nationalen Leitlinie „Depression“ .....	15
B.1.1    Problembeschreibung der Leitlinie .....	15
B.1.2    Anwendungsbereich .....	15
B.2    Epidemiologie, Ätiopathogenese und Risikofaktoren .....	16
B.2.1    Deskriptive Epidemiologie .....	16
B.2.2    Ätiopathogenese und Risikofaktoren .....	16
B.2.3    Prognosefaktoren .....	17
B.3    Diagnostik der Depression .....	17
B.3.1    Psychopathologie (Technical terms).....	17
B.3.2    Syndromale Diagnostik .....	17
B.3.3    Diagnostik spezieller Syndrome .....	18
B.3.4    Mehrxiale Diagnostik.....	18
B.3.5    Nosologische / Kategoriale Diagnosen.....	18
B.3.6    Differenzialdiagnostik und Komorbidität / Zusatzdiagnostik.....	18
B.3.7    Funktionseinschränkungen .....	18
B.3.8    Stufenplan der Diagnostik / Red Flags.....	19
B.3.9    Verlaufs- und Prognosedagnostik / Verlaufstypologien.....	19
B.3.10    Screening-Diagnostik .....	19
B.4    (Primäre-)Prävention.....	20
B.5    Therapie .....	20
B.5.1    Therapieziele / -planung / -management.....	20
B.5.2    Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen (Stufenpläne).....	21
B.5.3    Psychoedukation / Patientenführung.....	21
B.5.4    Psychotherapieverfahren.....	22
B.5.5    Pharmakotherapie .....	23
B.5.6    Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren .....	25
B.5.7    Therapie von Komorbidität .....	25
B.5.8    Depression in speziellen Gruppen .....	25
B.5.9    Notfallmaßnahmen / Prävention von Notfällen .....	25
B.5.10    Management bei Suizid (-gefährdung) .....	26
B.5.11    Compliance .....	26
B.5.12    Familienmedizin/Beratung Angehöriger .....	26
B.5.13    Schulung von Patienten und Angehörigen .....	26
B.5.14    Anforderungen an therapeutische und nicht therapeutische Beratung durch Dritte .....	27
B.5.15    Rehabilitation .....	27
B.6    Organisation / Methodik und Fortentwicklung .....	28
B.6.1    Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung .....	28
B.6.2    Kosten / Nutzen .....	28
B.6.3    Maßnahmen des Qualitätsmanagements .....	29
B.6.4    Überprüfung und Evaluation der Leitlinien Anwendung / Implementierung .....	29
<b>C. Methodik</b> .....	<b>30</b>
C.1    Hintergrund und Ziele des Leitlinien-Clearingverfahrens.....	30

C.2	Methodik des Leitlinien-Clearingverfahrens .....	31
C.2.1	Arbeitsschritte des Clearingverfahrens .....	31
C.2.2	Priorisierung von Leitlinienthemen .....	33
C.2.3	Instrumente des Clearingverfahrens .....	34
C.2.4	Inhaltliche Angemessenheit von Leitlinien .....	35
C.2.5	Praktikabilität einer Leitlinie.....	35
C.2.6	Darlegung der Qualitätsprüfung.....	35
C.2.7	Begründung zur Vorgehensweise bei der Bewertung von Leitlinien.....	36
C.3	Methodik des Clearingverfahrens - Themenbereich Depression .....	36
C.3.1	Recherche.....	37
C.3.2	Ergebnisse der Leitlinienrecherche Depression.....	38
C.3.3	Durchführung und Darstellung der methodischen Bewertung.....	38
C.3.4	Ergebnisse der methodischen Bewertung .....	39
C.3.5	Beschreibung der Fokusgruppen-Arbeit.....	40
<b>D.</b>	<b>Hauptdokument .....</b>	<b>42</b>
D.1	Vorschläge zu den Inhalten einer nationalen Leitlinie „Depression“ .....	42
D.1.1	Problembeschreibung der Leitlinie .....	42
D.1.2	Anwendungsbereich (des Clearingberichtes Depression).....	44
D.2	Epidemiologie, Ätiopathogenese und Risikofaktoren .....	47
D.2.1	Deskriptive Epidemiologie .....	47
D.2.2	Ätiopathogenese und Risikofaktoren .....	52
D.2.3	Prognosefaktoren .....	57
D.3	Diagnostik der Depression .....	61
D.3.1	Psychopathologie (Technical terms).....	61
D.3.2	Syndromale Diagnostik .....	62
D.3.3	Diagnostik spezieller Syndrome .....	63
D.3.4	Mehraxiale Diagnostik.....	65
D.3.5	Nosologische / Kategoriale Diagnosen.....	67
D.3.6	Differenzialdiagnostik und Komorbidität / Zusatzdiagnostik.....	69
D.3.7	Diagnostik der Funktionseinschränkungen .....	71
D.3.8	Stufenplan der Diagnostik / Red Flags.....	73
D.3.9	Verlaufs- und Prognosediagnostik / Verlaufstypologien.....	75
D.3.10	Screening-Diagnostik .....	77
D.4	(Primäre-)Prävention.....	81
D.5	Therapie .....	83
D.5.1	Therapieziele / -planung / -management.....	83
D.5.2	Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen (Stufenpläne).....	87
D.5.3	Psychoedukation / Patientenführung.....	93
D.5.4	Psychotherapieverfahren.....	98
D.5.5	Pharmakotherapie .....	108
D.5.6	Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren .....	117
D.5.7	Therapie von Komorbidität .....	119
D.5.8	Depression in speziellen Gruppen .....	121
D.5.9	Notfallmaßnahmen / Prävention von Notfällen .....	122
D.5.10	Management bei Suizid(-gefährdung) .....	124
D.5.11	Compliance .....	125
D.5.12	Familienmedizin / Beratung Angehöriger .....	126
D.5.13	Schulung von Patienten und Angehörigen .....	127
D.5.14	Anforderungen an therapeutische und nicht-therapeutische Beratung durch Dritte (Selbsthilfegruppen; Lehrer) [awareness] .....	129
D.5.15	Rehabilitation .....	130
D.6	Organisation / Methodik und Fortentwicklung von Leitlinien.....	134

D.6.1	Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung .....	134
D.6.2	Kosten / Nutzen .....	135
D.6.3	Maßnahmen des Qualitätsmanagements .....	138
D.6.4	Überprüfung und Evaluation der Leitlinien Anwendung / Implementierung	141
<b>E.</b>	<b>Anhang:</b> .....	<b>144</b>
E.1	Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ 98/99 (00/01) .....	144
E.2	Bewertung der technischen Qualität von Leitlinien .....	147
E.3	Strukturierte Leitlinien-Abstracts der methodischen Bewertung .....	148
E.3.1	American Board of Family Practice, Depressive Disorders .....	148
E.3.2	American College of Physicians - American Society of Internal Medicine, Pharmacologic Treatment of Acute Major Depression and Dysthymia.....	151
E.3.3	American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder.....	154
E.3.4	American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder.....	157
E.3.5	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Empfehlungen zur Therapie der Depression.....	160
E.3.6	British Association for Psychopharmacology, Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants.....	163
E.3.7	Canadian Psychiatry Association, Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders .....	166
E.3.8	Canadian Consensus Group on SAD, Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder .....	169
E.3.9	Canadian Task Force for Preventive Health Care, Early detection of depression und Prevention of Suicide .....	172
E.3.10	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen .....	175
E.3.11	Duodecim Finish Medical Society, EBM Guidelines .....	178
E.3.12	Institute for Clinical Systems Improvement, Major Depression in Adults for Mental Health Providers.....	181
E.3.13	Institute for Clinical Systems Improvement, Major Depression, Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder in Adults in Primary Care .....	184
E.3.14	National Advisory Committee on Health and Disability, Guidelines for the Treatment and Management of Depression by Primary Healthcare Professionals.....	187
E.3.15	National Institutes of Health, Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life .....	190
E.3.16	North of England Evidence-Based Guideline Development Project, The Choice of Antidepressants for Depression in Primary Care .....	193
E.3.17	Psychguides, Medication treatment of bipolar disorder .....	196
E.3.18	Department of Veterans Affairs, Management of Major Depressive Disorder in Adults .....	199
E.3.19	Department of Veterans Affairs, The Pharmacologic Management of Major Depression in the Primary Care Setting .....	202
E.3.20	World Health Organization, WHO guide to mental Health in Primary Care.	205
E.3.21	Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin und Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychotherapie der Depression .....	208
E.4	Recherche Datenbanken .....	211



## Übersicht: Bewertete Leitlinien

- LL 1: American Board of Family Practice.  
Depressive disorders. 8th ed.; 2000.  
<http://www.familypractice.com/references/ABFPGuides/Depressive/depressive.htm>
- LL 2: American College of Physicians, American Society of Internal Medicine.  
Pharmacologic treatment of acute major depression and dysthymia (Part 1). *Annals of Internal Medicine* 2000;132(9): 738-42.  
<http://www.annals.org/issues/v132n9/full200001020-0010.pdf>;  
A systematic review of newer pharmacotherapies for depression on adults: evidence report summary (Part 2). *Internal Medicine* 2000;132(9): 743-56.  
<http://www.annals.org/issues/v132n9/full200001020-0011.pdf>  
Summary: <http://www.acponline.org/sci-policy/depsummary.htm>
- LL 3: American Psychiatric Association.  
Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. In: American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. 1. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. P. 497-562;  
*Am J Psychiatry* 1994;151(12 Suppl):1-36.  
[http://www.psych.org/clin\\_res/pg\\_bipolar.cfm](http://www.psych.org/clin_res/pg_bipolar.cfm)
- LL 4: American Psychiatric Association.  
Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. In: American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. 1. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. P. 413-96;  
*Am J Psychiatry* 2000;157(4 Suppl):1-46.  
[http://www.psych.org/clin\\_res/depression2e.book.cfm](http://www.psych.org/clin_res/depression2e.book.cfm)
- LL 5: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.  
Empfehlungen zur Therapie der Depression. 1. Aufl.; 1997.  
<http://www.akdae.de/>
- LL 6: British Association for Psychopharmacology.  
Anderson, I.M., Nutt, D.J., Deakin, J.F.W. Evidence based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology* 2000;14(1):3-20.  
<http://www.bap.org.uk>
- LL 7: Canadian Psychiatry Association, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments.  
Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 2001;46(Suppl 1): 13-90.  
[http://www.cpa-apc.org/Publications/Clinical\\_Guidelines/contents.asp](http://www.cpa-apc.org/Publications/Clinical_Guidelines/contents.asp)

- LL 8: Canadian Consensus Group on SAD.  
Lam, RW, Levitt AJ. Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder: a summary of the report of the Canadian Consensus Group on SAD. Vancouver: Clinical and Academic Pub.;1999.  
Summary: <http://www.fhs.mcmaster.ca/direct/depress/sad2.html>
- LL 9: Canadian Task Force on Preventive Health Care.  
Early detection of depression. In: Guide to clinical preventive services; 2001. 450-54.  
Prevention of Suicide. In: Guide to clinical preventive services; 2001. 456-67.  
(Anm. Die Leitlinien in chapter 39 und 40 sind von 1994)  
[www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org)
- LL 10: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.  
Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen; 2000.  
Kurzfassung: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psygn05.htm>
- LL 11: Duodecim Finish Medical Society.  
Major depressive disorder; 1998  
(Anm. Leitlinien zu major depressive disorder und verknüpfte Leitlinien)  
<http://www.ebm-guidelines.com>
- LL 12: Institute for Clinical Systems Improvement.  
Major depression in adults for mental health providers; 2001.  
<http://www.icsi.org/guide/DeprSp.pdf>
- LL 13: Institute for Clinical Systems Improvement.  
Major depression, panic disorder and generalized anxiety disorder in adults in primary care; 2001.  
<http://www.icsi.org/guide/ANX.pdf>
- LL 14: National Advisory Committee on Health and Disability.  
Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals; 1996.  
[http://www.nzgg.org.nz/library/gl\\_complete/depression/index.cfm](http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/depression/index.cfm)
- LL 15: National Institutes of Health.  
Diagnosis and treatment of depression in late life consensus development. Consensus Statement 1991;9(3):1-27.  
[http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/086/086\\_statement.htm](http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/086/086_statement.htm).  
Update: Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. JAMA 1997;278 (14):1186-90.
- LL 16: Centre for Health Services Research University of Newcastle upon Tyne; Centre for Health Economics University of York.  
The choice of antidepressants for depression in primary care: North of England Evidence-Based Guideline Development Project; 1998.  
<http://www.nelh.nhs.uk/>

- LL 17: Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. Medication treatment of bipolar disorder 2000. New York: McGraw-Hill; 2000. [www.psychguides.com](http://www.psychguides.com)
- LL 18: Veterans Health Administration/Department of Defense. VHA/DOD Clinical practice guideline for major depressive disorder in adults; 2000. [http://www.oqp.med.va.gov/cpg/MDD/MDD\\_Base.htm](http://www.oqp.med.va.gov/cpg/MDD/MDD_Base.htm)
- LL 19: Veterans Health Administration/Medical Advisory Panel for the Pharmacy Benefits Management Strategic Health Group. The pharmacologic management of major depression in the primary care setting; 2000. <http://www.vapbm.org>
- LL 20: World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health. WHO Guide to Mental Health in Primary Care. London: Royal Society of Medicine Press; 2001 <http://www.roysocmed.ac.uk/pub/bkwho.htm>

**Nach Abschluss der Recherche wurde in der Bewertung zusätzlich berücksichtigt:**

- LL 21 Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin, Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie. Psychotherapie der Depression; 2002  
Available from: URL:  
<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psytm023.htm>

**Nicht bewertete aber in Beispielen zitierte Leitlinien :**

In der Bewertung aus methodischen Gründen nicht berücksichtigt, da diese Leitlinie vom Herausgeber offiziell als ungültig erklärt wurde und nur noch als historisches Dokument verfügbar ist:

AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) Depression in primary care: Volume 1: Treatment of major depression, Volume 2: Detection and diagnosis; 1993.

**Regionale / lokale Leitlinien:**

University of Michigan Health System: Depression; 1998

## Verzeichnis der Beispiele:

Beispiel 1: Modulare Anordnung einer Leitlinie.....	46
Beispiel 2: Epidemiologische Daten.....	48
Beispiel 3: Prävalenzdaten .....	49
Beispiel 4: Prävalenz und Symptomerkenkung in verschiedenen Altersgruppen .....	50
Beispiel 5: Soziale- und Sozialmedizinische Bedeutung .....	51
Beispiel 6: Ätiopathogenese .....	53
Beispiel 7: Identifizierte und psychologische Risikofaktoren .....	54
Beispiel 8: Biologische Risikofaktoren.....	55
Beispiel 9: Neurobiologisches Risiko.....	55
Beispiel 10: Körperliche Zustände bzw. Erkrankungen als Risikofaktor .....	55
Beispiel 11: Auslöser von Depression .....	56
Beispiel 12: Indikationen bei erkannten Risikofaktoren .....	56
Beispiel 13: Faktoren, die die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöhen .....	58
Beispiel 14: Prognose nach Symptomatik und Erkrankungsverlauf.....	58
Beispiel 15: Komorbiditäten und Folgeerkrankungen .....	59
Beispiel 16: Ansprechen auf bisherige Therapien .....	59
Beispiel 17: Depression als Komplikationsfaktor .....	60
Beispiel 18: Definition der Psychopathologie.....	61
Beispiel 19: Diagnostik der Subsyndroms Suizidalität.....	64
Beispiel 20: Mehraxiale Diagnostik.....	66
Beispiel 21: Kategoriale Diagnostik .....	68
Beispiel 22: Komorbiditäten .....	70
Beispiel 23: Labordiagnostik.....	71
Beispiel 24: Assessment der Funktionseinschränkung.....	72
Beispiel 25: Warnsignale „Red Flags“ .....	73
Beispiel 26: Diagnose Algorithmus.....	74
Beispiel 27: Hinweise zur Verlaufsdiagnostik.....	76
Beispiel 28: Anamneseinterview zur Screening-Diagnostik .....	78
Beispiel 29: Screening-Diagnostik nach Schlüsselssymptomen .....	79
Beispiel 30: Hinweis auf Screening Tools.....	80
Beispiel 31: Therapieziele .....	84
Beispiel 32: Therapieziele .....	84
Beispiel 33: Behandlungsphasen .....	85
Beispiel 34: Indikation zur Therapieanpassung .....	86
Beispiel 35: Indikationen für Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung.....	87
Beispiel 36: Stufenplan zur Überweisung.....	89
Beispiel 37: Überweisungskriterien .....	90
Beispiel 38: Behandlungsinstitutionen .....	91
Beispiel 39: Konsultationsnotwendigkeit.....	91
Beispiel 40: Stationäre Einweisung .....	92
Beispiel 41: Abgrenzung der Patientenführung zur Psychotherapie.....	94
Beispiel 42: Information zur Krankheitseinsicht.....	94
Beispiel 43: Allgemeines Beratungs-Modul.....	95
Beispiel 44: Spezifisches Beratungs-Modul .....	96
Beispiel 45: Lebensstiländerung .....	97
Beispiel 46: Edukation zur Problemlösung .....	97
Beispiel 47: Übersicht über Psychotherapien und vergleichende Darlegung der Effektivität.....	100
Beispiel 48: Charakterisierung der zentralen Ziele und des Vorgehens bei kognitiven Verhaltenstherapien .....	101
Beispiel 49: Charakterisierung der zentralen Ziele und des Vorgehens Interpersoneller Psychotherapie .....	102
Beispiel 50: Übersicht über die Effekte von Kombinationstherapien .....	103
Beispiel 51: Indikation und Kriterien für Psychotherapie als erster Behandlungsalternative .....	103
Beispiel 52: Indikationen und Kriterien für Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung .....	104
Beispiel 53: Langzeittherapie.....	104
Beispiel 54: Psychotherapie zur Rezidivprophylaxe/Langzeittherapie.....	104
Beispiel 55: Therapiebegleitende Dokumentation .....	105
Beispiel 56: Zeitpunkte und Kriterien .....	105
Beispiel 57: Settingspezifische Besonderheiten .....	106
Beispiel 58: Information zur Auswahl von Therapeuten .....	106
Beispiel 59: Qualifikationsvoraussetzungen von Therapeuten .....	107
Beispiel 60: Vorgaben zur Auswahl des Therapeuten bei Einleitung einer Psychotherapie.....	107
Beispiel 61: Dosierungsempfehlungen.....	111
Beispiel 62: Medikamentöse Therapieübersicht.....	112

Beispiel 63: Medikationsübersicht .....	113
Beispiel 64: Arzneimittelinteraktionen .....	114
Beispiel 65: Therapiekontrolle .....	115
Beispiel 66: Stufenschema bei Non-Respondern .....	115
Beispiel 67: Erhaltungstherapie .....	116
Beispiel 68: Empfehlungen zum Wechsel der Antidepressiva .....	116
Beispiel 69: Ernährungsempfehlungen .....	117
Beispiel 70: Übersicht zu anderen / seltenen Therapien.....	118
Beispiel 71: Indikationsstellung .....	118
Beispiel 72: Psychiatrische Komorbidität.....	120
Beispiel 73: Besondere Patientengruppen.....	121
Beispiel 74: Prävention von Therapiekomplicationen .....	123
Beispiel 75: Management der Suizidalität .....	124
Beispiel 76: Berücksichtigung der Compliance .....	125
Beispiel 77: Schulungsinhalte/-ziele .....	128
Beispiel 78: Rehabilitationskoordination .....	133
Beispiel 79: Kosten-Nutzen-Rechnung am Beispiel von Therapiekosten.....	137
Beispiel 80: Messung der Leitlinienanwendung .....	139
Beispiel 81: Monitoring der Leitlinien-Anwendung .....	140
Beispiel 82: Dokumentationsverfahren .....	140

## Übersicht: Tabellen

Tabelle 1: Durchführung des Leitlinien-Clearingverfahrens.....	32
Tabelle 2: Ranking der methodischen Bewertung.....	39
Tabelle 3: Zusammensetzung des Expertenkreises Depression.....	40
Tabelle 4: Übersicht der ausgewählten Beispiele.....	43
Tabelle 5: Zuordnung der Leitlinien zu Fachbereichsgruppen .....	45
Tabelle 6: Klassifizierung medizinischer Leitlinien nach der Effektivität.....	142
Tabelle 7: Evaluierte Implementierungsinstrumente .....	142

## Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen:

ABFP	American Board of Family Practice
ACP	American College of Physicians
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
AMG	Arzneimittelgesetz
APA	American Psychiatry Association
ASIM	American Society of Internal Medicine
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BAP	British Association for Psychopharmacology
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium Gesundheit
bdd	bipolar depressive disorder
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CCG	Canadian Consensus Group
CPA	Canadian Psychiatry Association
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FMS	Finish Medical Society
GG	Grundgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning Disability and Health
ICSI	Institute for Clinical Systems Integration
ISBN	International Standard Book Number
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LL	Leitlinie
mdd	major depressive disorder
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
NAC	National Advisory Committee on Health and Disability
NIH	National Institute of Health
NNT	Number needed to treat
No. Eng.	North of England Evidence-Based Guideline Development Project
NZGG	New Zealand Guidelines Group
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
sad	seasonal affective disorder
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
StGB	Strafgesetzbuch
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
VHA	Veterans Health Administration
WHO	World Health Organization

## A. Einführung

### Hintergrund:

Zur Qualitätsförderung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Depressionen verabredeten die Spitzenverbände der Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen im Jahr 2001 die Durchführung eines Leitlinien-Clearingverfahrens zu deutsch- und englischsprachigen Depressions-Leitlinien.

### Zielsetzung:

Recherche, formale und inhaltliche Bewertung der Leitlinien nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin mit dem Ziel der Qualitätsdarlegung für Leitlinien, die den internationalen Standards entsprechen. Formulierung von Empfehlungen für eine nationale, evidenzbasierte Leitlinie Depression.

### Methode:

#### Leitlinienrecherche und formale Bewertung im Clearingverfahren Depression:

Systematische Datenbankrecherche nach deutsch- und englischsprachigen Leitlinien aus dem Angebot des Leitlinien-Informationssystems des ÄZQ unter <http://www.leitlinien.de/> und Literaturdatenbanken (X Med) für den Zeitraum Januar 1991- 2001.

Von 843 Treffern in Literatur- und Leitliniendatenbanken wurden 128 Zitate im Volltext gesichtet. 20 Leitlinien erfüllten primär die Einschlusskriterien.

Nach Abschluss der Recherche erschien im Jahr 2002 die Leitlinie „Psychotherapie der Depression“. Diese wurde zusätzlich in die Bewertung aufgenommen.

#### Inhaltliche Bewertung:

Inhaltliche Bewertung von 21 Leitlinien mit folgenden Einschlusskriterien: ärztliche Therapieleitlinie zu „Depression“ (major depression, bipolar depression), deutsch- und englischsprachige Versionen überregionaler Leitlinien, aktuellste gültige Version bei mehreren Leitlinien eines Herausgebers ohne Einschränkung des Geltungsbereiches. Inhaltliche Bewertung durch eine Fokusgruppe von Leitlinienanwendern aus ambulanter und stationärer Versorgung sowie Methodikern (Expertenkreis Depression des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin).

#### Berichtsverfahren:

Schriftliche Darlegung der Ergebnisse der formalen Bewertung mittels strukturierter Abstracts, Formulierung von Eckpunkten einer nationalen Musterleitlinie „Depression“ und Darlegung beispielhafter Textbausteine auf der Grundlage der Recherche- und Bewertungsergebnisse.

#### Ergebnisse:

21 Leitlinien wurden formal mit der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ des Leitlinien-Clearingverfahrens bewertet. Deutliche Unterschiede in der Qualität fanden sich bezüglich des Entwicklungsprozesses, der Verknüpfung der Empfehlungen mit der Evidenz und Empfehlungen zur Implementierung.

Inhaltliche Bewertung:

Keine der bewerteten Leitlinien entspricht vollständig den folgenden inhaltlichen Eckpunkten, die die Fokusgruppe für eine überregionale deutsche Depressions-Leitlinie empfiehlt:

1. Anwendungsbereich
2. Bereich Epidemiologie, Ätiopathogenese und Risikofaktoren:  
Deskriptive Epidemiologie, Ätiopathogenese und Risikofaktoren, Prognosefaktoren.
3. Bereich Diagnostik:  
Psychopathologie (technical terms), Syndromale Diagnostik, Diagnostik spezieller Symptome, Mehraxiale Diagnostik, Nosologische / Kategoriale Diagnosen, Differenzialdiagnostik und Komorbidität, Zusatzdiagnostik, Funktionseinschränkungen, Stufenplan der Diagnostik / Red Flags, Verlaufs-, Prognosediagnostik / Verlaufstypologien, Screening-Diagnostik.
4. (Primäre-)Prävention
5. Bereich Therapie:  
Behandlungsziele /-planung /-management, Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen (Stufenpläne), Psychoedukation/ Patientenführung, Psychotherapieverfahren, Pharmakotherapie, Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren, Therapie von Komorbidität, Depression in speziellen Gruppen, Notfallmaßnahmen / Prävention von Notfällen, Management bei Suizid(-gefährdung), Compliance, Familienmedizin / Beratung Angehöriger, Anforderungen an therapeutische und nicht therapeutische Beratung durch Dritte, Rehabilitation.
6. Bereich Organisation / Methodik:  
Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung, Kosten / Nutzen, Maßnahmen des Qualitätsmanagements, Überprüfung der Leitlinien Anwendung / Implementierung.

Empfehlungen:

Künftigen deutschen Depressions-Leitlinienprogrammen wird die Berücksichtigung folgender Kriterien empfohlen:

- Berücksichtigung der Vorschläge zum methodischen Vorgehen und Begründung von Abweichungen im empfohlenen methodischen Vorgehen.
- Die Grundlage sämtlicher Empfehlungen (wissenschaftlich, Konsens, Erfahrung) sollte stets explizit benannt werden (Evidenzbasierung).
- Die Formulierungen der Leitlinie sollten den Handlungskontext der angesprochenen Nutzer (z. B. Hausärzte) berücksichtigen. Für die unterschiedliche Anwender Zielgruppen wird die Erstellung von, angepassten Versionen für verschiedene Gruppen von Therapeuten, Patienten und / oder Angehörigen empfohlen.
- Für die Interaktion der Anwenderzielgruppen ist es erforderlich, dass das Krankheitsbild „Depression“ und die Kriterien zur Festlegung der Diagnose einheitlich und interdisziplinär festgelegt werden.

Zu den Vorschlägen der durch eine Leitlinie abzudeckenden Bereiche werden auch beispielhafte Textbausteine aus den bewerteten Leitlinien gezeigt. Diese können als eine Grundlage zur Erarbeitung einer nationalen Leitlinie Depression, die den formalen und inhaltlichen Qualitätskriterien des Clearingverfahrens entspricht, dienen.



## B. Zusammenfassung der Vorschläge (Executive Summary)

### B.1 Vorschläge zu den Inhalten einer nationalen Leitlinie „Depression“

#### B.1.1 Problembeschreibung der Leitlinie

Die nachfolgende Zusammenfassung der Vorschläge zu inhaltlichen Eckpunkten einer nationalen Leitlinie Depression resultiert aus

- den (übereinstimmenden) Inhalten der vorliegenden bewerteten Leitlinien,
- dem aktuellen epidemiologischen bzw. klinischen und pharmakologischen Wissensstand zur Prävention, Diagnostik und Therapie der Depression,
- den eigenen Erfahrungen der Experten in der ambulanten und stationären Versorgung.

Diese Executive Summary soll dem interessierten Leser einen ersten Überblick über die erarbeiteten Lösungsvorschläge erlauben. Für das Verständnis der Vorschläge ist im Hinblick auf die komplexen Zusammenhänge und verschiedenen Betrachtungs- / Handlungsweisen bei der Erkrankung „Depression“ in den Fachgruppen der Behandler und den Leitlinien die Kenntnis der im Hauptdokument dargestellte Herleitung der Probleme erforderlich.

#### B.1.2 Anwendungsbereich

*(des Clearingberichtes Depression)*

Insbesondere bei der Diagnostik der Depression aber auch bei Mit- und Weiterbehandlung durch die jeweils andere Fachgruppe der Behandler (Hausärzte, Fachärzte und Psychologen) ergeben sich viele Probleme aus fehlenden, übereinstimmenden Definitionen des Krankheitsbildes.

Die Therapie der Depression unterscheidet zwischen **Episoden- /und Langzeittherapie**.

Bei den folgenden Vorschlägen ist vor diesem Hintergrund zu beachten, dass die Anforderungen an Leitlinien je nach Anwendungsbereich eine unterschiedliche Berücksichtigung dieses Aspektes erfordert. Im Leitlinienclearingbericht „Depression“ sind die Vorschläge nur dann besonders gekennzeichnet, wenn sich aus der Unterscheidung zwischen Episoden- / und Langzeittherapie andere Anforderungen an eine nationale Leitlinie ergeben. Der Leitlinien-Clearingbericht Depression kann daher nur auf die prinzipiell notwendigen Schritte hinweisen. Die Anwendbarkeit einer nach diesen Vorgaben entwickelten Leitlinie setzt voraus, dass die Konventionen zur Definition des Krankheitsbildes sowohl zu den empfohlenen Diagnostik- und Therapieverfahren als auch im Hinblick auf Ausbildung und Arbeitsorganisation der Zielgruppe der Leitlinie kompatibel sind.

- Bei der notwendigen Definition des Anwendungsbereiches einer Leitlinie Depression soll neben der entsprechenden Definition der Ziele und Zielgruppen (Behandler, Patienten) gegebenenfalls unter Bezug auf psychopathologische Definitionen eine inhaltliche Abgrenzung des Themenbereiches der Leitlinie erfolgen.
- Eine die Leitlinien übergreifende Definition der Schnittstellen der Versorgung ist dann erforderlich, wenn 2 Leitlinien für dasselbe Krankheitsbild mit unterschiedlichem Anwendungsbereich auf die Behandlung des Patienten Einfluss nehmen können.
- Die auf einer Konvention basierende Definition des Krankheitsbildes sollte sowohl mit den in der Leitlinie empfohlenen Diagnostik- und Therapieverfahren zu Grunde liegenden Definitionen vereinbar sein, als auch Ausbildung und Arbeitsorganisation der Anwenderzielgruppe der Leitlinie berücksichtigen.
- Die Integration in ein die Versorgungsebenen übergreifendes Gesamtkonzept ist durch eine interdisziplinäre, gemeinsam arbeitende Arbeitsgruppe zu gewährleisten.

## B.2 Epidemiologie, Ätiopathogenese und Risikofaktoren

### B.2.1 Deskriptive Epidemiologie

- Eine Leitlinie Depression sollte präzise Daten zur deskriptiven Epidemiologie unter besonderer Berücksichtigung des definierten Anwendungsbereichs und der primären Zielgruppe so darstellen, dass sie die Ziele der Leitlinie unterstützen.
- Eine epidemiologische Einführung in einer Leitlinie sollte aufzeigen, auf welche Weise die epidemiologischen Daten zur Erleichterung von diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozessen genutzt werden können. Sie sollte dabei die wichtigsten Nutzergruppen ansprechen und auch eine Verbindung zu gesundheitsökonomischen Aspekten solcher Entscheidungen herstellen.
- Auf die soziale, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Bedeutung depressiver Störungen sollte explizit verwiesen werden.
- Auf mögliche Defizite (noch nicht untersuchte Bereiche) und Fehlerquellen ist auch bei epidemiologischen Daten explizit hinzuweisen.
- Über ein zusammenfassendes Epidemiologie-Kapitel hinaus sollten alle wesentlichen Empfehlungen der weiteren Leitlinien-Abschnitte (insbesondere die diagnostischen Empfehlungen und die therapeutischen Optionen) mit epidemiologischen Daten – soweit verfügbar – begründet werden.

### B.2.2 Ätiopathogenese und Risikofaktoren

- In einer Leitlinie sollte das vorhandene Wissen zu Ätiopathogenese und zu Risikofaktoren depressiver Erkrankungen zusammenfassend sowie in eindeutiger Abgrenzung von Hypothesen dargestellt werden. Für den Nutzer muss dabei deutlich werden, bei welchen diagnostischen, beratenden und therapeutischen Maßnahmen dieses Wissen umgesetzt werden kann. Ein wichtiges Ziel in diesem Zusammenhang ist die Information von Nutzern in der Primärversorgung. Dieser Personenkreis kennt oft das familiäre und soziale Umfeld und kann dann Patienten, bei denen empirisch gesicherte Risikofaktoren identifiziert werden, gezielt präventiv unterstützen oder eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung einleiten.
- Gruppen von Risikofaktoren, zu denen empirische Evidenz vorliegt, und die deshalb in der Leitliniendarstellung enthalten sein sollten, sind:
  - biologische, einschließlich genetischer und somatischer Risikofaktoren,
  - psychologische Risikofaktoren, einschließlich der Einflüsse des sozialen Umfelds und deren Verarbeitung,
  - soziodemographische Faktoren,
  - vorausgehende körperliche Zustände bzw. Erkrankungen,
  - psychische Syndrome im Vorfeld und vorausgehende psychische Erkrankungen.
- In der Leitlinie sollten die Datenbasis (retrospektiv, prospektiv, kontrolliert) und die prognostische Power (Vorhersagebedeutung) für die jeweiligen Faktoren genannt werden.
- Wegen der besonderen Bedeutung der Adoleszenz für das spätere Depressionsrisiko sollte ein Verweis auf spezielle Leitlinien zu depressiven Syndromen bei Kindern und Jugendlichen erfolgen.
- Neben dieser zusammenfassenden Darstellung von evidenzbasierten Risikofaktoren sollte eine Übersicht verdeutlichen, welche Indikationen bei einer Kombination erkannter Risikofaktoren bestehen.

- Über eine zusammenfassende Darstellung zu Ätiopathogenese und Risikofaktoren hinaus sollte bei der späteren Darstellung von Therapieoptionen auf die zugrunde liegenden ätiopathogenetischen Modelle bzw. auf Probleme verschiedener ätiopathogenetischer Konzepte hingewiesen werden. Das gilt besonders dann, wenn sich bei bestimmten Subtypen depressiver Störungen aus der Annahme bestimmter Modelle Konsequenzen für die weitere Diagnostik und Therapie ergeben.

### B.2.3 Prognosefaktoren

- Eine Leitlinie sollte eine zusammenfassende evidenzbasierte Darstellung von Prognosefaktoren enthalten, die berücksichtigt, dass depressive Störungen häufig rekurren oder chronifizieren und eine Residualsymptomatik zu beachten ist.
- Der in vielen Leitlinien enthaltene langfristig angelegte Behandlungsplan ist empirisch zu stützen. Zur Bewertung der Evidenz ist ein anderer Kriterienkatalog zugrunde zu legen als zur Bewertung der Wirksamkeit von Therapien.
- Eine Leitlinie sollte z. B. Aussagen zu den folgenden Faktoren enthalten, zu denen bereits Evidenz vorliegt:
  - bisherige Symptomatik und bisheriger Erkrankungsverlauf,
  - spezifische Prognosefaktoren für besondere Subtypen,
  - Komorbiditäten und Folgeerkrankungen,
  - Geschlecht und Ersterkrankungsalter,
  - biologische und psychologische Vulnerabilitätsmarker,
  - ansprechen auf bisherige Therapien,
  - Depression als Komplikationsfaktor für das Outcome anderer Erkrankungen.
- Es sind ebenfalls gesicherte Aussagen zu Faktoren zu treffen, die einen günstigen Erkrankungsverlauf wahrscheinlich machen und die das Wiedererkrankungs- und Chronifizierungsrisiko senken. Solche Faktoren werden in Gegenüberstellung zu Risikofaktoren häufig als Schutz-, Puffer- oder Resilienzfaktoren bezeichnet.
- Wenn sich aus dem Vorliegen bestimmter Prognosekriterien Empfehlungen für das praktische Vorgehen ableiten lassen, sollten diese in den Empfehlungen insbesondere dann, wenn auch die Empfehlungen empirisch begründet werden können, berücksichtigt werden.

## B.3 Diagnostik der Depression

### B.3.1 Psychopathologie (Technical terms)

- Eine Leitlinie sollte darstellen, auf welche Definitionen psychopathologischer Begriffe sie sich bezieht.
- Auf die möglicherweise eingeschränkte Reliabilität bei der Nutzung der empfohlenen diagnostischen Algorithmen und Instrumente ist in diesem Zusammenhang hinzuweisen.

### B.3.2 Syndromale Diagnostik

- Eine Behandlungsleitlinie sollte eine Reihe unterschiedlicher „Syndromgestalten“ (z. B. agitierte Depression) benennen und definieren, auf die dann bei Therapieempfehlungen Bezug genommen werden kann.
- Eine Leitlinie sollte sich zum Einsatz von Syndrom-Messinstrumenten äußern und Vorschläge machen, wann welches Instrument bevorzugt zu verwenden ist und welche Einschränkungen sich in der Nutzung dieser Instrumente ergeben.
- Es sollten Vorschläge zur Minimierung von „falsch positiven“ Befunden beim Einsatz von Syndrom-Messskalen enthalten sein.

### B.3.3 Diagnostik spezieller Syndrome

- Eine Leitlinie sollte alle Subsyndrome nennen, die eigene diagnostische Prozesse erforderlich machen.
- Es sollten jeweils klare Empfehlungen gegeben werden, wie unter welchen Bedingungen jeweils diagnostisch vorzugehen ist (klinische Untersuchung, Leistungsdiagnostik usw.).

### B.3.4 Mehraxiale Diagnostik

- Eine Leitlinie sollte alle Achsen der mehraxialen Diagnostik psychischer Erkrankungen berücksichtigen. Es sollten präzise diagnostische Vorgaben einschließlich Empfehlungen zur Anwendung praxistauglicher Instrumente gegeben werden.

### B.3.5 Nosologische / Kategoriale Diagnosen

- In einer Leitlinie sollten die diagnostischen Algorithmen nicht nur im Sinne konsensueller Kriterien vorgestellt werden, sondern es sollte auch die Unterscheidung zwischen einer typologischen und einer dimensional Diagnostik reflektiert werden.
- Zum Problem der subschweligen Morbidität ist Stellung zu nehmen, hierfür sind klare diagnostische Vorgaben zu machen. Diese Vorgaben müssen die institutionelle Prävalenz der Morbidität und Symptomverteilung berücksichtigen und im praktischen Alltag auch umsetzbar sein.

### B.3.6 Differenzialdiagnostik und Komorbidität / Zusatzdiagnostik

- Eine Leitlinie sollte, sowohl hinsichtlich somatischer Komorbidität wie auch psychiatrischer Komorbidität, jeweils Kriterien nennen, wie zwischen Begleitsymptomen einerseits und einer depressiven Erkrankung andererseits zu unterscheiden ist. Dies sollte für die wichtigsten somatischen und psychiatrischen Erkrankungen mit hinreichender Spezifität erfolgen.
- Bei den Maßnahmen zur Ursachendiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten sind insbesondere auch die Anforderungen an die notwendige „internistische“ Basisdiagnostik zu beschreiben.
- Auf Arzneimittel und Drogen, die depressionsauslösend oder modifizierend sein können, soll eingegangen werden.
- Es sind konkrete Empfehlungen zu geben, was an Minimaldiagnostik in jedem Fall durchzuführen ist, wie frühzeitig weitere Untersuchungen zu veranlassen sind, oder wann aufwendige und kostenträchtige Untersuchungen angezeigt sind.

### B.3.7 Funktionseinschränkungen

- Eine Leitlinie sollte Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen von Patienten beschreiben, die im Rahmen depressiver Störungen akut und auch im Zusammenhang mit rezidivierenden oder chronischen Verläufen auftreten.
- Es sind Hinweise zur Gewichtung entsprechender Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen zu geben und es ist dazu Stellung zu nehmen, wann aus bestimmten Funktionseinschränkungen welche Konsequenzen zu ziehen sind (z. B. Krankschreibungen oder Diagnostik im Zusammenhang mit der Bestimmung eines Behinderungsgrades).

### B.3.8 Stufenplan der Diagnostik / Red Flags

- Eine Leitlinie sollte klare Stufenpläne der Diagnostik beschreiben, die auch eine systematische Beschreibung der Verläufe depressiver Erkrankung erlauben.
- Solche diagnostischen Stufenpläne sollten auch hinsichtlich ihrer Kosten präzisiert werden.
- Die diagnostischen Stufenpläne sollten auch Abbruchkriterien für die Diagnostik nennen, d.h. den Punkt, an dem genügend Informationen vorliegen, um eine Therapie einleiten zu können.
- In einer Leitlinie sind Warnsignale aufzulisten. Die Warnsignale sollten diagnostisch präzise beschrieben sein und in ihrer Bedeutung erläutert werden.

### B.3.9 Verlaufs- und Prognosedagnostik / Verlaufstypologien

- In einer Leitlinie sind Kriterien anzugeben, wann beispielsweise von einer depressiven Episode oder einer Symptompersistenz zu sprechen ist, oder wann eine symptomatische Verschlechterung als Rückfall innerhalb einer Episode oder als Beginn eines Rezidivs gewertet werden sollte.
- Es sind Methoden zur Verlaufsdiagnostik zu benennen, die in allen Phasen (d.h. einschließlich der Remission) von den beteiligten Versorgungsebenen angewendet werden können. Hilfen zur Auswertung müssen dafür sorgen, dass die empfohlene Untersuchungsmethode unabhängig von der Versorgungsebene zum gleichen Ergebnis in der Beurteilung führt.
- Die Leitlinie soll für alle Versorgungsebenen nachvollziehbare und klinisch machbare Kriterien für die Definition einer Remission beschreiben und auch auf Hilfsmittel zur Erfassung dieser hinweisen. Auf die Konsequenzen für die weitere Verlaufsdiagnostik bei der Diagnose „Remission“ ist besonders hinzuweisen.
- Eine Leitlinie sollte evidenzbasierte Indikatoren für Prognoseaussagen benennen und Empfehlungen zur Diagnostik der Prognoseindikatoren geben.
- Neben Vorgaben zur systematischen Diagnose und Erfassung der Komorbiditäten ist auch ein Verfahren zur Berücksichtigung assoziierter Erkrankungen zu beschreiben.
- Eine Leitlinie sollte auch klar benennen, welche potenziellen Prognosefaktoren in der Wissenschaft diskutiert werden, die aber bislang ohne Relevanz im Einzelfall sind und weshalb hier (noch) keine spezielle Diagnostik indiziert ist.

### B.3.10 Screening-Diagnostik

(„Diagnostik bei depressionsgefährdeten und noch nicht identifizierten Fällen“)

- Eine Leitlinie sollte auf Möglichkeiten zur Früherkennung von Menschen mit erhöhtem Depressionsrisiko hinweisen.
- Für Faktoren, von denen bekannt ist, dass sie zu einem erhöhten Depressionsrisiko beitragen können, sollten Empfehlungen gegeben werden, durch welche Fragen, Beobachtungen oder Untersuchungsverfahren sie festgestellt werden.
- Es sollten für unterschiedliche Risiko- und Erhebungsgruppen differenzierte Vorschläge für Screeninginstrumente und deren Einsatz gemacht werden.
- In einer Leitlinie sollte auch klar benannt werden, welche potenziellen Risikofaktoren in der Wissenschaft diskutiert werden, aber bislang ohne Relevanz im Einzelfall sind und weshalb hier (noch) keine spezielle Diagnostik indiziert ist.
- Das weitere diagnostische Vorgehen bei positivem Screeningergebnis ist zu beschreiben.
- Es ist darzustellen, ob die Nutzung dieser Screeninginstrumente im Rahmen bestehender Vorsorgeprogramme erfolgen soll, oder ob die hier erhobenen Daten für das Depressionsscreening nutzbar sind.

## B.4 (Primäre-)Prävention

- Eine Leitlinie sollte als erste Maßnahme der Primärprävention die Sensibilität und Offenheit der Bevölkerung für dieses Thema fördern.
- Die Notwendigkeit und der Umfang von Präventions- und Screeningmaßnahmen sind möglichst begründet darzulegen, dabei sind psychiatrische Komorbiditäten und Risikofaktoren für diese, sowie eine definitorische Zuordnung der Maßnahmen in das allgemein akzeptierte Schema (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) zu berücksichtigen.
- Neben der Zielgruppe sollten die für die Durchführung der Präventionsmaßnahmen verantwortlichen Institutionen und Ansprechpartner sowie notwendige Ressourcen genannt werden.

## B.5 Therapie

- Auch wenn eine Leitlinie auf Grund ihres Anwendungsbereiches keine Unterscheidung zwischen Episoden- und Langzeittherapie vornimmt, sollte jede Leitlinie auf diesen Aspekt der Therapieeinteilung hinweisen. Bei Bedarf ist eine eindeutige Zuordnung der Empfehlungen vorzunehmen.

### B.5.1 Therapieziele / -planung / -management

- Eine Leitlinie sollte aufeinander abgestimmte Module für die Primärversorgung sowie die weitere ambulante und stationäre Versorgung enthalten.
- Eine Leitlinie und ihre Module sollten eine globale Behandlungsstrategie für die kontinuierliche Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsphasen darstellen.
- Es sollten Ziele einer Maßnahme und die Kriterien für die Auswahl einer bestimmten Behandlung und Beratung des Patienten genannt werden.
- Eine Leitlinie sollte zum Stellenwert von Patientenpräferenzen und deren Berücksichtigung in der Behandlungsplanung Stellung nehmen.
- Eine Leitlinie sollte Frequenz bzw. Zeitabstände für Wiedereinbestellungen benennen, die evidenzbasiert sind. Unterschiede nach gewählten Behandlungsverfahren sind ggf. darzustellen.
- Basierend auf Verlaufskriterien sollten Empfehlungen zur Langzeitbetreuung und -behandlung gegeben werden. Diese sollten insbesondere für Hausärzte und Patienten eine ausgewogene Darstellung der Prognose beinhalten und Kriterien und Vorgehen der Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe nennen.

### B.5.2 Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen (Stufenpläne)

- In einer Leitlinie sind Aussagen darüber zu formulieren, welche Behandler welche Maßnahmen erbringen können und nach welchen Kriterien und Prioritäten die Behandlung in den einzelnen Versorgungsbereichen im gestuften System (z. B. Überweisung wann? durch wen? und wie?) erfolgen sollte. Diese Empfehlungen sollten im Hinblick auf die Häufigkeit von depressiven Syndromen ausgewogen und unter Bezug auf epidemiologische Daten hinsichtlich der Realisierbarkeit geprüft sein.
- Die Leitlinie sollte für jede Versorgungsstufe Kriterien für die Weiterversorgung auflisten, diese Kriterien sollen berücksichtigen:
  - Patientenfaktoren:
    - individuelle Gefährdung des Patienten,
    - Notwendigkeit einer stationären Behandlung / Unterbringung gegen den Willen,
    - soziale Unterstützung des Patienten,
    - Wünsche des Patienten.
  - Strukturaspekte:
    - unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten und Kompetenz,
    - (schnelle) Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen anderer Versorgungsstufen,
  - Kosten / Nutzenaspekte.
- Die in der Leitlinie dargestellten Kriterien sollten eine individuelle Abwägung der Vorteile und Nachteile der Versorgungssektoren sowie Barrieren gegen eine weitergehende Versorgung erlauben. Dabei sind die Präferenzen von Patienten und Angehörigen zu erheben und zu berücksichtigen.
- Es sollten insbesondere für den hausärztlichen Bereich Warnhinweise („red flags“) zu abwendbaren gefährlichen somatischen oder psychosozialen Verläufen gegeben werden.
- Die notwendigen Aufgaben der Verlaufsdagnostik und Therapiekontrolle sind unter Berücksichtigung der interkollegialen Zusammenarbeit und Weiterversorgung darzustellen.

### B.5.3 Psychoedukation / Patientenführung

- Die Maßnahmen der Patientenedukation / Patientenführung sollten im Rahmen der Einordnung der Therapie von spezifischen psychotherapeutischen Maßnahmen klar und möglichst eindeutig von diesen abgegrenzt werden, dabei ist auch auf besondere Anforderungen bei der Leistungserbringung hinzuweisen.
- Ebenso ist eine Abgrenzung der „Psychoedukation“ von curricularen Schulungsmaßnahmen vorzunehmen.
- Eine Leitlinie sollte praktische Orientierungshilfen zur Diagnoseaufklärung des Patienten geben. Dabei sollte dargestellt und theoretisch begründet werden, worüber ein Arzt wann und mit dem Patienten reden sollte.
- Es ist eine Stellungnahme erforderlich, ob und unter welchen Umständen, Gefahren wie lange die Mitteilung der Diagnose „Depression“ im Hinblick auf die erforderliche Etablierung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses abgewartet werden kann. Es ist dabei festzulegen, wie das Gesundheitsproblem im Falle der Verzögerung der Diagnosemitteilung an den Patienten klassifiziert und gegenüber dem Patienten beschrieben werden soll.
- Eine Leitlinie sollte auf geeignete, qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Patienteninformationen, die das notwendige Wissen über Diagnose und Therapie vermitteln und die das empfohlene Vorgehen unterstützen, verweisen. Ferner sind Hinweise zum gezielten Einsatz der Patienteninformationen im Rahmen der Patientenführung zu geben.



#### B.5.4 Psychotherapieverfahren

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte einen Überblick und einen bewertenden Vergleich der Effektivität von Psychotherapien bei Depression, getrennt für die Akutphase und die Rezidivprophylaxe bzw. die Langzeittherapie, enthalten. Dazu gehören:
  - eine Übersicht über die Psychotherapien, deren Nutzen belegt ist,
  - eine Charakterisierung der zentralen Ziele und des Vorgehens der wirksamen Psychotherapien,
  - eine Übersicht über die vergleichende Effektivität zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen,
  - eine Übersicht über die vergleichende Effektivität zwischen den spezifischen Psychotherapien und den medikamentösen Therapien,
  - eine Übersicht über die Effekte von Kombinationstherapien (Kombination von medikamentöser und Psychotherapie),
  - eine Zusammenstellung der Psychotherapien, deren Nutzen nicht belegt ist,
  - eine Zusammenstellung der Psychotherapien, deren Anwendung obsolet ist.
- Diese Zusammenstellungen sollten in einem vorzuziehenden Rhythmus aktualisiert werden.
- Bei den konkreten Empfehlungen, die aus der vergleichenden Bewertung der Psychotherapien resultieren, sollten auch die Studienergebnisse hinsichtlich klinischer Langzeitpunkte berücksichtigt werden.
- Zu folgenden Punkten des Therapiemanagements sollten Empfehlungen ausgesprochen werden:
  - Indikationen und Kriterien für Psychotherapie als erste Behandlungsalternative,
  - Indikationen und Kriterien für Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung,
  - Kriterien / Indikationsgesichtspunkte für Psychotherapie zur Rezidivprophylaxe und als Langzeittherapie,
  - Minimalanforderungen an die therapiebegleitende Dokumentation,
  - Zeitpunkte und Kriterien, nach denen abhängig von dieser Dokumentation eine begonnene Psychotherapie angepasst bzw. ergänzt oder abgebrochen werden sollte und Optionen für Anpassungen, Ergänzungen bzw. Behandlungsalternativen,
  - Kriterien für eine fachärztliche Konsultationsnotwendigkeit,
  - Aussagen zur Eignung bei verschiedenen Subgruppen von Patienten, auch im Hinblick auf die zeitliche Limitierung von Psychotherapien, Dauer und Sitzungsfrequenz, Vergrößerung der Sitzungsintervalle gegen Ende, „Auffrischungssitzungen“,
  - settingspezifische Besonderheiten,
  - ökonomische Aspekte von Psychotherapien,
  - Hinweise zur Auswahl von Therapeuten.
- Die Informationen für Patienten und Angehörige sollen die Darstellung der Psychotherapie umfassen. Hierzu zählen auch Erklärungen zu den Wirkungen der Therapien, aus denen für den Patienten der Sinn der Maßnahmen deutlich wird. Im Falle der Kombination mit Medikamenten sollten beide Behandlungsweisen durch umfassende Erklärungen in den Leitlinien vermittelt werden.



### B.5.5 Pharmakotherapie

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte einen bewertenden Vergleich der zur Verfügung stehenden Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe bieten. Dazu gehören:
  - Eine Übersicht der Wirkstoffe, deren Nutzen belegt ist. Ein Beleg der erwünschten Wirkung ist gerade bei Antidepressiva sehr wichtig, da hohe Ansprechraten in der Placebogruppe auf andere Mechanismen deuten, die in der Depressionsbehandlung wirksam sind.
  - Ein Vergleich der wirksamen Wirkstoffgruppen und der dazugehörigen einzelnen Wirkstoffe hinsichtlich ihrer Eigenschaften.
  - Gegebenfalls notwendige Kriterien für den Gebrauch von Pharmaka außerhalb der Zulassung (sog. „off-label-use“).
  - Eine Zusammenstellung der Präparate bzw. Stoffe, deren Nutzen nicht belegt ist.
  - Eine Zusammenstellung der Präparate bzw. Stoffe, deren Anwendung obsolet ist.
- Die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie sollte auch hinsichtlich klinischer Langzeitendpunkte bewertet werden. Hierzu gehören z. B.:
  - Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen,
  - Symptomatik und Psychopathologie,
  - Morbidität und Mortalität,
  - ökonomische Gesichtspunkte,
  - Forschungs- und Entwicklungsbedarf.
- Diese Zusammenstellungen sollten in einem fest vorgegebenen Rhythmus von z. B. 2 Jahren aktualisiert werden. Neben der Sichtung der zahlreichen klinischen Studien sind diese in für den Anwender transparente Empfehlungen zur Pharmakotherapie umzusetzen.

### **Die nachfolgend aufgeführten Einzelaspekte der antidepressiven Pharmakotherapie sollten in einer Leitlinie „Depression“ berücksichtigt werden:**

#### 1. Therapiebeginn und Kontrollpunkte im Verlauf:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte benennen:
  - Die Patientengruppe bzw. den Krankheitszustand, bei dem die Pharmakotherapie begonnen werden soll bzw. begonnen werden muss.
  - Den Zeitpunkt und die Kriterien, nach denen eine begonnene Pharmakotherapie angepasst bzw. verändert werden soll.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte einen Stufenplan erstellen, sofern eine Bevorzugung einzelner Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe durch Belege zu begründen ist. Bei den Belegen ist klinischen Studien mit klinisch relevanten Zielkriterien vor pathophysiologischen Überlegungen und Überlegungen zum Wirkmechanismus von Pharmaka der Vorzug zu geben.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte ausführlich zu den Kriterien und Zeitpunkten Stellung nehmen, zu denen eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva beendet werden kann. Hierbei sollte auch das Vorgehen beschrieben werden, wie und wann eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva zu beenden ist.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte ökonomische Aspekte der Pharmakotherapie mit Antidepressiva und der Auswahl der Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe beschreiben.

#### 2. Differenzialindikation:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte Wirkstoffgruppen bzw. einzelne Wirkstoffe auflisten, die sich bei unterschiedlichen Verläufen der depressiven Erkrankung besonders bewährt haben.

### 3. Kontraindikationen

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte häufige Begleiterkrankungen auflisten, bei denen die Anwendung bestimmter Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe mit einem größeren Risiko für das Auftreten arzneimittelbedingter Schäden verbunden ist. Nach Möglichkeit sollten Umstände angegeben werden, unter denen das in Kauf nehmen dieser Risiken vertretbar ist, sofern diese Angaben durch Belege begründet werden können.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte Vorgehensweisen und Alternativen beim Vorliegen von Kontraindikationen und beim Auftreten von Unverträglichkeiten benennen.

### 4. Erwünschte / Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Arzneimittelinteraktionen:

- Wirkungen und Wirkmechanismen der Pharmaka sind zielgruppengerecht und übersichtlich darzustellen.
- Eine Leitlinie „Depression“ muss ausführlich das Risikopotenzial der Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe anhand der bekannten, unerwünschten Arzneimittelwirkungen vergleichend und bewertend zusammenstellen.
- Eine Leitlinie „Depression“ muss ausführlich zum Potenzial für die Auslösung von Arzneimittelinteraktionen Stellung nehmen. Dabei sollte auch das Problem der mangelnden Objektivierbarkeit vieler der von Patienten berichteten und z. B. auch im Beipackzettel dokumentierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen berücksichtigt werden.

### 5. Kombinationstherapie:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte die Voraussetzungen auflisten, unter denen eine Kombination mehrerer Wirkstoffgruppen bzw. mehrerer Wirkstoffe sinnvoll ist. Auch hier ist, sofern sich dies durch Belege sichern lässt, ein Stufenschema anzustreben und eine Grenze zu benennen, oberhalb derer die Hinzufügung eines weiteren Kombinationspartners als nicht mehr vertretbar oder sogar gefährlich angesehen werden muss.

### 6. Begleitmedikation zur Pharmakotherapie mit Antidepressiva:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte sich angemessen zu möglichen Begleitmedikationen äußern, z. B. zur Behandlung somatischer und pharmakogener Ursachen der Depression bzw. Behandlung somatischer Begleiterkrankungen.

### 7. Therapiedurchführung:

- Die Indikationen für die Nutzung bestimmter Dosierungen und Dosierungsformen, bestimmter Applikationsformen sind mit Vor- / Nachteilen darzustellen.
- Auf notwendige Voraussetzungen ist unter Beachtung der Anforderungen an die jeweilige Versorgungsstruktur hinzuweisen.
- Auf settingabhängige Besonderheiten (ambulant / stationär) bei der Therapiedurchführung ist hinzuweisen.

### 8. Kontrolluntersuchungen und Therapiekontrollen:

- Eine Leitlinie „Depression“ zur Pharmakotherapie sollte ausführlich Indikationen, Fragestellungen und Zeitpunkte während der Pharmakotherapie zusammenstellen, bei denen Laborkontrollen, die Bestimmung von Plasma-/Serum-Konzentrationen der Antidepressiva und andere Kontrolluntersuchungen vorgenommen werden sollten.

### 9. Antidepressiva in der Schwangerschaft:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte sich zur Anwendung von Antidepressiva bei Kinderwunsch, in der Schwangerschaft und Stillperiode äußern.

### 10. Pharmakotherapie im Alter:

- Die Anwendung von Antidepressiva bei älteren Patienten ist unter Berücksichtigung der populationsspezifischen Interaktionen und Nebenwirkungsprofile zu beschreiben.

### 11. Notfallmedikation:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte sich zu möglichen Notfallbehandlungen im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antidepressiva äußern. Hierbei ist z. B. an Suizidalität, aber auch an das Auftreten arzneimittelbedingter Schäden gedacht.

## 12. Obsolete und andere Substanzen:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte eindeutig zu obsoleten Vorgehensweisen und Substanzen Stellung beziehen.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte Stellung zum Einsatz von in Einzelfällen sinnvollen Wirkstoffen nehmen, die nicht den üblichen Therapiestandards entsprechen.

### B.5.6 Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte auch auf die seltenen Therapieformen im Hinblick auf Anwendbarkeit, Nutzen und Schaden hinweisen. Dabei ist insbesondere bei diesen auch auf Therapieformen einzugehen, die zur Zeit nicht für die (allgemeine) Anwendung empfohlen werden können.
- Neben klaren Kriterien zur Indikationsstellung sollten hier die zur Durchführung notwendigen Voraussetzungen (z. B. Qualifikation der Anwender, Setting, Nachsorge) benannt werden.
- Auf obsoletere Vorgehensweisen und Verfahren ist in einer Leitlinie hinzuweisen.
- Die Evidenzen, die zur Empfehlung der ergänzenden aber auch zur Nichtempfehlung der obsoleten Therapieverfahren führen, sind anzugeben.

### B.5.7 Therapie von Komorbidität

- Eine Leitlinie sollte die notwendige spezifische bzw. ergänzende Therapie der psychiatrischen und somatischen Komorbidität berücksichtigen. Für den Fall, dass die Depression die komorbide Erkrankung ist, sollte - wenn möglich - auf geeignete Instrumente und Einrichtungen zur Therapie der jeweiligen Grunderkrankung verwiesen werden.
- Auf Interaktionen zwischen der Therapie der Depression und der Therapie der Komorbidität bzw. somatischen Erkrankung ist hinzuweisen.

### B.5.8 Depression in speziellen Gruppen

- Die Berücksichtigung von Empfehlungen für spezielle Populationen sollte in einer Leitlinie „Depression“ nach Prioritäten erfolgen.
- Auf besondere Patientengruppen muss hingewiesen werden. In der Leitlinie sind die notwendig zu beachtenden Besonderheiten in der Diagnostik und Therapie übersichtlich darzustellen. Wenn eine Patientenpopulation nicht vom Anwendungsbereich der Leitlinie erfasst wird, sollte möglichst auf geeignete Leitlinien verwiesen werden.
- Auf die lückenhafte Evidenz bei der Diagnostik / Therapie besonderer Populationen und die mangelnde Übertragbarkeit der Studienergebnisse sowie der Erfahrungsberichte ist hinzuweisen. Bei hoher Prävalenz des Problems sollte auch der notwendige Forschungsbedarf dargestellt werden.

### B.5.9 Notfallmaßnahmen / Prävention von Notfällen

- Die notwendigen diagnostischen Maßnahmen zur Prävention von Notfällen durch vermeidbare Therapieinteraktionen (z. B. Pharmakotherapie) sind aufzuführen.
- Auf wegweisende Symptome (auch fachfremder Erkrankungen) einer akuten Gefährdung ist hinzuweisen, und die sofort einzuleitenden Maßnahmen zur Diagnostik und Notfalltherapie sind zu beschreiben.
- Bei kritischen Therapieverfahren ist auf ein erhöhtes Anwendungsrisiko explizit hinzuweisen, die zur Prävention von Notfällen einzuleitende notwendige Erst- und Verlaufsdagnostik ist aufzuführen.

#### B.5.10 Management bei Suizid (-gefährdung)

- Die zur Abschätzung der Risikofaktoren und des Schweregrades notwendigen Aspekte sollen in einer Leitlinie benannt und in ihrer Wichtigkeit bewertet werden.
- Aus der Bewertung der Suizidalität sollte die für die Therapie notwendige Versorgungsebene zu entnehmen sein.
- Die Intervalle für die Beobachtung suizidaler Patienten und die Suizidprophylaxe unter Berücksichtigung der Sonderformen affektiver Erkrankungen sollten beschrieben werden.
- Auf die Besonderheiten bei der Therapie chronisch Suizidaler ist hinzuweisen.
- In einer Leitlinie müssen die Maßnahmen des besonderen Managements auch mit der gültigen Rechtsprechung abgeglichen sein.

#### B.5.11 Compliance

- Autoren einer Leitlinie „Depression“ sollen compliancehemmende Faktoren im Management depressiver Störungen darstellen und Lösungen aufzeigen.
- Es sollten neben der Therapie-Compliance alle Felder einer erforderlichen Patientenmitwirkung genannt werden.
- Messverfahren zur regelmäßigen Überprüfung von Motivation und Compliance sind zu nennen und zu bewerten. Dabei sollten auch kritische Schwellen für Compliance-Koeffizienten genannt werden.

#### B.5.12 Familienmedizin/Beratung Angehöriger

- Eine Leitlinie sollte auf die Indikation und Ziele familienmedizinischer Interventionen hinweisen, dabei ist auch auf mögliche Probleme der Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld und Kontraindikationen hinzuweisen.
- Es sollte zwischen der Therapie durch Angehörige und Therapie der Angehörigen, der Vermittlung von Hilfen, psychosoziale Beratung und Maßnahmen der Soziotherapie unterschieden werden.
- Die Bedeutung und Funktion der Familienberatung (auch als präventive Maßnahme) ist darzustellen.
- Bei Empfehlungen zu Therapie- und Prophylaxemöglichkeiten im sozialen Umfeld ist auf die Besonderheiten bei Schweigepflichtvorschriften und Fragen des Datenschutzes hinzuweisen.
- Spezielle, für Angehörige und Betroffene geschriebene Informationen und Handlungsanweisungen in einer nichtmedizinischen „Umgangssprache“ sollten erstellt werden. Sie sollen neben der Information über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten eine Anleitung für das Gespräch mit dem Therapeuten geben, die Angabe von Kontaktadressen mit Telefonnummern ist hilfreich.

#### B.5.13 Schulung von Patienten und Angehörigen

- In einer Empfehlung von Schulungsmaßnahmen sind die Zielgruppe (Patienten und / oder Angehörige) und die Lernziele zu nennen sowie auf geeignete Schulungshilfen zu verweisen. Diese Schulungsmaterialien sollten die gleichen methodischen und inhaltlichen Qualitätskriterien erfüllen, wie sie auch für gute Patienteninformationen gelten.
- Die Schulung sollte neben allgemein verständlichen Informationen über die Erkrankung auch Informationen zu den Wirkweisen der Therapien und Verhaltenshinweise beinhalten.

#### B.5.14 Anforderungen an therapeutische und nicht therapeutische Beratung durch Dritte

- Eine Leitlinie „Depression“ muss berücksichtigen, dass Selbsthilfegruppen nicht immer verfügbar sind. Somit ist neben den Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch auf therapeutische Ersatzmaßnahmen hinzuweisen.
- Die strukturierte Einbindung Dritter in die Therapie erfordert neben klaren Vorgaben zu Zielen auch Hilfen zur organisatorischen Umsetzung.
- Eine Leitlinie sollte auch auf die Rolle des Therapeuten bei der Implementierung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen eingehen.

#### B.5.15 Rehabilitation

Entsprechend den Aufgaben und Inhalten der Rehabilitation sollte eine Leitlinie zu folgenden Punkten Stellung nehmen:

1. Krankheitsbezogene Information
  - Epidemiologie chronischer Verläufe,
  - Klassifikation von Langzeitverlaufstypen,
  - Differenzialdiagnose chronischer Verläufe, einschließlich von Vorgaben für eine intensivierete Diagnostik zur Klärung der Chronifizierungsbedingungen.
2. Risikofaktoren und verlaufsmodifizierende Faktoren chronischer Erkrankungen
  - Diagnostik von Funktions-/Aktivitäts- und Teilhabestörungen,
  - Beschreibung von Funktionseinschränkungen im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen,
  - Beschreibung von Bedingungen, Art und Auswirkungen von Aktivitäts- / Teilhabestörungen.
3. Therapie
  - Beschreibung einer intensivierten Therapie bei chronifizierenden Verläufen zum Ausschluss einer Pseudochronizität,
  - Methoden der Patientenlangzeitführung,
  - Psycho- und Pharmakotherapie chronifizierter Erkrankungen unter Langzeitperspektive,
  - Patientenschulung und Methoden der Verhaltensmedizin,
  - Integration von Akutbehandlung und Rehabilitationsbehandlung, von ambulanter, teilstationärer <sup>[1]</sup> und stationärer Rehabilitation,
  - Saluotherapie (Aufbau von gesundem Verhalten) und Maßnahmen zum Erhalt der Lebensqualität bei bzw. trotz chronischer Erkrankung.

---

<sup>1</sup> Der Begriff ambulante medizinische Rehabilitation umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

#### 4. Sozial- und arbeitsmedizinische Interventionen

- Beschreibung von (sozialmedizinischen) Kriterien für Arbeitsunfähigkeit und für Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben,
- Beschreibung von Hilfen zur beruflichen Förderung,
- Beschreibung von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- Maßnahmen zur Unterstützung von Angehörigen,
- Förderung von Maßnahmen der Selbsthilfe,
- Kriterien zur Abschätzung der Erwerbsprognose,
- Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention,
- Hinweise zur Versorgungsstruktur.

#### 5. Weitere Leistungen zur Teilhabe

- Beschreibungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Arbeitsförderungsmaßnahmen,
- Beschreibung unterhaltssichernder Maßnahmen,
- Beschreibung von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

## B.6 Organisation / Methodik und Fortentwicklung

### B.6.1 Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung

- Die Autoren einer Leitlinie „Depression“ sollen die für die diagnostische und therapeutische Tätigkeit relevanten rechtlichen Aspekte praxisnah und handlungsanleitend darstellen.
- Hierbei sind in einer nationalen Leitlinie die spezifischen Anforderungen des föderalen deutschen Rechtssystems zu berücksichtigen.
- In einer Leitlinie sollten folgende Punkte einschließlich der Darstellung der Schnittstellen zu Bereichen, die außerhalb des Gesundheitswesens liegen, ausgeführt und bei der Entwicklung berücksichtigt werden:
  - Versorgungsstruktur des Gesundheits- und Sozialwesens,
  - Hilfen zur richtigen Inanspruchnahme sozialer u.a. Leistungen durch Patienten,
  - stationäre und ambulante medizinische / berufliche Rehabilitation.

### B.6.2 Kosten / Nutzen

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte die ökonomischen Aspekte der Diagnostik und Therapie darlegen und nach einem möglichst transparenten Verfahren bei der Auswahl der Empfehlungen berücksichtigen.
- Bei jeder relevanten Empfehlung soll auf die untersuchten Outcomes verwiesen und nicht untersuchte Outcomes eindeutig benannt werden.
- Die Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung, in denen Kosten und Nutzen unter Alltagsbedingungen erhoben werden, sollten hierfür so aufbereitet werden, dass sie für das Entscheidungshandeln relevant werden können.
- Auf systematische Defizite bei der Datenerhebung zur Beurteilung der Effizienz ist hinzuweisen.
- Die aktuellen Diagnose- und Therapiekosten sollen in übersichtlicher tabellarischer Form zusammengefasst werden. Auf die Verfahren mit fehlender Kostenübernahme ist hinzuweisen, insbesondere dann, wenn Ärzten fachlich Maßnahmen empfohlen werden, deren Umsetzung ihnen faktisch aber nicht erlaubt wird.

### B.6.3 Maßnahmen des Qualitätsmanagements

- Es sollte beschrieben werden, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung einer guten evidenzbasierten bzw. leitlinienorientierten Versorgung ergriffen werden können und wie diese Maßnahmen einem Qualitätssicherungsprozess unterzogen werden können.
- Für folgende Bereiche sollte ein geeignetes Indikatorset einschließlich der Vorgaben geeigneter Zielgrößen vorhanden sein:
  - Aspekte der Strukturqualität,
  - Aspekte der Prozessqualität,
  - Aspekte der Ergebnisqualität.
- Aussagen zu Inhalt und Umfang der Dokumentation und zum Austausch der Daten sind zu treffen, dabei ist die Dokumentation durch einfache einheitliche Formulare zu unterstützen. Insbesondere die Angaben zur Verschlüsselung der Diagnose müssen sich auf ein etabliertes System zur Klassifikation beziehen.
- Es sind Angaben darüber vorzusehen, wie die gewonnenen Informationen aufbereitet, ausgewertet und sowohl dem Patienten und dem Behandler als auch der Selbstverwaltung zur Verfügung gestellt werden. Neben der Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften sind die besonderen Bedürfnisse der Patienten zu berücksichtigen und Wege aufzuzeigen, wie Ängste vor einer Stigmatisierung abgebaut werden können. Für die Gewinnung zuverlässiger Daten ist zu gewährleisten, dass eine hohe „Dokumentationscompliance“ erzielt wird.
- Auf mögliche Wirkungen der Qualitätsmanagementmaßnahmen einschließlich der „Reaktivität“ ist hinzuweisen.

### B.6.4 Überprüfung und Evaluation der Leitlinien Anwendung / Implementierung

- Eine Leitlinie sollte möglichst differenzierte Aussagen darüber enthalten:
  - wie sie in die klinische Versorgung implementiert werden kann, v.a. welche Maßnahmen der Implementierung (z. B. Fortbildung, Qualitätszirkel, DMP, etc.) ergriffen werden können,
  - wie die Einführung, Implementierung und die Veränderungen in der Versorgung (auf Patienten, Behandlungsergebnisse etc.) gemessen werden können.
- Eine Leitlinie sollte möglichst differenzierte Arbeits- und Entscheidungshilfen für Therapeuten der verschiedenen Berufsgruppen, wie auch für Patienten und Angehörige enthalten:
  - Kurzfassungen
  - Ablaufdiagramme
  - Patientenversionen
- Computerversionen einer Leitlinie sollten optimalerweise in die handelsübliche Praxissoftware integrierbar sein und müssen den Nutzer im Alltag entlasten.



## C. Methodik

### C.1 Hintergrund und Ziele des Leitlinien-Clearingverfahrens

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen (im folgenden „Partner“ genannt) haben im Frühjahr 1999 eine Kooperation zur Förderung von Leitlinien im Gesundheitswesen beschlossen [2]. Im Dezember 2001 ist die Gesetzliche Rentenversicherung (vertreten durch VDR und BfA) als weiterer Partner dem Leitlinien-Clearingverfahren beigetreten, im Juni 2002 erfolgte der Beitritt des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) zur Bank der Krankenkassen im Leitlinien-Clearingverfahren.

Die Partner sehen Leitlinien an

- als Hilfe für ärztliche Entscheidungsprozesse im Rahmen einer leistungsfähigen Versorgung der Patienten,
- als wesentliche Bestandteile von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement,
- als Instrumente aller Versorgungsbereiche zur Verbesserung der Ergebnisse, zur Minimierung von Handlungsrisiken und zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit,
- als integratives Mittel zur Vernetzung der Versorgungsbereiche,
- als Hilfen für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- als Instrument kontinuierlichen Lernens aus Wissenschaft und Praxis.

Zwischen den Partnern besteht Konsens über die Notwendigkeit eines institutionellen Verfahrens zur „Kritischen Bewertung von Leitlinien“ (*sogenanntes „Leitlinien-Clearingverfahren“*).

- Ein solches Clearingverfahren zielt auf Transparenz, Praktikabilität, Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Leitlinien.
- Es ist Voraussetzung für die Nutzung und Propagierung von Leitlinien in den Verantwortungsbereichen der Partner.

Die Partner beteiligen sich an einem Leitlinien-Clearingverfahren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung).

Die Partner arbeiten zugunsten des Clearingverfahrens zusammen im Rahmen der „Erweiterten Planungsgruppe“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (= Steuergruppe des Clearingverfahrens).

Die Partner halten u.a. folgende Aufgaben für vorrangige Bestandteile des Leitlinien-Clearingverfahrens:

- Bewertung von wichtigen Leitlinien anhand vorab festgelegter Kriterien, ggf. Empfehlungen zur Verbesserung,
- Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien,
- Monitoring des Fortschreibens von Leitlinien,
- Information über Leitlinien,
- Unterstützung bei der Verbreitung von Leitlinien,
- Koordination von Erfahrungsberichten über bewertete Leitlinien,
- Unterstützung bei der Evaluation von Leitlinien.

<sup>2</sup> Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Das Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Dtsch. Ärztebl. 1999; 96(33): A-2105-6.

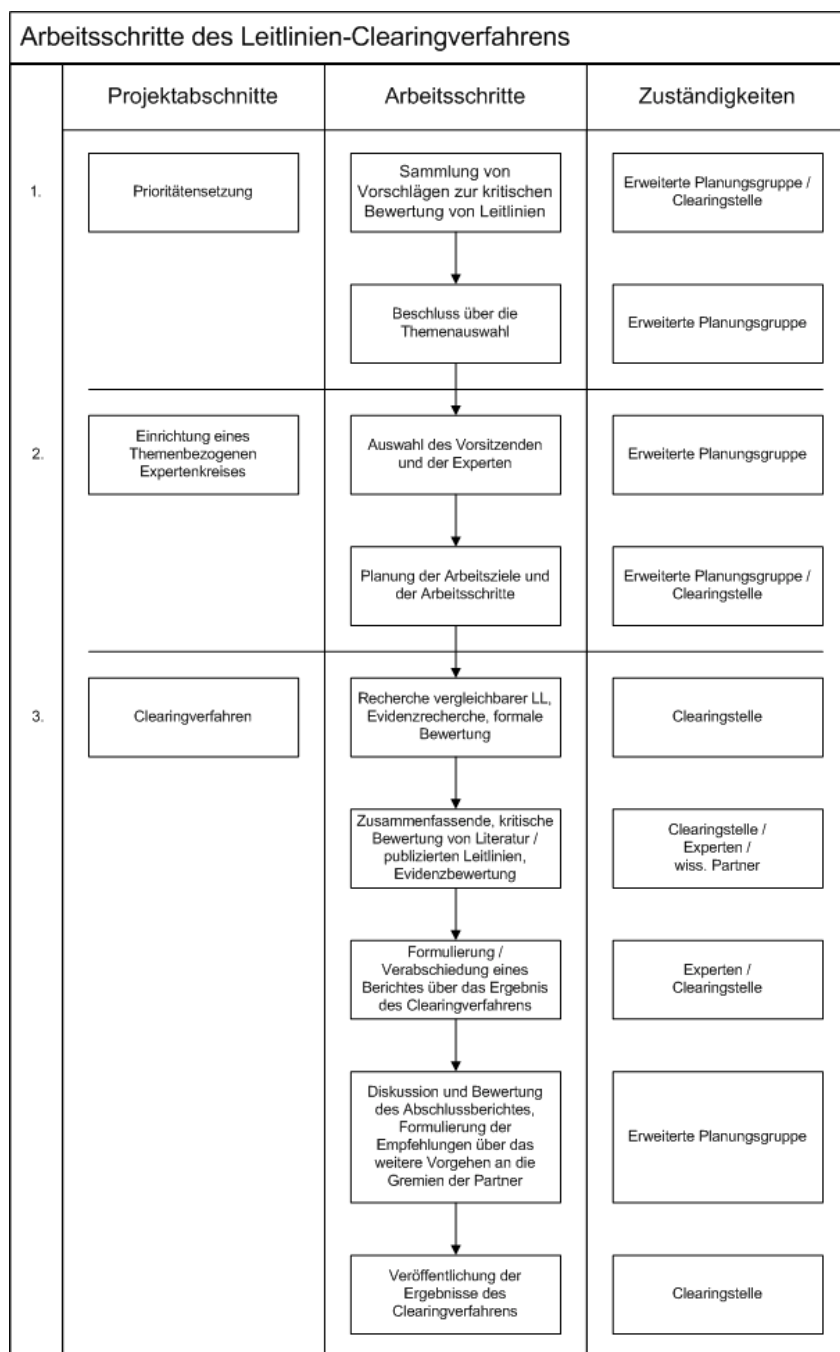


## C.2 Methodik des Leitlinien-Clearingverfahrens

### C.2.1 Arbeitsschritte des Clearingverfahrens

Der Ablauf des Clearingverfahrens ist standardisiert und wurde von der Steuergruppe des Clearingverfahrens beschlossen. Die einzelnen Arbeitsschritte sind in Abb. 1 und Tab. 1 dargestellt.

**Abbildung 1: Arbeitsschritte des Leitlinien-Clearingverfahrens**



**Tabelle 1: Durchführung des Leitlinien-Clearingverfahrens**

Auswahl der Themenbereiche / Benennung der Experten	Beschreibung
Themenauswahl	Prioritätensetzung unter Berücksichtigung der Bedeutung eines Gesundheitsproblems für den Einzelnen und die Bevölkerung, der Existenz unangemessener Qualitätsunterschiede in der ärztlichen Betreuung, der Möglichkeit einer Verbesserung der Versorgungsqualität
Auswahlkriterien für Expertenkreise	LL-Nutzer (nicht LL-Ersteller) Unabhängigkeit (Deklaration) Ausgewogenheit hinsichtlich der relevanten Fachgebiete / Versorgungsbereiche
Recherche und Selektion von Leitlinien	Standardisiertes Verfahren LL von überregionalem Charakter (keine institutionellen LL) Recherchezeitraum: 10 Jahre Literatur- und LL-Datenbanken Sprachen: deutsch und englisch Nur neueste Fassung bei mehreren Leitlinien eines Herausgebers Formale Mindestanforderungen der Leitliniencheckliste erfüllt
Methodische Bewertung	Checkliste Version 1.2 (1999/2000) Erstellen eines Methodikabstracts Erstellen einer Rangliste
Vorbereitung der inhaltlichen Bewertung	Erstellen von deutschsprachigen LL-Zusammenfassungen in synoptischer Darstellung.
Inhaltliche Bewertung durch Expertenkreise aus unabhängigen Leitliniennutzern und Methodikern	Übereinstimmung / Unterschiede Angemessenheit der Themenschwerpunkte Angemessenheit der Empfehlungen Angemessenheit der Korridore (Indikation / Kontraindikation)
Bericht über das Clearingverfahren	Expertenkreis erstellt Bericht Disk. des Berichts mit Leitlinienautoren Steuergruppe des Clearingverfahrens verabschiedet Abschlussbericht über inhaltl. Angemessenheit / method. Qualität der bewerteten Leitlinien
Veröffentlichung	Veröffentlichung des Abschlussberichtes Einstellen der <i>bewerteten</i> Leitlinien ins Internet (Abstracts, Bewertung)

### C.2.2 Priorisierung von Leitlinienthemen

Auf der Grundlage eines Konzeptpapiers zur Priorisierung von Leitlinien-Themen<sup>[3]</sup> einigten sich die Partner des Clearingverfahrens auf die vorrangige Bearbeitung der Themenbereiche: „Hypertonie“, „Tumorschmerz“, „Rückenschmerz“, „Asthma bronchiale“, „Diabetes mellitus Typ 2“, „KHK“, „**Depression**“ sowie „Diabetes mellitus Typ 1“, „COPD“, „Herzinsuffizienz“ und „Mammakarzinom“.

Dabei wurden folgende Kriterien für die Priorität von Leitlinienthemen berücksichtigt <sup>[4, 5, 6]</sup>:

- Gesundheitsproblem, für das eine wirksame Prävention oder Therapie wissenschaftlich belegt ist, mit deren Hilfe vorzeitige, vermeidbare Todesfälle oder hohe Morbidität, Behinderung oder eingeschränkte Lebensqualität reduziert werden können,
- Gesundheitsproblem, bei dem die als wirksam erkannten präventiven oder therapeutischen Maßnahmen mit klinisch relevanten, vermeidbaren Qualitätsunterschieden der Betreuungsergebnisse verbunden sind,
- iatrogene Gesundheitsprobleme mit signifikanten medizinischen oder ökonomischen Folgen,
- medizinische Betreuungsmaßnahmen mit hoher Varianz der klinischen Praxis, bei denen ein Fachkonsens notwendig und möglich erscheint,
- medizinische Betreuungsmaßnahmen mit hohem Kostenaufwand,
- Gesundheitsproblem bzw. Betreuungsmaßnahme, für welche die Entwicklung einer Konsensusleitlinie unter Berücksichtigung der wissenschaftlich-medizinischen Belege (Evidenz) möglich erscheint.

---

<sup>3</sup> Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Prioritäre Gesundheits- oder Versorgungsprobleme als Themen internationaler Leitlinien-Programme - Vorschlag der Leitlinien-Clearingstelle zur Bewertung von Leitlinien gemäß § 3 des Vertrages über die Beteiligung an einem Leitlinien-Clearingverfahren. 1999. <http://www.leitlinien.de>

<sup>4</sup> Helou A, Perleth M, Schwartz FW. Prioritätensetzung bei der Entwicklung von Leitlinien. Z Ärztl Fortbild Qualitätszsch 2000;94: 53-60.

<sup>5</sup> Field MJ (ed.). Setting priorities for clinical practice guidelines. Washington D.C., National Academy Press; 1995.

<sup>6</sup> Battista RN, Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. CMAJ 1995; 153: 1233-1237.

### C.2.3 Instrumente des Clearingverfahrens

*"Systematische Literaturrecherche"*: Die Recherche nationaler und internationaler Leitlinien sowie weiterer Literatur erfolgt nach standardisierter Vorgehensweise [7] in der Abteilung Dokumentation des ÄZQ.

*"Formale Bewertung von Leitlinien"*: Die formale Leitlinienbewertung erfolgt - in Analogie zu ähnlichen publizierten Verfahren [8, 9] - unter Bezug auf die „Beurteilungskriterien für Leitlinien von BÄK und KBV“ [10] und Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung - mit Hilfe der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ [11] - durch die Mitarbeiter der Clearingstelle bei dem ÄZQ. Das Bewertungsverfahren erfolgt nach einem vom Expertenkreis Leitlinien des ÄZQ erarbeiteten Vorschlag.

*"Inhaltliche Bewertung von Leitlinien"*: Die inhaltliche Angemessenheit von Leitlinien lässt sich nicht formal sondern nur durch Fachexpertise bewerten. Das Clearingverfahren sieht zu diesem Zweck Diskussionen in Fokusgruppen (so genannte "Expertenkreise") vor, die von erfahrenen Moderatoren unterstützt werden [12]. Die Zusammensetzung der Fokusgruppe berücksichtigt folgende Kriterien:

- Ausgewogenheit der Zusammensetzung hinsichtlich der vertretenen Disziplinen,
- vorrangig Experten aus Praxis und Klinik, die Leitlinien nutzen, Ausschluss von Experten, die zum Zeitpunkt der Benennung selbst an einer Arbeitsgruppe zur Erstellung nationaler Leitlinien beteiligt sind,
- Unabhängigkeit der Experten (formale Deklaration),
- zahlenmäßige Begrenzung der Gruppe.

---

<sup>7</sup> Bassler D, Antes G. Wie erhalte ich Antworten auf meine Fragen? In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe HH, Jonitz G, Kolkmann FW, Herausgeber. Lehrbuch der Evidenzbasierten Medizin. Köln, Deutscher Ärzteverlag; 2000. S 89-97.

<sup>8</sup> Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, Moran S. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. Int J Qual Health Care 1999 11(1):21-28.

<sup>9</sup> Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. JAMA 199 ; 281(20): 1900-1905.

<sup>10</sup> Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Ärztebl 1997;94:A2154-2155. <http://www.leitlinien.de>

<sup>11</sup> Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien". Dtsch Ärztebl 1998;95: A-2576—2578. <http://www.leitlinien.de>

<sup>12</sup> Mayer J, Piterman L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. Fam Pract 1999;16(6):627-32.

#### C.2.4 Inhaltliche Angemessenheit von Leitlinien

Im Gegensatz zur methodischen Qualität kann die Angemessenheit der Inhalte nicht formal, sondern nur mittels Expertise im Form eines Peer-Review-Verfahrens überprüft werden. Zu diesem Zweck sieht das Clearingverfahren die Einrichtung von Expertengruppen aus Leitlinienanwendern und Methodikern (z. B. Klinische Pharmakologen, Epidemiologen, Gesundheitsökonomern) vor, die diese Arbeit übernehmen und feststellen, ob eine Leitlinie bzw. deren Einzelempfehlungen für unser Gesundheitssystem inhaltlich angemessen oder unangemessen erscheint.

Eine Angemessenheitserklärung könnte theoretisch auch abgegeben werden, wenn ein externer Peer-Review vorliegt und dessen Methode, Inhalte und Konsequenzen offen gelegt werden.

Die Offenlegung der den Leitlinien-Statements zugrunde liegenden Evidenzgrade und der zugehörigen Originalliteratur ist anzustreben. Dies kann geschehen durch

- a) Einstellen der zugrunde liegenden Originalliteratur ins Internet,
- b) Zugänglichmachung der Originalliteratur auf Anfrage der Expertengruppen.

#### C.2.5 Praktikabilität einer Leitlinie

Ein weiterer Qualitätsfaktor, vor allem für Institutionen, die an einer Implementierung interessiert sind, ist die Darlegung der Methoden, Ergebnisse und Konsequenzen eines Pilotversuchs. Hierzu sind verschiedene Studienformen denkbar, wobei – im Hinblick auf die Verallgemeinerung der Studienergebnisse – in Anlehnung an die Evidenz-Bewertung klinischer Studien nach Grad I-IV zu unterscheiden wäre.

#### C.2.6 Darlegung der Qualitätsprüfung

Aus den unter C 2.3 – C 2.5 dargestellten Analysen kann nicht eine einzige zertifizierte Leitlinie resultieren. Vielmehr muss der potenzielle Nutzer von Leitlinien Informationen darüber erhalten, in welchem Ausmaß eine Leitlinie im Kontext aller bekannten Leitlinien die Qualitätskriterien „Technische Qualität“, „Angemessenheit“, „Praktikabilität“ erfüllt. Die Darlegung erfolgt in der dargestellten Weise, die dann als Ergebnis des Clearingverfahrens ins Internet eingestellt wird und in der Schriftenreihe der ÄZQ veröffentlicht werden.

### C.2.7 Begründung zur Vorgehensweise bei der Bewertung von Leitlinien

Ziele des Clearingverfahrens sind Analyse, Bewertung und Darlegung der Qualität von Leitlinien. Qualitätskriterien für potenzielle Nutzer von Leitlinien sind:

- Formale (=methodische) Qualität der Leitlinie,
- Angemessenheit der Inhalt,
- Praktikabilität.

Die vorgeschlagene Vorgehensweise zielt auf differenzierte Darlegung dieser Kriterien, und zwar in Form des Vergleichs verschiedener Leitlinien zu einem Themenbereich.

Auf diese Weise kann sich der potenzielle Nutzer über die einzelnen Aspekte einer Leitlinie bzw. der Begleitpapiere informieren. Er kann sich die Leitlinien herausuchen, die ihm für seine individuelle Fragestellung geeignet erscheinen. Ein reines Zertifizierungsverfahren von Leitlinien auf der Grundlage eines aus den verschiedenen Qualitätsindikatoren verdichteten "Gesamt-Scores" kann diese für die Arbeit mit Leitlinien notwendige Transparenz nicht vermitteln.

Das vorgeschlagene Verfahren erlaubt es weiterhin, auf nationaler Ebene die Weiter- oder Neuentwicklung einer Leitlinie zu initiieren, indem der Expertenkreis des Clearingverfahrens ein Gutachten darüber abgibt, welche Leitlinie bzw. Bereiche von Leitlinien aus welchem Grunde als Vorbild für eine neue Leitlinie herangezogen werden sollten. Des weiteren ermöglicht die differenzierte Darstellung, Empfehlungen an die Bundesausschüsse und anderen Gremien der Selbstverwaltung bezüglich der Auswahl bestimmter Bausteine einzelner Leitlinien zu Steuerungszwecken auszusprechen.

## C.3 Methodik des Clearingverfahrens - Themenbereich Depression

### **Einführung:**

Gemäß Positionspapier der Partner des Leitlinien-Clearingverfahrens besteht der erste Schritt des Verfahrens in der systematischen Recherche der themenspezifischen Leitlinien bzw. von Literatur zu Leitlinien.

Im zweiten Schritt werden die als Leitlinien identifizierten Dokumente per Internet, aus der Zentralbibliothek der Medizin in Köln oder bei anderen Quellen als Volltext beschafft und mit Hilfe der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien" von der Clearingstelle bewertet. Nach Abschluss dieser formalen Bewertung werden die Ergebnisse dieser zusammen mit den Volltexten der Leitliniendokumente dem Expertenkreis zur inhaltlichen Bewertung und zur Erstellung des Clearingberichtes vorgelegt.

## C.3.1 Recherche

**Recherche mit folgenden Form-Schlagworten:**

-Guideline/s, -Practice Guideline/s, -Clinical Practice Guideline/s, -Leitlinie/n, -Recommendation/s, -Consensus statement/s bzw. reports, Position statement/s -Standard/s, -Empfehlung/en, -Richtlinie/n

**Recherche mit folgenden Themen-Schlagworten:**

<b>Diagnose</b>	<b>Deutsch</b>	<b>Englisch</b> <sup>[12]</sup>
F 31.x bipolare affektive Störung	manisch depressive Störung	bipolar-disorder manic depressive psychosis
F 32.x depressive Episoden	Depression	depression major depression
F 33.x rezidivierende depressive Störung	Depressive Störung	depressive-disorder
F 34.x anhaltende affektive Störungen		affektive-disorder
F 34.0 Zylothymia	Zyklothymie	cyclothymia zyclothymia
F 34.1 Dysthymia	Dysthymie	dysthymic-disorder

Die Auswahl der Themenschlagworte orientierte sich am ICD 10<sup>[13]</sup>. Die sich aus dem ICD ergebenden Vorgaben wurden mit den Angaben und Suchbegriffen zu „Electronic Searches“ der Cochrane Depression Anxiety & Neurosis Group<sup>[14]</sup> abgeglichen.

Sprache: deutsch, englisch, Recherchezeitraum: 1991-2001

**Recherchestrategie XMed und XPsych über DIMDI**

1. affective disorder/s; affective disorders, psychotic/ct
2. bipolar affective disorder/s; bipolar disorder; bipolar depression/ct
3. depression; depression bipolar; depressive disorder; depressive disorder, major; depressive disease/ct
4. dysthymia, dsythymic disorder; cyclothymia; cyclothymic disorder/s, cyclothymic depression/ct
5. manic depressive disease; manic depressive disorder; psychoses, manic-depressive/ct
6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5
7. clinical practice guidelines; practice guideline/s; guideline/s/ct
8. richtlinie; leitlinie; recommendation/s; standard; consensus statement/ct
9. guidelines; recommendation; standard/dt
10. 7 or 8 or 9
11. therapy; management; treatment/ct
12. 6 and 10 and 11

<sup>13</sup> Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 4. Auflage Bern: Huber, 2000.

<sup>14</sup> Cochrane Depression Anxiety & Neurosis Group: [http://www.update-software.com/CLIB/CLIBINET.EXE?S=0&Q=988127161&U=WIEN&A=3&B=0&E=0&R=0&F=&H=&D=16&L=1&N=25&M=50&C=316052&T=\\*](http://www.update-software.com/CLIB/CLIBINET.EXE?S=0&Q=988127161&U=WIEN&A=3&B=0&E=0&R=0&F=&H=&D=16&L=1&N=25&M=50&C=316052&T=*)

**Anmerkungen zur Recherche:**

Die Suche wurde auf Schlagworte begrenzt, sog. controlled terms, da eine Suche im Freitext eine extrem hohe Trefferzahl erzielen würde, es wurden controlled terms mit Unterbegriffen gesucht, sofern möglich (ct down), zusätzlich war eine Suche nach documentation types/dt möglich.

XMed ist eine vordefinierte Datenbankgruppe des DIMDI zum Fachbereich Medizin, sie enthält die Datenbanken:

AIDSLINE, AMED, BIOETHICSLINE, BIOSIS Previews, BIOTECHNOBASE, CAB HEALTH, CANCERLIT, DERWENT BIOTECH, DERWENT DRUG BACKFILE, DERWENT DRUG FILE, DERWENT DRUG FILE/Founder Member, ELSEVIER BIOBASE, EMBASE, EMBASE ALERT, EUROETHICS, HECLINET, IPA, ISTEPB, ISTEP/ISSHP, MEDLINE, MEDLINE ALERT, OLDMEDLINE, RUSSMED ARTICLES, SCISEARCH, SOMED, ZEBET.

XPsych ist eine vordefinierte Datenbankgruppe des DIMDI zum Fachbereich Psychologie, sie enthält die Datenbanken: GEROLIT, HECLINET, ISTEPB, ISTEP/ISSHP, MEDLINE, MEDLINE ALERT, OLDMEDLINE, PSYCINFO, PSYINDEX, PSYINDEXALERT, PSYINDEX-AV, PSYTKOM, SOCIAL SCISEARCH

Die Strategie in den Leitlinien-Datenbanken richtet sich nach dem Aufbau der Datenbank, zur Suchterminologie vgl. oben.

Die genutzten Datenbanken mit den Ergebnissen sind im Anhang E 1 aufgeführt. Die Kurzbeschreibungen der Datenbanken können bei dem ÄZQ ([info@azq.de](mailto:info@azq.de)) nachgefragt werden.

**C.3.2 Ergebnisse der Leitlinienrecherche Depression**

Die Recherche ergab 843 Treffer in Literatur- und Leitliniendatenbanken. Nach Bereinigung (Dubletten, unkorrekte Verschlagwortung) wurden 128 Zitate vorausgewählt und gesichtet. Davon kamen 20 Leitlinien in die Endbewertung, nicht bewertet wurden 37 Leitlinien (vergl. Einschlusskriterien der bewerteten Leitlinien).

**C.3.3 Durchführung und Darstellung der methodischen Bewertung**

Die Bewertung erfolgte durch 2 unabhängig voneinander arbeitende Reviewer (Ärzte) unter Berücksichtigung der im Methodenteil dargestellten Vorgehensweise.

In die Endbewertung wurden Leitlinien mit folgenden von den Reviewern vorher festgelegten Einschlusskriterien aufgenommen.

**Einschlusskriterien der bewerteten Leitlinien:**

- Ärztliche Therapieleitlinie zu „Depression“ (major depression, bipolar und entsprechender Subtypen der Depression),
- Sprachen: deutsch, englisch oder Übersetzungen in diese Sprachen,
- überregionale und nicht von einer anderen Leitlinie abgeleitete Leitlinien,
- keine organisatorische Einschränkung des Geltungsbereiches (z. B. nur für Versicherte einer Versicherung),
- Leitlinien sind gültig und nicht älter als 10 Jahre,
- aktuellste Version bei mehreren Leitlinien eines Herausgebers.

Die in die Endbewertung aufgenommenen Leitlinien werden in Form von standardisierten Abstracts deskriptiv dargestellt (s. Anhang: Strukturierte Leitlinien-Abstracts Depression). Die Abstract-Form orientiert sich an der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“. Die Antwort-Kriterien „ja“ und „unklar“ wurden inhaltlich von den Reviewern begründet.



## C.3.4 Ergebnisse der methodischen Bewertung

Tabelle 2: Ranking der methodischen Bewertung

Ranking n. Gesamt-Punktzahl	Nr.	Land	Autor/Jahr	Lit.-Zitate	Entwicklung 17 Pkt.	Inhalt 17 Pkt.	Anwendung 6 Pkt.	Gesamt 40 Pkt.	Sonst.
1	LL 7	Can	CPA 2001	837	9	15	1	25	LI, EB, EK
2	LL 18	USA	VHA-mdd 2000	257	9	12	2	23	LI, EB, EK
3	LL 14	NZ	NAC 1996	86	7	13	2	22	LI, PV
3	LL 19	USA	VHA-pharm 2000	63	8	12	2	22	LI, EB, EK
4	LL 16	UK	No.Eng.1997	241	11	10	0	21	LI, EB, EK
5	LL 12	USA	ICSI-mh 2001	70	6	11	3	20	(EB), QI
6	LL 8	Can	CCG-sad 1999	13	6	12	1	19	LI, EB
6	LL 13	USA	ICSI-pc 2001	87	6	10	3	19	(EB), QI
7	LL 4	USA	APA-mdd 2000	325	6	11	1	18	LI, EB, PV
8	LL 3	USA	APA-bdd 1994	258	6	11	0	17	LI, EB
8	LL 6	UK	BAP 2000	211	5	11	1	17	LI, EB
9	LL 2	USA	ACP-ASIM 2000	123	4	11	1	16	PV
9	LL 17	USA	PSY-g 2000	77	7	8	1	16	PV
9	LL 20	UK	WHO 2000	33	4	10	2	16	
10	LL 5	D	AkdÄ 1997	4	2	12	1	15	PV
10	LL 10	D	DGPPN 2000	332	2	12	1	15	
11	LL 1	USA	ABFP 2001	106	2	11	1	14	
11	LL 9	Can	CTFPHC 2001	50	8	6	0	14	LI, EB, EK
12	LL 11	SF	FMS 2001	12	2	10	1	13	(EB)
13	LL 15	USA	NIH 1997	0	2	8	2	12	

Durch Beschluss der Erweiterten Planungsgruppe vom 17.3.2003 wurde nachträglich die 2002 veröffentlichte Leitlinie „Psychotherapie der Depression“ (LL 21) mit aufgenommen:

LL 21	D	2002	51	5	8	1	14	LI, EB
-------	---	------	----	---	---	---	----	--------

**In der Spalte Sonstiges wird auf methodische Besonderheiten hingewiesen:**

- LI: Verknüpfung der Leitlinienempfehlungen zum Literaturverzeichnis  
 EB: Verknüpfung der Leitlinienempfehlungen mit bewerteter Evidenz  
 EK: Verknüpfung der Leitlinienempfehlungen mit klassifizierter Evidenz und Priorisierung nach dieser (strength of recommendations)  
 QI: Leitlinie nennt Qualitätsindikatoren  
 QP: Leitlinie Praxistest wurde durchgeführt  
 PV: Leitlinie liegt in Patientenversion vor

### C.3.5 Beschreibung der Fokusgruppen-Arbeit

Der Expertenkreis Depression wurde auf Beschluss der Erweiterten Planungsgruppe des Leitlinien-Clearingverfahrens als Fokusgruppe mit Vertretern verschiedener Fach- und Tätigkeitsbereiche wie folgt zusammengesetzt:

**Tabelle 3: Zusammensetzung des Expertenkreises Depression**

Fachbereich / Aufgabe	Name
Allgemeinmedizin	Dr. med. Wilhelm Niebling Niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, Titisee Neustadt
Allgemeinmedizin	Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer Selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Leipzig
Innere Medizin / Geriatrie	Prof. Dr. med. Ludger Pientka Med.-Geriatrische Klinik, Marienhospital Herne Universitätsklinik der Ruhr-Universität
Klinische Pharmakologie	Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universität Regensburg
Psychiatrie / ambulante Versorgung	Dr. med. Wolfgang Becker Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie, Lörrach
Psychiatrie und Psychotherapie	PD Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. Martin Härter Abt. Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik der Universitätsklinik Freiburg
Psychosomatik / Rehabilitation	Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Michael Linden Rehabilitationsklinik Seehof der BfA, Teltow
Psychologie und Psychotherapie	Frau Prof. Dr. phil. Renate de Jong-Meyer Psychologisches Institut I der Universität Münster
Moderation	Prof. Dr. med. Jürgen Windeler Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen
Geschäftsführung / Redaktion	Olaf Weingart, Ärztlicher Referent, ÄZQ

Zur inhaltlichen Vorbereitung wurde den Experten vor der konstituierenden Sitzung des Expertenkreises „Depression“ folgendes Material zur Verfügung gestellt:

- Darstellung der Verfahrensmethodik,
- Ergebnisse der Literaturrecherche,
- Ergebnisse der formalen (methodischen) Leitlinienbewertung,
- Zusammenstellung der Abstracts der bewerteten Leitlinien,
- bewertete überregionale Leitlinien im Volltext, inkl. Internet-Adressen für ergänzende Informationen zu den Leitlinien. Auf Wunsch der Experten wurden in Ergänzung hierzu die ungültige Leitlinie der AHCPR und Leitlinien regionaler Anbieter zur inhaltlichen Begutachtung vorgelegt.
- Zusätzlich wurde eine synoptische Darstellung der inhaltlichen Schwerpunkte und kurze Inhaltsangaben zu den jeweiligen Leitlinien erstellt.

In der konstituierenden Sitzung des Expertenkreises wurden die in den inhaltlichen Eckpunkten benannten Bereiche zur Bearbeitung an die einzelnen Experten zugewiesen. Zur Formulierung der Inhalte wurden von den Experten die Quellen durchgesehen. Die Zusammenstellung der Formulierungen und die Auswahl der Beispiele erfolgte in Diskussionen der Sitzungen und Telefonkonferenzen. Die in diesem Bericht enthaltenen Empfehlungen stellen den Konsens der gesamten Expertengruppe dar.

Auf der Basis des vorgenannten Materials erfolgte die Erstellung des Clearingberichtes in vier moderierten Diskussionsrunden am 28.11.2001, 25.2.2002, 14.5.2002, 17.9.2002 und zwei Telefonkonferenzen am 24.09.2002 und 19.11.2002. Die Redaktion erfolgte durch die Geschäftsführung.

Nach Vorlage einer Redaktionsfassung in der Sitzung der Erweiterten Planungsgruppe vom 12.12.2002 wurde der im Februar 2003 unter Berücksichtigung aller eingegangenen Rückmeldungen fertig gestellte Entwurf von den Experten gegengelesen, korrigiert und in der Erweiterten Planungsgruppe zur Beschlussfassung vorgelegt.

Auf Beschluss der Erweiterten Planungsgruppe vom 17.3.2003 erfolgte nachträglich die methodische Bewertung der nach Abschluss der Recherche zum Clearingbericht Depression im Jahr 2002 veröffentlichten Leitlinie „Psychotherapie der Depression“ der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Deutsches Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin und Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (LL 21). Eine inhaltsgleiche Redaktionsfassung der Leitlinie lag dem Expertenkreis vor und wurde bei den Beratungen im Rahmen der Erstellung des Clearingberichtes von den Experten berücksichtigt. Nach abschließenden Beratungen ergaben sich durch die nachträgliche Aufnahme der Leitlinie in die methodische Bewertung keine weiteren Änderungen für die im Clearingbericht formulierten Anforderungen.

## D. Hauptdokument

### D.1 Vorschläge zu den Inhalten einer nationalen Leitlinie „Depression“

#### D.1.1 Problembeschreibung der Leitlinie

Die nachfolgenden Vorschläge zu inhaltlichen Eckpunkten einer nationalen Leitlinie Depression resultieren aus

- den (übereinstimmenden) Inhalten der vorliegenden bewerteten Leitlinien,
- dem aktuellen epidemiologischen bzw. klinischen und pharmakologischen und psychotherapeutischen Wissensstand zur Prävention, Diagnostik und Therapie der Depression,
- den eigenen Erfahrungen der Experten in der ambulanten und stationären Versorgung.

Die Übersicht in Tabelle 4 zeigt die Zuordnung der im Bericht zitierten beispielhaften Textbausteine zu den inhaltlichen Eckpunkten einer nationalen Leitlinie „Depression“.

**Tabelle 4: Übersicht der ausgewählten Beispiele**

Leitlinie	1 AB FP	2 AC P	3 AP A bpd	4 AP A mdd	5 Akd Ä	6 BA P	7 CP A	8 CC G sad	9 CTF PH C	10 DG PP N	11 FM S	12 ICSI mh	13 ICSI pc	14 NA C	15 NIH	16 No. Eng	17 Psy G	18 VH A mdd	19 VH A ph.	20 WH O	NB AH CP R
Anwendung																		1			
EPIDEMIOLOGIE																					
Epidemiologie							3,4 5														2
Ätiologie					6, 10		11			9				7							8, 12
Prognose							14, 15, 17								18			13			16
DIAGNOSTIK																					
Psychopath.				18																	
Syndrom.																					
Spez. Syndrome																		19			
Mehraxiale												20									
Nosolog. /Kat.																				21	
Differenzial.																		23			
Funktion																		24			
Stufenplan																		25, 26			
Verlaufs.																					27
Screening	28													29				30			
Prävention																					
THERAPIE																					
Ziele/Planung					32					33											31
Interaktion			39	37						36								34, 35, 38			40
Pat. führung							41							45, 46							
Psychotherapie							47, 48, 49, 50, 53, 57, 58							52, 55, 59, 60							54, 56
Pharmako- therapie					61, 65		66, 67, 68											63	64, 69		
Somatische T.							70, 71														
Komorbidität																					72
Spez. Gruppen							73														
Notfälle																		74			
Suizid							75														
Compliance						76															
Fam. Beratung																					
Schulung														78							
Anforderungen an Beratung																					
Rehabilitation																					
METHODIK																					
Rahmenbed.																					
Kosten																80					
Qualitäts- management												81, 82, 83									

### D.1.2 Anwendungsbereich (*des Clearingberichtes Depression*)

Der Expertenkreis legt Wert auf die Feststellung, dass der vorliegende Leitlinienbericht die inhaltliche Angemessenheit von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen aus der Sicht praktizierender, stationär und ambulant tätiger Behandler (Ärzte und Psychologen) in Deutschland darlegen soll. Er ist zu verstehen als Empfehlung darüber, wo in einer deutschen Leitlinie künftig die inhaltlichen Schwerpunkte zu setzen sind, um die Qualität der Versorgung von Menschen mit Depressionen in Deutschland zu verbessern.

Der Expertenkreis definierte seine Aufgabenstellung wie folgt:

- Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur der von der Clearingstelle recherchierten Leitlinien, ihrer Auswahl und Bewertung.
- Beurteilung der inhaltlichen Empfehlungen der einzelnen Leitlinien unter Berücksichtigung des deutschen Gesundheitssystems.
- Benennung einer oder mehrerer vorbildlicher Leitlinien.
- Entwicklung einer Empfehlung für Struktur und Inhalte einer nationalen Leitlinie "Depression". Dabei wird auf die recherchierten Leitlinien Bezug genommen. Die Empfehlungen werden anhand beispielhafter Textbausteine aus diesen Leitlinien konkretisiert.

Die Empfehlungen des Berichtes richten sich an:

- Ersteller und Herausgeber von Leitlinien im deutschen Versorgungssystem,
- Steuergremien der Selbstverwaltung,
- Nutzer von Leitlinien (z. B. Qualitätszirkel, Kliniken, usw.).

Der Bericht soll einen Überblick über die Vielzahl und die unterschiedlichen Aspekte der aktuellen Leitlinien aus dem deutschen und englischen Sprachraum geben.

Er kann - nach Meinung der Experten - Anregungen zur Nutzung der in die Beurteilung aufgenommenen Leitlinien geben. Insbesondere ist hier auch an Gruppen praktizierender Behandler gedacht, die für ihren eigenen Verantwortungsbereich interne Handlungsempfehlungen auf der Grundlage guter Leitlinien entwickeln wollen.

Bei der Heranziehung von ausländischen Leitlinien ist zu berücksichtigen, dass sich in den verschiedenen Gesundheitssystemen unterschiedliche Therapieprinzipien etabliert haben, deren Nutzen nur dort evaluiert werden kann. Diese Unterschiede führen möglicherweise auch bei den qualitativ guten, evidenzbasierten internationalen Leitlinien zu einer nicht uniformen Vorgehensweise bei Diagnostik und Therapie der Depression.

Leitlinienautoren sind gehalten, bei der Formulierung von Empfehlungen den aktuellen Stand wissenschaftlicher Untersuchungen zu berücksichtigen. Wenn diese Empfehlungen in Einzelfällen von anderweitigen Festlegungen normativer Art (z. B. Indikationsgebiete in Beipackzetteln, „Off-Label-Use“) abweichen, sollten sie den Nutzer dieser Leitlinie explizit darauf hinweisen.

Hierbei ist neben der Evidenz der Empfehlung und der fachlichen Expertise der Leitlinienautoren auch sicherzustellen, dass eine ausreichende juristische Expertise berücksichtigt wird.

Die Diskussion im Expertenkreis zeigte, dass ein wesentliches Problem der Kommunikation zwischen den verschiedenen Gruppen von Behandlern (Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten sowie Haus- und andere Fachärzte) darin begründet ist, dass sie „Depression“ aus verschiedenen Perspektiven betrachten.

Eine Ursache hierfür wird darin gesehen, dass Definitionen der Psychopathologie des Krankheitsbildes auf Konventionen beruhen. Diese Definitionen zur Psychopathologie sind daher von den im Anwendungsbereich der Leitlinie (z. B. hausärztliche Versorgung / fachärztliche Versorgung) verbreiteten und etablierten Konventionen abhängig.

Die wesentlichen definitorischen Probleme ergeben sich hieraus sowohl bei der Diagnostik der Depression (siehe die Kapitel D.3.1 f.) als auch bei Mit- und Weiterbehandlung durch die jeweils andere Facharzt- und Berufsgruppen (siehe Kapitel D.5.2 Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen).

Bei den meisten der im Clearingverfahren „Depression“ betrachteten Leitlinien sind die Zielgruppen (hausärztliche Versorgung / fachärztliche Versorgung) entsprechend eingeschränkt oder sie zeichnen sich durch einen modularen Aufbau (LL 18 VHA major-depressive-disorder) aus. (siehe Tabelle 5).

**Tabelle 5: Zuordnung der Leitlinien zu Fachbereichsgruppen**

<b>„Primary Care“ (Grundversorger)</b>	<b>„Speciality Care“ (Fachärzte / Psychologen)</b>
LL 1 ABFP	
LL 2 ACP/ASIM (*)	(*)
LL 3 (\$) APA-bipolar-depressive-disorder	LL 3 (\$) APA bipolar-depressive-disorder
LL 4 APA major-depressive-disorder (\$)	LL 4 APA major-depressive-disorder (\$)
LL 5 AkdÄ	
LL 6 BAP	
	LL 7 CPA
LL 8 CCG-seasonal-affective-disorder (#)	(#)
LL 9 CTFPHC (##)	LL 9 CTFPHC (##)
(#)	LL 10 DGPPN (#)
LL 11 FMS Dodecim	
LL 13 ICSI primary-care (+)	LL 12 ICSI mental-health (+)
LL 14 NAC	
LL 15 NIH (#)	(#)
LL 16 No. Eng.	
LL 17 Psy. Guides (¢)	LL 17 Psy. Guides (¢)
LL 18 VHA major-depressive-disorder (¢¢)	LL 18 VHA major-depressive-disorder (¢¢)
LL 19 VHA-pharmacologic	
LL 20 WHO-UK	
(++)	LL 21 DGPM, DGPT, DKPM, AÄGP (++)
AHCPR	

(\*) Leitlinie mit Schwerpunkt Pharmakotherapie, wendet sich auch an Fachärzte.

(\$) Leitlinien der APA sind primär als Vorgaben für Primärversorger gedacht, Fachärzte sollen diese Hilfe geben, weitergehende Maßnahmen sind hier bei Bedarf durchzuführen.

(#) Keine eindeutige Eingrenzung der Zielgruppe (unklar in Frage 2.4 der methodischen Bewertung)

(##) Spezielle Leitlinien zur Prävention und Screening, keine eindeutige Eingrenzung der Zielgruppe (unklar in Frage 2.4 der methodischen Bewertung).

(+) Zwei Leitlinien der gleichen Organisation für je eine Fachgruppe.

(¢) Primär Fachärzte, nur unter besonderen Bedingungen soll eine Behandlung der bipolaren Depression durch andere Gruppen erfolgen.

(¢¢) Leitlinie ist in 3 Module für Primärversorger, Spezialversorger und zur Behandlung stationärer Patienten aufgeteilt.

(++) Leitlinie kann auch von Allgemeinärzten und Gebietsärzten, die sich anderweitig mit der Behandlung depressiver Patienten befassen, genutzt werden.

Der Clearingbericht Depression kann wegen der Vielzahl der unterschiedlichen Aspekte in den aktuellen Leitlinien nur auf die prinzipiell notwendigen Schritte der bei der Leitlinienentwicklung zu berücksichtigenden Punkte hinweisen.

Eine Leitlinie erfüllt die im Clearingbericht dargelegten methodischen und inhaltlichen Anforderungen im Prinzip auch, wenn sie nicht alles erwähnt, sondern entsprechende Schwerpunkte für den jeweiligen Anwendungs- und Versorgungsbereich setzt.

Vorschlag:

- Bei der notwendigen Definition des Anwendungsbereiches einer Leitlinie Depression soll neben der entsprechenden Definition der Ziele und Zielgruppen (Behandler, Patienten) gegebenenfalls unter Bezug auf psychopathologische Definitionen eine inhaltliche Abgrenzung des Themenbereiches der Leitlinie erfolgen.
- Eine die Leitlinien übergreifende Definition der Schnittstellen der Versorgung ist dann erforderlich, wenn 2 Leitlinien für das selbe Krankheitsbild mit unterschiedlichem Anwendungsbereich auf die Behandlung des Patienten Einfluss nehmen können.
- Die auf einer Konvention basierende Definition des Krankheitsbildes sollte sowohl mit den in der Leitlinie empfohlenen Diagnostik- und Therapieverfahren zu Grunde liegenden Definitionen vereinbar sein, als auch Ausbildung und Arbeitsorganisation der Anwenderzielgruppe der Leitlinie berücksichtigen.
- Die Integration in ein die Versorgungsebenen übergreifendes Gesamtkonzept ist durch eine interdisziplinäre, gemeinsam arbeitende Arbeitsgruppe zu gewährleisten.

**Beispiel 1: Modulare Anordnung einer Leitlinie**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - S.18]

Ausgewählt wegen der aufeinander abgestimmten Leitlinien-Module für die „Primärversorgung“, die „spezifische weiterführende ambulante Versorgung“ und die „Versorgung in stationären Einrichtungen“. In der Leitlinie erfolgt auch eine entsprechende Definition der Schnittstellen zwischen den drei Bereichen.

<b>MANAGEMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN ADULTS</b>	
<b>Table of Contents</b>	
INTRODUCTION .....	i
.....	
<b>ALGORITHMS AND ANNOTATIONS</b>	
Module A – Primary Care Setting .....	1
Module B – Outpatient Mental Health Specialty Setting .....	41
Module C – Inpatient Mental Health Setting .....	81
<b>APPENDICES</b> .....	
Appendix 1. Assessment Instruments .....	110
.....	



## D.2 Epidemiologie, Ätiopathogenese und Risikofaktoren

### D.2.1 Deskriptive Epidemiologie

Epidemiologische Daten dienen der Erleichterung von diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozessen und sollen zielführend sein. Eine komplexe Darstellung, z. B. unter Nutzung von Vergleichsdaten zu depressiven Störungen verschiedener Nationen ist weniger hilfreich. Vielmehr soll die epidemiologische Einführung in einer Leitlinie den zielgruppenorientierten epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Hintergrund erläutern.

Viele Leitlinien enthalten neben Angaben zur Häufigkeit (Prävalenz) depressiver Syndrome (Gruppe von Krankheitszeichen, die für ein best. Krankheitsbild mit meist einheitlicher Ätiologie, aber unbekannter Pathogenese charakteristisch sind) weitere epidemiologische Informationen. Sie sind aber unterschiedlich ausführlich und genau in der Darstellung. In den ausführlichen Leitlinien wird im allgemeinen auf folgende relevante Unterpunkte zur Epidemiologie verwiesen:

- Gesamtprävalenz und Inzidenz (z. B. in der Allgemeinbevölkerung),
- Institutionelle Prävalenz (z. B. in der hausärztlichen Versorgung),
- Prävalenz unterschiedlicher depressiver Syndrome und diagnostischer Subgruppen,
- Prävalenz in unterschiedlichen Gruppen (z. B. Frauen versus Männer, Depressionen im Alter),
- Angaben zum Erkrankungsverlauf und der Häufigkeit von Verlaufstypen (z. B. Wiedererkrankungsrisiko),
- Angaben zur Mortalität (z. B. Suizidalität),
- Angaben zu sozialmedizinischen Folgen (z. B. Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Berentungsrisiko).

#### Problem:

- Die Erstellung und die Anwendung von Leitlinien wird häufig unter Rekurs auf internationale epidemiologische Erhebungen begründet. Empfehlungen auf der Basis solcher Daten können vom Endnutzer häufig nicht zielführend umgesetzt werden, da
  - die berichteten Zahlen nicht den Anhaltszahlen in der eigenen Institution (z. B. der hausärztlichen Praxis) entsprechen und in den Leitlinien keine Verfahren beschrieben werden, wie nutzungsrelevante Daten für den jeweiligen institutionellen Kontext angepasst und valide Daten zur institutionellen Prävalenz und / oder Inzidenz erhoben werden können,
  - die Angaben zu verschiedenen depressiven Syndromen bzw. diagnostischen Subgruppen fehlen,
  - die Angaben zur sozialen, sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung häufig unvollständig oder nicht übertragbar sind (z. B. fehlende Berücksichtigung von Aufwendungen der Rentenversicherer für Erwerbsunfähigkeitsrenten).

**Vorschlag:**

- Eine Leitlinie Depression sollte präzise Daten zur deskriptiven Epidemiologie unter besonderer Berücksichtigung des definierten Anwendungsbereichs und der primären Zielgruppe (z. B. Häufigkeit depressiver Störungen in der hausärztlichen Versorgung) so darstellen, dass sie die Ziele der Leitlinie unterstützen.
- Eine epidemiologische Einführung in einer Leitlinie sollte aufzeigen, auf welche Weise die epidemiologischen Daten zur Erleichterung von diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozessen genutzt werden können. Sie sollte dabei die wichtigsten Nutzergruppen ansprechen und auch eine Verbindung zu gesundheitsökonomischen Aspekten solcher Entscheidungen herstellen.
- Auf die soziale, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Bedeutung depressiver Störungen sollte explizit verwiesen werden.
- Auf mögliche Defizite (noch nicht untersuchte Bereiche) und Fehlerquellen ist auch bei epidemiologischen Daten explizit hinzuweisen.
- Über ein zusammenfassendes Epidemiologie-Kapitel hinaus sollten alle wesentlichen Empfehlungen der weiteren Leitlinien-Abschnitte (insbesondere die diagnostischen Empfehlungen und die therapeutischen Optionen) mit epidemiologischen Daten – soweit verfügbar – begründet werden (z. B. Stellenwert der Verlaufsdagnostik oder Folgen bestimmter Therapiealternativen) (Siehe Hinweise in den einzelnen Kapiteln).

**Beispiel 2: Epidemiologische Daten**

AHCPR [Vol. 1; S.23]

Ausgewählt wegen übersichtlichen Angaben zur Prävalenz.

**Epidemiology**

Guideline: The point prevalence for major depressive disorder in the Western industrialized nations 2.3 to 3.2 percent for men and 4.5 to 9.3 percent for women. The lifetime risk for major depressive disorder is 7 to 12 percent for men and 20 to 25 percent for woman.....

**Beispiel 3: Prävalenzdaten**

LL 7 CPA [S.16 f.]

Ausgewählt wegen der Darstellung der wichtigsten Prävalenzdaten und ihrer empirischen Basis.

**5. How common is depression?**

Table 1.4 summarizes the Canadian epidemiologic studies showing similar prevalence rates of MDD. In the Stirling County Study (38), the same general Atlantic Canada population was surveyed at 3 points (1952, 1970, and 1992), an approach that has not been duplicated by any other study. Its prevalence results are similar, however, to those of the Edmonton Epidemiologic Study, which involved a random sample of adult residents of Edmonton, and the Ontario Mental Health Supplement (OMHS), which used a random sample of individuals aged 15 years or older residing in Ontario (39,40). A smaller sample study using similar survey techniques in Quebec found a 3.4% 1-year prevalence and a 7.8% lifetime prevalence of depression (41). Cross-national studies suggest that the prevalence of depression is increasing in younger birth cohorts (42,43). The Stirling County Study, however, found a steady overall prevalence of current depression of 5% over a 40-year period. Women and younger people were at greater risk of depression in 1992 than in 1970, suggesting that the perceived historical change may be a matter of redistribution by sex and age.

**6. Do depression rates vary by sex, age, or other demographic factors?**

Depression in women occurs at approximately twice the rate for men, according both to the major Canadian studies (38,40,44) and to international studies (1). There is less consistency among studies regarding prevalence related to age, but there do appear to be higher rates in young adults and lower rates in those over 64, most recently demonstrated in the National Population Health Survey (NPHS) (45). Many studies find depression more commonly in those with low income or unemployment and in those with unmarried or divorced status. Canadian data (46) also show parental psychopathology and a history of childhood abuse to be more common among individuals with depression. Differences in the rates of major depression are found across countries (Table 1.5), suggesting that cultural differences or variations in risk factors may play a role in the expression and development of depression (1,42). The core symptoms, however, remain similar in many countries (47) and across North America (1). Risk of social disability after controlling for physical disease/ disability factors. Work productivity is also markedly affected. Ontario residents with a history of depression in the past year were nearly 3 times as likely as were control subjects to have sick days in the preceding month, while a similar US survey found that workers with depression had 1.5 to 3.2 more short-term work-disability days in a 30-day period than did other workers (40,50). In the latter study, the salary-equivalent productivity loss (which averaged USD182 to USD395) was nearly as large as the estimated cost of depression treatment. Another study found that individuals with depression had 5 times as many disability days as did unaffected individuals (51).

**Beispiel 4: Prävalenz und Symptomerkenkung in verschiedenen Altersgruppen**

LL 7 CPA [S.64]

Ausgewählt wegen der praxisnah zusammengefassten Darstellung von Symptomschwerpunkten, der Prävalenzangaben, die bei den älteren Menschen nach Inanspruchnahme-Stichproben differenziert sind, und des Überblickes über die altersbezogene Prävalenz von Suiziden.

<b>Table 6.1 Summary of age-related differences in depression and suicide across the lifespan</b>					
Age group	Clinical presentation and assessment	Epidemiology	Suicide rates per 100 000 a		
			Age (years)	Male subjects	Female subjects
Children and Adolescents	May have protracted episodes; illness pattern of remission and relapse, and significant impairments in social, interpersonal, vocational, or academic functioning. Cognitive distortions and decreased self-esteem following remission may predict future episodes	The prevalence of major depressive disorder (MDD) is relatively low before puberty, but rates reach adult levels by late adolescence. Female:male ratio equal in childhood but same as adult female:male ratio (2:1) in adolescence.	10 - 14	2.1	2.1
			15 - 19	21.4	4.9
Elderly	Core symptoms of severe depression are the same as for younger adults, but there is more difficulty differentiating symptoms because of medical comorbidity and more likelihood that seniors with depression will present with cognitive symptoms. More willing to self-identify physical rather than mental symptoms and less likely to participate in formal mental health programs. The oldest patients show the most variance from younger adults, and young-old may present more similarly than differently from middle-aged patients.	Rates of depressive disorder decreased in community samples but increased in institutional or hospital samples. Subsyndromal depressions likely to be more frequent.	60–64	21.8	7.3
			65–69	18.9	5.7
			70–74	20.9	5.3
			75–79	25.0	4.3
			80–84	24.1	3.9
			85–89	36.5	2.6
		90+	29.1	2.4	

**Beispiel 5: Soziale- und Sozialmedizinische Bedeutung**

LL 7 CPA [S.17]

Ausgewählt wegen der Darstellung zentraler Aspekte der sozialen und gesundheitsökonomischen Bedeutung depressiver Störungen und der Verknüpfung mit empirischer Evidenz.

**7. How disabling is depression?**

Depressive symptoms substantially interfere with daily functioning, and MDD is a leading cause of disability in developed countries (48). In the US National Comorbidity Survey, 18% of patients with minor depression, 29% of patients with 5 to 6 symptoms of MDD, and 52% of patients with 7 to 9 symptoms of MDD had major problems with daily functioning (3).....

.....

Work productivity is also markedly affected. Ontario residents with a history of depression in the past year were nearly 3 times as likely as were control subjects to have sick days in the preceding month, while a similar US survey found that workers with depression had 1.5 to 3.2 more short-term work-disability days in a 30-day period than did other workers (40,50)....

.....

**8. How does depression affect the use of Health services ?**

Both major depression and dysthymia are associated with an increased use of general medical services or emergency services for emotional problems as well as with more time lost at work (56,57). Even 2 or more depressive symptoms over a life time are associated with increased rates of social morbidity and service use. In fact, from a population, societal, or "service burden" perspective, individuals with depressive symptoms use more medical services and attempt suicide more frequently than do individuals with cases defined as MDD by DSM- IV (56). From an other perspective, studies of "high utilizers" of general health services demonstrate high rates of untreated depression (58). Treating these individuals improves health outcomes and, in time, may lessen service use (59).

....

**10 What does depression cost individuals and society**

Major depression is more prevalent than other major public health problems and imposes significant costs on society. The WHO Global Burden of Disease Study quantified illness-related morbidity and mortality into a common unit, the disability-adjusted life year (DALY). When DALYs were calculated for 107 diseases and disorders world wide, unipolar major depression was the fourth leading specific cause of global DALYs (69) and predicted to be second by the year 2020 (4) .

In the US in 1990, the total annual cost of depression was estimated to be USD 44 billion: direct costs were USD12 billion, mortality costs were USD 8 billion, and absenteeism/productivity costs were USD 24 billion (70). This figure included cases of bipolar depression and dysthymia but did not include out-of-pocket family expenses, costs of minor depression, or excessive hospitalization or diagnostic tests. Similar calculations for Ontario in 1990 found the total annual cost of depressive disorders to be CAD 475.7 million, of which 58% was attributed to in direct costs and 44% to morbidity-related costs (71). Such figures, however, underestimate the true cost of depression because several key categories of cost are not included, such as impact on over all general medical service use and family burden costs (72).....

## D.2.2 Ätiopathogenese und Risikofaktoren

Ein eindeutiger Auslöser oder alleiniger Risikofaktor für Depression ist nicht bekannt. Multikausale Verursachungs- und Risikomodelle entsprechen dem Stand der Forschung. Bislang gibt es auch noch keine biologischen oder psychologischen Vulnerabilitätsmarker für eine Ersterkrankung, die eine hinreichende prognostische Validität haben, um als Frühwarnzeichen differenzialdiagnostisch einsetzbar zu sein. Andererseits gibt es zunehmend eine empirische Basis für eine Reihe verschiedener Faktoren, die sowohl das Ersterkrankungsrisiko als auch den weiteren Erkrankungsverlauf beeinflussen.

Ausführlichere Leitlinien enthalten Hinweise auf folgende Faktoren:

- Genetische, neurobiologische, somatische Bedingungen und Risikofaktoren (z. B. genetische Transmission einer familiären Belastung, Vulnerabilität bezüglich der Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und/oder der Transmitterregulation),
- psychologische und soziale Belastungsfaktoren, Fähigkeitsdefizite, prämorbid Persönlichkeit,
- kritische Lebensereignisse,
- psychische u. somatische Komorbidität,
- spezifischere Kombinationen von Faktoren für bestimmte Subsyndrome (z. B. Melancholie, Anpassungsstörungen).

### Problem:

- Ätiopathogenetische Faktoren und Risikofaktoren werden in unterschiedlichen Kontexten in den Leitlinien erwähnt, in der Regel fehlt allerdings eine Verknüpfung mit empirischer Evidenz.
- Die Mehrzahl der bewerteten Leitlinien enthält keine zusammenfassende Darstellung von ätiopathogenetischen Faktoren, die an der Entstehung und/oder der Aufrechterhaltung verschiedener depressiver Störungen beteiligt sind. Teilweise können sie nur aus Unterkapiteln zur Epidemiologie oder zur Komorbidität erschlossen werden.
- Die Ätiopathogenese wird zwar häufig als Begründung für ein bestimmtes diagnostisches Vorgehen oder den Erfolg wirksamer Therapieverfahren angesehen, aber diese Begründung erwächst eher aus hypothetischen Modellen denn empirisch gesicherten Erkenntnissen zu Wirkmechanismen von Veränderungsprozessen.
- Neuere Erkenntnisse, z. B. aus der neurobiologischen Grundlagenforschung, werden manchmal zu schnell in der Öffentlichkeit so dargestellt, als ob diese sofort in die diagnostische und therapeutische Versorgung integriert werden können, was bislang nicht hinreichend belegt ist.

### Vorschlag:

- In einer Leitlinie sollte das vorhandene Wissen zu Ätiopathogenese und zu Risikofaktoren depressiver Erkrankungen zusammenfassend sowie in eindeutiger Abgrenzung von Hypothesen dargestellt werden. Für den Nutzer muss dabei deutlich werden, bei welchen diagnostischen, beratenden und therapeutischen Maßnahmen dieses Wissen umgesetzt werden kann. Ein wichtiges Ziel in diesem Zusammenhang ist die Information von Nutzern in der Primärversorgung. Dieser Personenkreis kennt oft das familiäre und soziale Umfeld und kann dann Patienten, bei denen empirisch gesicherte Risikofaktoren identifiziert werden, gezielt präventiv unterstützen oder eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung einleiten.

- Gruppen von Risikofaktoren, zu denen empirische Evidenz vorliegt, und die deshalb in der Leitliniendarstellung enthalten sein sollten, sind:
  - biologische, einschließlich genetischer und somatischer Risikofaktoren,
  - psychologische Risikofaktoren, einschließlich der Einflüsse des sozialen Umfelds und deren Verarbeitung (z. B. Todesfälle und frühe Verluste),
  - soziodemographische Faktoren (z. B. niedriges Einkommen),
  - vorausgehende körperliche Zustände bzw. Erkrankungen (z. B. Menopause),
  - psychische Syndrome im Vorfeld und vorausgehende psychische Erkrankungen (z. B. Angststörungen).
- In der Leitlinie sollten die Datenbasis (retrospektiv, prospektiv, kontrolliert) und die prognostische Power (Vorhersagebedeutung) für die jeweiligen Faktoren genannt werden.
- Wegen der besonderen Bedeutung der Adoleszenz für das spätere Depressionsrisiko sollte ein Verweis auf spezielle Leitlinien zu depressiven Syndromen bei Kindern und Jugendlichen erfolgen.
- Neben dieser zusammenfassenden Darstellung von evidenzbasierten Risikofaktoren sollte eine Übersicht verdeutlichen, welche Indikationen bei einer Kombination erkannter Risikofaktoren bestehen (z. B. Screeningfragen zur Depression für alle Patienten, bei denen Angstsyndrome etc. bereits diagnostiziert/behandelt werden).
- Über eine zusammenfassende Darstellung zu Ätiopathogenese und Risikofaktoren hinaus sollte bei der späteren Darstellung von Therapieoptionen auf die zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Modelle bzw. auf Probleme verschiedener ätiopathogenetischer Konzepte hingewiesen werden. Das gilt besonders dann, wenn sich bei bestimmten Subtypen depressiver Störungen (z. B. Dysthymien, rezidivierende Depressionen) aus der Annahme bestimmter Modelle Konsequenzen für die weitere Diagnostik und Therapie ergeben.

#### Beispiel 6: Ätiopathogenese

LL 5 AkdÄ [S.2]

Ausgewählt, weil hier eine zielgruppengerechte (Hausärzte) zur Anwendung (bei Klassifikation und Diagnostik) führende, wegweisende Darstellung erfolgt. Neben den Hinweisen zu Prävalenz in der Praxis wird auf die zum Zeitpunkt der Leitlinienerstellung ungeklärten Punkte zur Ätiologie hingewiesen.

#### Vorbemerkungen zur Pathologie und Pathophysiologie

Die Depression ist eine häufig vorkommende Erkrankung, deren gesamt-wirtschaftliche Kosten denen der koronaren Herzkrankheit vergleichbar sind. Sie ist gekennzeichnet durch eine hohe Rezidivneigung und eine hohe Mortalität. Die Prävalenz in der Allgemeinpraxis beträgt 10–20 %. Wie bei anderen psychischen Krankheiten und Störungen ist auch beim depressiven Syndrom von einer multifaktoriellen Ätiopathogenese auszugehen, bei der im Einzelfall unterschiedliche Ursachen im Vordergrund stehen. Es wird angenommen, daß dem seelischen Erleben ein somatisches Korrelat (z. B. Störung im Neurotransmitterstoffwechsel) entspricht, jedoch ist dieses nicht gesichert oder verstanden. Das Leiden tritt familiär gehäuft auf, ohne daß der genaue Erbgang bekannt wäre. Das Syndrom kann außerordentlich leidvoll für alle Beteiligten sein und endet oft im Suizid. Etwa jeder zehnte wird einmal in seinem Leben an einer behandlungsbedürftigen Episode leiden. Die Krankheit ist „leibnah“ und wird häufig als Störung in der Vitalsphäre am deutlichsten erlebt.

#### Klassifikation

Der *traditionellen Einteilung* der depressiven Erkrankungen liegt eine umstrittene Ätiologie zugrunde: als Ursachen wurden psychogene Faktoren wie z. B. belastende Lebensereignisse oder eine neurotische Entwicklung (depressive Reaktion, neurotische Depression), anlagebedingte, z. T. genetisch fixierte, im einzelnen unbekannte Faktoren (endogene Depression) oder körperliche Erkrankungen (organisatorische Depression) unterschieden. Da die Ätiopathogenese multifaktoriell ist, verzichtet die *neue Klassifikation nach ICD-10 (Tabelle 1)* weitgehend auf Vermutungen zur Ätiologie und benennt rein beschreibend das...

**Beispiel 7: Identifizierte und psychologische Risikofaktoren**

LL 14 NAC [S.10 f]

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Auflistung allgemein anerkannter Risikofaktoren unter Ergänzung einer zusammenfassenden Darstellung evidenzbasierter psychologischer Risikofaktoren, wobei hier nicht nur Risiko- sondern auch Schutzfaktoren erwähnt werden.

**Aetiology and risk factors**

The concept of depressive disorders can be traced back to the earliest periods of recorded history. Hippocrates wrote of melancholia and the literal translation of Dysthymic Disorder is "ill humoured". However, it was not until 1972 that the term "Major Depressive Disorder" was first introduced as a category in the Feighner Diagnostic Criteria. This concept was included in the DSM-III which brought together all the affective conditions into a classification based on symptoms rather than underlying personality. Kendler et al (1993) have retrospectively calculated the risks contributing to a particular episode of Major Depressive Disorder in a large group of female twins and found that there is a complex interaction of the following factors:

- Stressful life events and difficulties in the last three months, eg financial difficulties
- History of traumatic events, including abuse (physical, sexual and emotional), divorce and social isolation
- Exposure to dysfunctional parenting
- Premature parental loss
- Previous history of depression
- Genetic factors
- Neuroticism
- Poor social support.

Brown and Moran (1994) and Brown et al (1994) found that childhood adversity (including parental indifference, family violence and sexual abuse) and current interpersonal difficulties were predictors of a chronic course of depression among working class mothers living in inner London and clients treated for depression at two London hospitals. Substance abuse has also been observed as a factor in predicting the chronicity of some depressive disorders, especially amongst men. The Otago Women's Health Survey found the following factors to be associated with the onset of psychiatric illness (anxiety and depression): being separated/divorced, coming from a large family, having poor social networks, living alone, having few social responsibilities, financial difficulties and poor physical health. When assessed at the 30 month follow up, they discovered that middle aged women (45-64) were less likely to have recovered than either their younger or older counterparts. They considered that a factor contributing to this is the social role adjustment that women have to make once their child rearing responsibilities have ended (Romans et al, 1993, 1993a). Similar risk factors are likely to be operative in the aetiology of Dysthymic Disorder. The diathesis-stress model suggests that mental illness is a product of the interaction between a predisposition towards an illness/disorder and stressful events (Davison and Neale, 1990). A person may be predisposed genetically and psychologically (ie hold negative beliefs and attitudes about themselves and the world) towards developing a Major Depressive Disorder. If sufficient stressors occur (the relative impact of these being determined by the person's coping skills), the disorder develops. These stressors may include physiological stressors (eg experiencing a closed head injury) and psychological stressors (eg experiencing a traumatic event). There are also protective factors that will decrease the likelihood of developing a depressive episode:

- Perceived parental warmth
- Social support
- Coping skills and personality style



**Beispiel 8: Biologische Risikofaktoren**

AHCPR [Vol. 1; S.73]

Ausgewählt wegen des Ansprechens genetischer Faktoren und der Differenzierung zwischen verschiedenen depressiven Störungen.

**Guideline: A history of mood disorders in first-degree relatives increases the probability of a patient's developing a mood disorder. (Strength of Evidence = A.)**

First-degree relatives of bipolar disorder patients are at substantially higher risk for developing either a recurrent major depressive disorder (roughly 12 percent) or bipolar disorder (roughly 12 percent). Strong scientific evidence points to a genetic vulnerability to bipolar disorder. For those with more recurrent forms of major depressive disorder, genetic factors also appear to play a significant role. For those with less recurrent forms of major depressive disorder, the role of genetic factors is unclear. It is known, however, that patients who develop major depressive disorder before age 20 have a greater familial morbidity for depression.

**Beispiel 9: Neurobiologisches Risiko**

LL 10 DGPPN [S.7]

Ausgewählt wegen der vorsichtigen Formulierungen, die darauf verweisen, dass in diesem Bereich noch Forschungsbedarf besteht.

Als neurobiologische ätiopathologische Grundlagen werden Störungen in der Reagibilität des stressregulierenden neuroendokrinen Systems (Limbisches System/ Hypothalamus/ Hypophyse/ Nebennierenrinde) vermutet, die sowohl Ursache als auch Wirkung von Störungen in der adaptiven Kapazität von limbischen Neurotransmittersystemen (Noradrenalin, Serotonin, Dopamin, Acetylcholin) sein könnten. Insbesondere bei bipolaren Störungen wurden in letzter Zeit ursächlich auch Funktionsanomalien diskutiert, die möglicherweise der Hauptangriffspunkt im Wirkungsmechanismus von stimmungsstabilisierenden Medikamenten (Lithium, Valproat, Carbamazepin) sind.

**Beispiel 10: Körperliche Zustände bzw. Erkrankungen als Risikofaktor**

LL 5 AkdÄ [S.5 Tabelle 3]

Ausgewählt wegen der genannten unterschiedlichen Arten solcher Risikofaktoren.

**Biologisch**

- Erschöpfung nach chronischer psychophysischer Anspannung, Folter
- Schwere körperliche Erkrankung
- Wochenbett
- Alkohol, vor allem bei längerem Gebrauch in höherer Dosierung, im Entzug oder danach
- Pharmakogen, z. B. Betarezeptorenblocker, Cortison (auch Manien), Gyrasehemmer, Reserpin
- Bei Absetzen von Benzodiazepinen, bei Opiatabhängigkeit und Polytoxikomanie, auch im Entzug
- Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz, Hypothyreose

**Beispiel 11: Auslöser von Depression**

LL 7 CPA [S.83]

Ausgewählt wegen der Unterscheidung zwischen „wahrscheinlichem“ und „möglichem“ Gefahrenpotenzial der angeführten Medikamente.

<b>Table 7.1 Medications with potential to induce depression</b>	
Medications with a <b>probable</b> association:	
Anabolic steroids	
–	Interferons
–	.....
Medications with a <b>possible</b> association:	
Cardiovascular	
–	Captopril (and other angiotensin-converting-enzyme [ACE] inhibitors)
–	.....
Other	
–	Various anticonvulsants
–	.....

**Beispiele zur Darstellung weiterer Risikofaktoren siehe auch:**

=&gt; Beispiel 3: Soziodemographische Prävalenzdaten

=&gt; Beispiel 4: Prävalenz und Symptomerkenkung in verschiedenen Altersgruppen

**Beispiel 12: Indikationen bei erkannten Risikofaktoren**

AHCPR [Vol. 1; S.48]

Ausgewählt wegen des expliziten Hinweises, auf Maßnahmen die bei bestimmten Risikofaktoren zu ergreifen sind.

Given that follow-up studies of those with panic or other anxiety disorders reveal that many will subsequently develop major depressive disorder and that they often have had a prior major depressive disorder or have a family history of major depressive disorder, the depression is the appropriate main target of treatment in many cases. Sometimes, however, only a treatment trial and observation will answer this complex diagnostic question. Whichever disorder is primary, the data are clear that the combination of panic and major depressive disorders results in a more severe disorder with greater impairment than does either disorder alone. For example, depressed patients with associated panic attacks have a more severe depressive illness and are less likely to recover during a 2-year follow up than are those without panic attacks (*Coryell; endicott; Andersan et al., 1988*). The lifetime suicide attempt rate for persons with both panic and major depressive disorders is more than twice that of those with panic disorder, but without major depressive disorder (19.5 versus 7.0 per 100) (*Johnson, Weisman and Klerman 1990*). In two separate studies, panic disorder and primary major depressive disorder were each associated with high suicide rates (*Coryell; Noyes; and Clancy 1982, 1983*). These data strongly suggest the importance of inquiring about, and even expecting to find, a concurrent mood disorder (especially major depressive disorder) in patients with anxiety complaints. If an individual presents with both conditions and if they are equally impairing, the practitioner should consider treatment with medications for which efficacy has been demonstrated for both conditions. These include MAOIs, SSRIs, TCAs, or in selected cases alprazolam.

### D.2.3 Prognosefaktoren

Unter „Prognosefaktoren“ werden diejenigen Einflussgrößen verstanden, die sich auf den weiteren Verlauf einer depressiven Erkrankung (Heilung, Residualsymptomatik, Rückfall, Wiedererkrankung, Episodenhäufigkeiten, Chronifizierung, Mortalität, Depression für Folgeerkrankungen) auswirken. Diese können sein:

- Charakteristika des „natürlichen“ Verlaufs,
- Charakteristika des Verlaufs ohne Berücksichtigung spezifischer Behandlungsstrategien,
- behandlungsspezifische Prognosefaktoren, die Hinweise auf differentielle Indikationen geben könnten.

#### Problem:

- Die Mehrzahl der bewerteten Leitlinien enthält keine zusammenfassende Darstellung von Prognosefaktoren, sondern sie werden in unterschiedlichen Kontexten benannt. Auf die Prognosefaktoren wird allerdings häufiger Bezug genommen als auf Risikofaktoren für eine Ersterkrankung. Trotz insgesamt stärkerer Evidenz für manche der Prognosefaktoren werden sie häufig nur aufgelistet, ohne sie mit Evidenzbelegen zu verknüpfen.
- Die Vermittlung von Wissen zu evidenzbasierten Prognosefaktoren führt nicht automatisch zu vernünftigen Entscheidungen in unterschiedlichen Stadien von Diagnose und Therapie.

#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte eine zusammenfassende evidenzbasierte Darstellung von Prognosefaktoren enthalten, die berücksichtigt, dass depressive Störungen häufig rekurren oder chronifizieren und eine Residualsymptomatik zu beachten ist.
- Der in vielen Leitlinien enthaltene langfristig angelegte Behandlungsplan ist empirisch zu stützen. Zur Bewertung der Evidenz ist ein anderer Kriterienkatalog zugrunde zu legen als zur Bewertung der Wirksamkeit von Therapien.
- Eine Leitlinie sollte z. B. Aussagen zu den folgenden Faktoren enthalten, zu denen bereits Evidenz vorliegt:
  - bisherige Symptomatik und bisheriger Erkrankungsverlauf (Prädiktoren für Wiedererkrankung sind z. B. die residuale Symptomatik oder die Anzahl bisheriger Episoden),
  - für besondere Subtypen gibt es spezifische Prognosefaktoren (z. B. Patienten mit bereits chronifiziertem Verlauf oder hoher Rezidivfrequenz),
  - Komorbiditäten und Folgeerkrankungen (z. B. weitere psychiatrische Störungen, bestimmte körperliche Erkrankungen),
  - Geschlecht und Ersterkrankungsalter (z. B. frühe Ersterkrankung und weibliches Geschlecht),
  - biologische und psychologische Vulnerabilitätsmarker (z. B. bestimmte soziale Interaktionsmuster oder kognitive Defizite),
  - ansprechen auf bisherige Therapien (z. B. haben Patienten, die schnell und vollständig (ohne residuale Symptomatik) auf Therapien ansprechen, eine bessere Prognose),
  - Depression als Komplikationsfaktor für das Outcome anderer Erkrankungen (z. B. höhere Mortalitätsraten von komorbid kranken Myokardinfarktpatienten).
- Es sind ebenfalls gesicherte Aussagen zu Faktoren zu treffen, die einen günstigen Erkrankungsverlauf wahrscheinlich machen und die das Wiedererkrankungs- und Chronifizierungsrisiko senken. Solche Faktoren werden in Gegenüberstellung zu Risikofaktoren häufig als Schutz-, Puffer- oder Resilienzfaktoren bezeichnet.

- Wenn sich aus dem Vorliegen bestimmter Prognosekriterien Empfehlungen für das praktische Vorgehen ableiten lassen, sollten diese in den Empfehlungen insbesondere dann, wenn auch die Empfehlungen empirisch begründet werden können, berücksichtigt werden.

**Beispiel 13: Faktoren, die die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöhen**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - S.25])

Ausgewählt wegen der Notwendigkeit, zunächst einen Überblick zu geben über Faktoren, deren Einfluss auf den weiteren Erkrankungsverlauf gesichert ist.

.....Factors increasing the risk of future recurrence include:

- A strong family history of mood disorders
- A history of recurrence within one year after discontinuation of a previously efficacious medication
- One or more suicide attempts
- Onset of the first episode before age 20
- Two or more episodes of major depression in the past two years
- Concurrent dysthymia

**Beispiel 14: Prognose nach Symptomatik und Erkrankungsverlauf**

LL 7 CPA [S.15]

Ausgewählt wegen der Einbeziehung der Evidenzbasis und der Differenzierung zwischen verschiedenen Subgruppen depressiver Störungen.

**3. What factors predict recovery, and how should recovery be defined?**

In general, the longer a patient is symptomatic, the lower the likelihood of recovery. One longitudinal study found that more than 50% of patients with MDD recovered within 6 months, but thereafter, recovery rates sharply decreased with time (15). Compared with patients with MDD alone, patients with “double depression” (dysthymic disorder with concurrent MDD) are more likely to have continued depressive symptoms after 2 years of follow-up (16). In a 12-month follow-up study of in patients with depression, longer hospital stay, younger age of onset, poorer family functioning, more than 2 prior hospitalizations, and the presence of a comorbid illness were significantly associated with a lower recovery rate (17). Other factors predicting a longer time to recovery include longer duration and increased severity of the index episode, prior history of a nonmood psychiatric disorder, a lower family income and being married (18), and poorer family functioning (19). On the other hand, the cumulative probability of recovery can be up to 88% after 5 years of treatment (15), and recoveries have occurred even after 15 years of illness (11). Factors associated with recovery from chronic MDD (> 2 years) include a relatively high maximum level of functioning in the 5 years preceding intake, less severe illness at intake, lack of psychotic features, and good friendship patterns in adolescence (20). Elsewhere, psychosocial and family factors were predictive of a longterm (6-year) course of MDD (21).

.....

**Beispiel 15: Komorbiditäten und Folgeerkrankungen**

LL 7 CPA [S.16]

Ausgewählt wegen der Erwähnung der wichtigsten verlaufsbeeinflussenden Komorbiditäten und Gruppen von Folgeerkrankungen.

**4. What other disorders commonly co-occur with depression?**

Depressive disorders are frequently comorbid with other psychiatric and medical conditions (see Section VII). High rates of comorbid anxiety disorders and substance abuse/dependence are reported in both clinic and community samples (1,29,30). Psychiatric comorbidity has been associated with both increased disease severity and a poorer prognosis (31).

In addition, personality disorders have been diagnosed in 41% to 81% of patients with depression in clinic samples, and MDD occurs in up to 35% of patients with certain personality disorders (32,33). A multisite study of chronic major and double depression found that the most frequent personality disorders comorbid with chronic depression were avoidant (25%), obsessive - compulsive (18%), and selfdefeating (16%) (34). The presence of borderline personality disorder (BPD) or dependent personality traits predicts MDD relapse (35). Major depression is also frequently seen in patients with a wide variety of chronic physical illnesses ranging from migraine headaches to cancer to post stroke and post myocardial infarction (36,37). In general, patients with comorbid medical illnesses are more likely to present with chronic conditions, and have a higher risk of suicide attempts, than are patients with a single medical or psychiatric diagnosis (3).

**Beispiel 16: Ansprechen auf bisherige Therapien**

AHCPR [Depression in Primary Care; Vol 2, S.27 f.]

Ausgewählt wegen der zusammenfassenden Aussage zur prognostischen phasenabhängigen Bedeutung eines nicht vollständigen Ansprechens auf Therapien.

It is reasonably well established that patients who have only a partial response to acute treatment will have more symptoms during continuation treatment. Furthermore, those with poor symptom control during continuation treatment have a higher chance of earlier relapse, as well as recurrence once treatment is discontinued (Prien and Kupfer, 1986). Figure 5

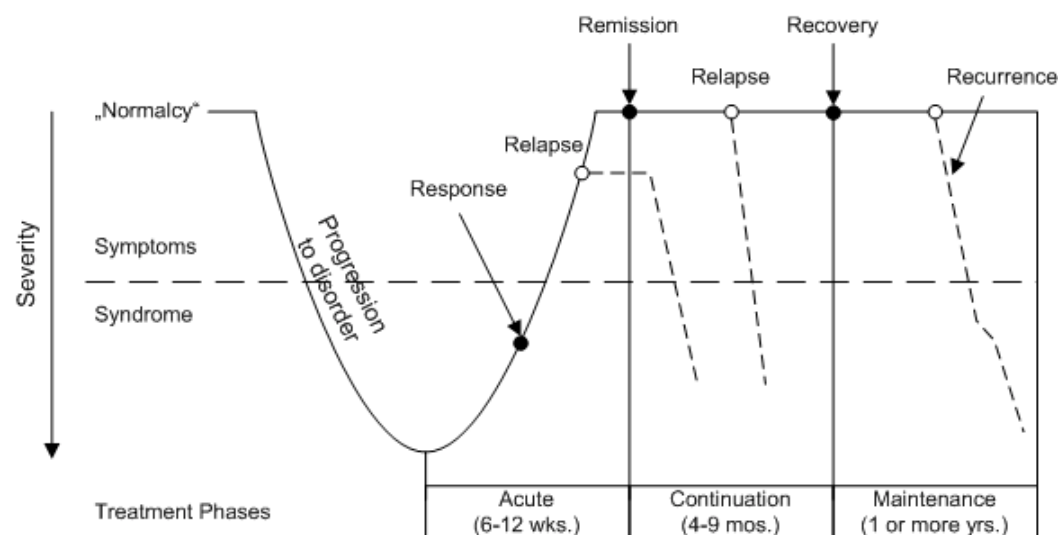


Figure 4. Phases of treatment

**Beispiel 17: Depression als Komplikationsfaktor**

LL 7 CPA [S.18]

Ausgewählt wegen der Belege, dass Depression die Mortalität steigert und zu ungünstigen Verläufen auch bei anderen Erkrankungen beiträgt.

**9. What contributes to elevated death rates in persons with depression?**

Persons with depression have increased mortality rates both through direct (suicide) and through indirect mechanisms. In a study of 4000 patients with depressive disorders, the standardized mortality rate doubled for all causes of death but was increased 26-fold for suicide (60). Similarly, in a small clinical sample overall mortality risk doubled, with a 7-fold increased mortality rate for women under age of 40 years at index admission (11).

.....

The life time prevalence of suicide is estimated at 2.2% for a mixed group of inpatients/outpatients with depression, compared with 0.5% for nonaffectively ill patients, and up to 8.6% for patients hospitalized for suicidality (61).....

For example, patients with coronary artery disease have an increased risk of subsequent death by cardiac or other causes if they are depressed at the time of hospitalization, and this increased risk is sustained for at least 10 years (66). Depression is similarly associated with more than a 3-fold increased risk of death during the first year after a diagnosis of unstable angina and more than a 4-fold increased risk of death during the first 3 months after acute myocardial infarction (37,67). The increased risk of death from cardiovascular disease may be due both to direct effects (such as decreased heart rate variability, increased platelet aggregation, and altered autonomic tone) and to indirect effects (such as poor selfcare, increased smoking, and alcohol consumption) and appears to affect men more than women (65,68).

**Weiteres Beispiel zur Darstellung von Prognosefaktoren siehe auch:**

=> Beispiel 4: Prävalenz und Symptomerkenkung in verschiedenen Altersgruppen

## D.3 Diagnostik der Depression

### D.3.1 Psychopathologie (Technical terms)

Die Erkennung und Beschreibung von depressiven Erkrankungen beruht auf der Beobachtung oder der Einschätzung berichteter Symptome, wie z. B. „depressive Verstimmung“ oder „Insuffizienzerleben“. In der Psychopathologie gibt es zahlreiche Definitionen und Konventionen zur Erfassung der Symptomatik.

#### Problem:

- Depressive Symptome werden in den aktuellen Diagnosesystemen wie beispielsweise dem DSM-IV und AMDP-System in Listen zu „Technical Terms“ definiert. Wenige der vorliegenden Leitlinien machen Vorgaben, die eine ausreichend klärende Definition zentraler psychopathologischer Begriffe erlaubt.
- Die Unterschiede beispielsweise zwischen der Liste der „Technical terms“ im DSM-IV und dem AMDP-System sind so bedeutsam, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass zwei Untersucher, die bei einem Patienten eine depressive Verstimmung feststellen, damit tatsächlich dasselbe Phänomen meinen und gleiche Patienten einschließen. Ohne Konsens darüber, was ein Krankheitssymptom ist und wie es zu beschreiben ist, ist die Reliabilität aller darauf aufbauenden diagnostischen Schritte eingeschränkt.

#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte darstellen, auf welche Definitionen psychopathologischer Begriffe sie sich bezieht.
- Auf die möglicherweise eingeschränkte Reliabilität bei der Nutzung der empfohlenen diagnostischen Algorithmen und Instrumente ist in diesem Zusammenhang hinzuweisen.

#### **Beispiel 18: Definition der Psychopathologie**

LL 5 AkdÄ [S.8 Tab.2]

Ausgewählt wegen der kurzen und übersichtlichen Beschreibung psychopathologischer Begriffe.

**Tabelle 2: Relevante Symptome zur Diagnosestellung der Depression nach ICD-10**

#### *Psychische Symptome*

■ Depressive Stimmung	ungleich Trauer, eher Leere, Verzweiflung
■ Verlust von Interesse und Freude (Anhedonie)	stark verminderte oder völlig erloschene Fähigkeit, an sonst wichtigen Dingen des Lebens teilzunehmen bzw. sich daran zu freuen (Beruf, Hobby, Essen, Trinken, sexuelle Aktivitäten)
■ Verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit	Entschlußlosigkeit, meist schuldhaft verarbeitet bei leistungsorientierter und sehr pflichtbewußter Primärpersönlichkeit
◆ Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	reversibel, situationsabhängig; bei guter psychologischer Testung von organischen Störungen abgrenzbar
◆ .....	Überzeugung, (körperlich) unheilbar krank zu sein

(Beispiel gekürzt)

### D.3.2 Syndromale Diagnostik

Die Therapie depressiver Erkrankungen ist zu einem wesentlichen Teil nicht diagnose-, sondern syndromabhängig. Von daher kommt der differenzierten Syndrombeschreibung (beispielsweise agitierte Depression, Depression vom melancholischen Subtyp) eine große diagnostische wie therapeutische Bedeutung zu.

Durch die syndromale Diagnostik soll mit Hilfe von diagnostischen Instrumenten eine Zuordnung der aus den unterschiedlichen Bereichen (z. B. dem körperlichen, dem affektiven, kognitiven, motivationalen, sozialinteraktionellen oder dem Bereich motorischen Verhaltens) präsentierten Symptome zu einem bestimmten Krankheitsbild erfolgen. Dies dient auch der notwendigen Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern, da das depressive Syndrom aus zahlreichen verschiedenen Symptomen besteht, von denen einzelne (z. B. Angststörungen, Schlafstörungen) auch bei vielen anderen Erkrankungen beobachtet werden können.

#### Problem:

- Viele Leitlinien berücksichtigen nicht, dass jedes individuelle Syndrom die Symptome der unterschiedlichen Bereiche in unterschiedlicher Zusammensetzung enthalten kann, und andererseits viele andere Krankheitsbilder, die nicht in die Gruppe der depressiven Erkrankungen fallen, wegen der Vielzahl unspezifischer Symptome häufig die Kriterien ausgeprägter depressiver Syndrome erfüllen.
- Es gibt in der Literatur sehr viele Syndromerfassungsskalen zur Fremdbeurteilung oder Selbstbeurteilung. Es ist unklar, welche Skalen für welche Fragestellung als Standard gelten sollten und wie sie zur Kommunikation in der Forschung wie auch unter Therapeuten genutzt werden können.
- Wenn die Diagnostik allein unter Einsatz der in manchen Leitlinien empfohlenen syndromalen Messskalen erfolgt, besteht bei manchen Erkrankungen die Gefahr, dass man diese übersehen könnte, weil Teile des depressiven Syndroms deren Symptome Erkrankungen überlagern.

#### Vorschlag:

- Eine Behandlungsleitlinie sollte eine Reihe unterschiedlicher „Syndromgestalten“ (z. B. agitierte Depression) benennen und definieren, auf die dann bei Therapieempfehlungen Bezug genommen werden kann.
- Eine Leitlinie sollte sich zum Einsatz von Syndrom-Messinstrumenten äußern und Vorschläge machen, wann welches Instrument bevorzugt zu verwenden ist und welche Einschränkungen sich in der Nutzung dieser Instrumente ergeben.
- Es sollten Vorschläge zur Minimierung von „falsch positiven“ Befunden beim Einsatz von Syndrom-Messskalen enthalten sein.



### D.3.3 Diagnostik spezieller Syndrome

Depressive Störungen haben Syndromanteile, die gesondert berücksichtigt werden müssen und ggf. eigene therapeutische Konsequenzen haben, wie beispielsweise Suizidalität oder kognitive Leistungseinschränkungen. Diese sind zum Teil schwer zu diagnostizieren.

#### Problem:

- In einigen Leitlinien wird auf spezielle Subsyndrome, wie z. B. die Suizidalität, detaillierter eingegangen, es wird jedoch keine umfassende Übersicht über derartige Subsyndrome gegeben.

#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte alle Subsyndrome nennen, die eigene diagnostische Prozesse erforderlich machen.
- Es sollten jeweils klare Empfehlungen gegeben werden, wie unter welchen Bedingungen jeweils diagnostisch vorzugehen ist (klinische Untersuchung, Leistungsdiagnostik usw.).

**Beispiel 19: Diagnostik der Subsyndroms Suizidalität**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Appendix 3 S. 134 - 137]  
Ausgewählt wegen der Praxisnähe und des strukturierten Vorgehens.

MANAGEMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN ADULTS  
Appendix 3. Suicidality

The potential threat of self-harm and violence and the assessment of the potentially violent patient have been .....

**Evaluation of the Potentially Suicidal Patient – The evaluation itself consists of three main parts:**

1. Eliciting suicidal ideation or intent
2. Gathering data on risk factors for completed suicide
3. Weighing items one and two to assess safety.

1. Eliciting Suicidal Ideation or Intent

Ideally, eliciting suicidal ideation or intent involves a free and honest exchange of information between patient and clinician. Unfortunately, this is not always so. Familiarity with the existing epidemiological and demographic data concerning suicide (see below) is useful in generating an index of suspicion. From there, *direct questioning* regarding suicidal ideation/intent may be initiated. There are no data demonstrating an increased rate of suicide attempts or completions following questioning about suicide. Avoid rushing this part of the history or putting it off. Despite the lack of reliable measures of suicide risk among individuals, a basic assessment should

(Goldberg, 1987):

- a. Determine presence/absence of delirium, psychosis, or depression
- b. Elicit patient's statements about his/her suicidality
- c. Elicit patient's own ideas concerning what would help attenuate or eliminate suicidal ideation/intent
- d. Attempt to gather collateral data from a third party in order to confirm the patient's story
- e. A suggested sequence of suicide questions to ask is:
  - Are you discouraged about your medical condition (or social situation, etc.)?
  - Are there times when you think about your situation and feel like crying?
  - During those times, what sorts of thoughts go through your head?
  - Have you ever felt that if the situation did not change, it would not be worth living?
  - Have you reached a point that you've devised a specific plan to end your life?
  - Do you have the necessary items for completion of that plan readily available?
- f. Formulate acute and chronic management plan. Encourage active patient participation in negotiating a plan for follow-up.
  - What epidemiological risk factors are present (may have to inquire about each one individually)?
  - What other psychiatric conditions are present (besides the ones mentioned above)?
  - What is the level of psychological defense functioning?
  - Has there been a will made recently?
  - Is there talk of plans for the future?
  - What is the makeup and condition of the patient's social support system? How can they be contacted?
  - Is there active suicidal ideation? "How strong is (your) intent to do this?"
  - "Can you resist the impulse to do this?" "Do you tend to be impulsive?"
  - "Have you ever rehearsed how you would kill yourself?"
  - "Have any family members or people close to you ever killed themselves?"

2. Risk Factors for Completed Suicide

.....

**Weiteres Beispiel als Hinweis zur Diagnostik der Suizidalität siehe auch:**

=> Beispiel 4: Prävalenz und Symptomerkenkung in verschiedenen Altersgruppen

### D.3.4 Mehraxiale Diagnostik

Ein depressives Syndrom gegebener Qualität führt zu anderen Behandlungsempfehlungen, wenn es beispielsweise im Kontext körperlicher Krankheit, sozialer Benachteiligung, akuter Lebensbelastungen oder eines geringen Adaptationsniveaus auftritt, als im Falle einer Person, die ansonsten gesund, sozial gut integriert und ohne akute Belastungen ist. Es ist daher ein klinisch relevantes Problem, wenn im Rahmen der Diagnostik diese Punkte nicht erfasst werden.

Die hierfür notwendigen Befunde werden beispielsweise auch im Rahmen der biopsychosozialen Diagnostik des Hausarztes regelmäßig bei Diagnose und Therapie nichtpsychiatrischer Erkrankungen erhoben.

Eine rein syndromal begründete Diagnose muss durch zusätzliche Angaben zu weiteren Achsen der Diagnostik, wie sie beispielsweise auch in der axialen Betrachtung nach ICD 10 (Persönlichkeitsstörungen, medizinische Krankheitsfaktoren, psychosoziale / umgebungsbedingte Probleme, psychosoziales Funktionsniveau) enthalten sind, ergänzt werden.

#### Problem:

- Vorliegende Leitlinien nehmen gelegentlich Bezug auf die mehraxiale Diagnostik depressiver Syndrome. Allerdings werden diese Dimensionen in der Regel nicht näher ausgeführt, obwohl sie für die Behandlung des Patienten größere Bedeutung haben können, als das depressive Syndrom im engeren Sinne.

#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte alle Achsen der mehraxialen Diagnostik psychischer Erkrankungen berücksichtigen. Es sollten präzise diagnostische Vorgaben einschließlich Empfehlungen zur Anwendung praxistauglicher Instrumente gegeben werden.

**Beispiel 20: Mehraxiale Diagnostik**

LL 12 ICSI mental-health [S.4]

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Zusammenstellung der Diagnoseachsen einschließlich des Hinweises auf ein Instrument "multiaxial evaluation report form", dass die Anwendung dieser Vorgehensweise unterstützt.

**2. Evaluate Psychiatric Symptoms and Co-Morbidities****Multiaxial Assessment**

This system involves an assessment on each of five axes. Each axis refers to a different domain of information that may help the clinician assess the patient, plan treatment and predict outcome.

**Axis I: Clinical Disorders, Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention**

This axis is for listing all diagnoses of mental illness and psychiatric conditions, except for the personality disorders and mental retardation.

**Axis II: Personality Disorders, Mental Retardation**

This axis is for reporting personality disorders, mental retardation, and prominent maladaptive personality features and defense mechanisms.

**Axis III: General Medical Conditions**

\*If mood disorder is due to a general medical condition then it is out of the guideline. Current general medical conditions which are or may be potentially relevant to the listed Axis I and II disorders are reported in this axis. There are no definitive studies which support recommendations for or against routine laboratory or medical screening.

**Axis IV: Psychosocial and Environmental Problems**

Psychosocial and environmental problems which may affect the diagnosis, treatment and prognosis of Axes I and II are noted here. When using the Multiaxial Evaluation Report Form, the clinician should identify the relevant categories of psychosocial and environmental problems and indicate the specific factors involved. If a recording form with a checklist of problem categories is not used, the clinician may simply list the specific problems on Axis IV.

Categories of problems to be considered include:

- problems with primary support group
- problems related to the social environment
- educational problems
- occupational problems
- housing problems
- economic problems
- problems with access to health care services
- problems related to interaction with the legal system/crime
- other psychosocial and environmental problems

**Axis V: Global Assessment of Functioning**

Axis V is for reporting the clinicians judgement of the individuals overall level of functioning. This information is useful in rating severity, planning treatment, and measuring its impact, as well as in predicting outcome.

See Appendix A for Global Assessment Form scale.

*Evidence supporting this conclusion is of classes: C, R*

### D.3.5 Nosologische / Kategoriale Diagnosen

Die Festlegung der Diagnose depressiver Störungen erfolgt in der Regel in kategorialer Abgrenzung. Die Einordnung hierzu geschieht über „Algorithmen“ wie sie beispielsweise auch im DSM-IV oder ICD-10 wiedergegeben sind.

Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen stellen sich primär in der hausärztlichen Praxis vor, nur ein Teil der Betroffenen stellt ihre psychischen und depressionstypischen Beschwerden in den Vordergrund.

Patientenseitige Faktoren (Konsultationsanlass, Präsentierverhalten) beeinflussen die Rate der richtigen diagnostischen Einschätzung maßgeblich. Da depressive Störungen dimensionale Phänomene sind, können kategoriale Grenzsetzungen zum Problem der sog. subschweligen Morbidität (d.h. es erfolgt keine Diagnose der Depression, weil ein Score nicht erfüllt ist) führen.

Validierte diagnostische Instrumente, die eine für die Festlegung des weiteren Diagnose- und Therapiemanagements ausreichende genaue Klassifikation der Erkrankung erlauben, kommen kaum zum Einsatz. Daher wird nur bei einem Teil der Patienten eine relevante und behandlungsbedürftige Depression diagnostiziert, ebenso wird bei einem anderen Teil der Patienten die Diagnose einer Depression gestellt, obwohl die Kriterien nach ICD-10 nicht erfüllt sind.

#### Problem:

- Die vorliegenden und auch in vielen Leitlinien empfohlenen „Algorithmen“ setzen künstliche Grenzen, die nicht in jedem Fall den klinischen Notwendigkeiten gerecht werden.
- Die strikte Anwendung der definierten Algorithmen führt zum Phänomen der psychiatrischen Komorbidität und schafft damit als Artefakt eine „Pseudo-Multimorbidität“.

#### Vorschlag:

- In einer Leitlinie sollten die diagnostischen Algorithmen nicht nur im Sinne konsensueller Kriterien vorgestellt werden, sondern es sollte auch die Unterscheidung zwischen einer typologischen und einer dimensional Diagnostik reflektiert werden.
- Zum Problem der subschweligen Morbidität ist Stellung zu nehmen, hierfür sind klare diagnostische Vorgaben zu machen. Diese Vorgaben müssen die institutionelle Prävalenz der Morbidität und Symptomverteilung berücksichtigen und im praktischen Alltag (z. B. in der primärärztlichen Versorgung) auch umsetzbar sein.

**Beispiel 21: Kategoriale Diagnostik**

LL 20 WHO – UK [Kap A S.56]

Ausgewählt wegen der einfachen, praxisorientierten Einordnung in die Kategorie und der Hinweise auf wichtige differenzialdiagnostisch zu berücksichtigende Überlegungen.

**Depression — F32#****Presenting complaints**

The patient may present initially with one or more physical symptoms, such as pain or ‘tiredness all the time’. Further enquiry will reveal low mood or loss of interest. Irritability is sometimes the presenting problem.

A wide range of presenting complaints may accompany or conceal depression. These include anxiety or insomnia, worries about social problems such as financial or marital difficulties, increased drug or alcohol use, or (in a new mother) constant worries about her baby or fear of harming the baby. Some groups are at higher risk (eg those who have recently given birth or had a stroke, and those with physical disorders, eg Parkinson’s disease or multiple sclerosis).

**Diagnostic features**

- Low or sad mood
- Loss of interest or pleasure

At least four of the following associated symptoms are present:

- |  |  |
|--|--|
| • disturbed sleep                            | • poor concentration                         |
| • disturbed appetite                         | • suicidal thoughts or acts                  |
| • guilt or low self-worth                    | • loss of self confidence                    |
| • pessimism or hopelessness about the future | • fatigue or loss of energy                  |
| • decreased libido                           | • agitation or slowing of movement or speech |
| • diurnal mood variation                     |  |

Symptoms of anxiety or nervousness are also frequently present.

**Differential diagnosis**

- **Acute psychotic disorder — F23** (if hallucinations [eg hearing voices] or delusions [eg strange or unusual beliefs] are present).
- **Bipolar disorder — F31** (if patient has a history of manic episodes [eg excitement, rapid speech, elevated mood]).
- **Alcohol misuse — F10 or Drug use disorder — F11#** (if heavy alcohol or drug use is present).
- **Chronic mixed anxiety and depression — F41.2.**

Some medications may produce symptoms of depression (eg beta-blockers, other antihypertensives, H2 blockers, oral contraceptives, corticosteroids).

Unexplained somatic complaints, anxiety, alcohol or drug disorders may co-exist with depression.

### D.3.6 Differenzialdiagnostik und Komorbidität / Zusatzdiagnostik

Viele depressive Symptome sind eher unspezifisch und können als Begleitsymptome vieler anderer Erkrankungen auftreten. Es müssen daher Kriterien genannt werden, wann ein vorliegendes Beschwerdebild nicht mehr als Symptom der Grunderkrankung, sondern als depressive Erkrankung von eigenem Wert verstanden werden darf.

Komorbidität mit anderen psychischen oder somatischen Erkrankungen ist ein Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf. Depressive Störungen, die durch eine Angst- und Panikerkrankung kompliziert werden, zeigen einen deutlich höheren Grad von Therapieresistenz und Chronifizierung, ebenso Komorbidität mit Medikamenten- und Drogenabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörungen. Depressive Störungen können assoziiert mit oder als Symptom einer organischen Erkrankung auftreten oder auch durch Medikamente und Drogen induziert werden.

Jedes depressive Syndrom erfordert eine sorgfältige Abklärung dahingehend, ob nicht eine andere Erkrankung für die vom Patienten vorgetragene Beschwerden verantwortlich ist. Eine differenzialdiagnostische Klärung dieser Beschwerden kann zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung wegen der möglichen therapeutischen Konsequenzen erforderlich werden.

#### Problem:

- In den vorliegenden Leitlinien wird beispielsweise nicht darauf eingegangen, dass Symptome unterschiedliche Bedeutung haben können, abhängig davon, ob sie leicht oder schwer ausgeprägt sind. Es wird nicht darauf eingegangen, dass Symptome (z. B. das Gefühl des Erschöpftseins) unterschiedliche Bedeutung haben in Abhängigkeit vom Kontext der sonstigen Erkrankungssituation (z. B. Krebserkrankung mit zytostatischer Therapie).
- In einer Reihe von Leitlinien werden Listen diagnostischer Verfahren genannt. Es wird jedoch nicht gesagt, wie konkret vorzugehen ist. Insbesondere finden sich keine an die Versorgungsbereiche angepassten Vorgaben für das differenzialdiagnostische Vorgehen. Dies hat insbesondere Bedeutung im Bereich der niedergelassenen Ärzte, da entsprechende Vorgaben auch von großer Bedeutung zur Klärung von Regressverfahren oder Haftpflichtverfahren sind.

#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte, sowohl hinsichtlich somatischer Komorbidität wie auch psychiatrischer Komorbidität, jeweils Kriterien nennen, wie zwischen Begleitsymptomen einerseits und einer depressiven Erkrankung andererseits zu unterscheiden ist. Dies sollte für die wichtigsten somatischen und psychiatrischen Erkrankungen mit hinreichender Spezifität erfolgen.
- Bei den Maßnahmen zur Ursachendiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten sind insbesondere auch die Anforderungen an die notwendige „internistische“ Basisdiagnostik zu beschreiben.
- Auf Arzneimittel und Drogen, die depressionsauslösend oder modifizierend sein können, soll eingegangen werden.
- Es sind konkrete Empfehlungen zu geben, was an Minimaldiagnostik in jedem Fall durchzuführen ist, wie frühzeitig weitere Untersuchungen zu veranlassen sind, oder wann aufwendige und kostenträchtige Untersuchungen angezeigt sind.

**Beispiel 22: Komorbiditäten**

University of Michigan Health System; Depression Guideline, S.13 Tab. 7  
Aufgeführt wegen Angaben zur Häufigkeit, Identifikationshilfen und differenzialtherapeutischer Erwägungen.

Table 7. Prevalence and Treatment of Co-Morbid Depression Diagnosing Co- Morbid Conditions			
Co-Morbid Depression	Epidemiology	Diagnosing Co-Morbid Conditions	Special Rx Considerations
Depression accompanied by Alcohol Abuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Approximately 30% of patients with MDD in primary care or the community will have a history of alcoholism or substance abuse.</li> <li>➤ 16% of patients with MDD will have an alcohol disorder.</li> <li>➤ 10- 30% of alcoholics will have concurrent depression.</li> </ul>	<p>Consider asking the <u>CAGE</u> questions:</p> <p><b>C</b> Have you ever felt that you should cut down on your drinking?</p> <p><b>A</b> Have people annoyed you by criticizing your drinking?</p> <p><b>G</b> Have you ever felt bad or guilty about your drinking?</p> <p><b>E</b> Eye opener: Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover?</p> <p>If the patient answers yes to two or more of these questions, the provider should complete a thorough assessment or refer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ If there is concurrent alcohol abuse and depression, address the alcohol use first and attempt to achieve a period of sobriety. If depression is still present after several weeks of sobriety, then treat the depression. Many patients will have remission in depressive symptoms with abstinence [C*].</li> <li>➤ If unable to achieve several weeks of sobriety, patients with concurrent depression and alcohol abuse, may be treated with an SSRI [A*].</li> <li>➤ There are higher suicide rates among depressed patients with concurrent alcohol abuse. Be vigilant in assessment of suicidal risk [C*].</li> </ul>
Depression accompanied by Panic, Generalized Anxiety Disorder or Phobias	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 45% of patients with MDD have significant anxiety symptoms</li> <li>➤ 15- 30% of patients with MDD have a concurrent panic disorder</li> <li>➤ Patients with panic/or anxiety disorders have lifetime rates of MDD of approximately 40-60%</li> <li>➤ Phobias may be the most common comorbid condition with MDD.</li> </ul>	<p>Consider asking:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are you troubled by repeated, unexpected "attacks" where you suddenly feel very afraid or uncomfortable, for no apparent reason?</li> <li>• During these attacks, do you experience? <ul style="list-style-type: none"> <li>• pounding heart; sweating; dizziness; trembling; feelings of unreality; shortness of breath or choking; fear of going crazy or dying; chest pain; numbness or tingling; chills or hot flashes?</li> </ul> </li> <li>• Do you fear situations where getting help or escaping might be difficult, such being in a crowd or on a bridge?</li> <li>• Is it difficult for you to travel without a companion?</li> <li>• For at least a month following an attack, do you: <ul style="list-style-type: none"> <li>• have persistent concerns about having another attack; worry that the attacks may have serious consequences, or change your behavior to avoid another attack?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ If patients present with significant anxiety symptoms, look for MDD.</li> <li>➤ MDD accompanied by anxiety disorders has a relatively poorer prognosis than MDD alone. There is a longer median time to recovery and greater morbidity [A*, C*].</li> <li>➤ Patients with MDD and panic disorder or generalized anxiety disorder (GAD) benefit from antidepressants; however,</li> <li>➤ antidepressants need to be started at lower doses and increased more slowly in these individuals [C*].</li> <li>➤ SRIs and TCAs are effective in panic disorder. Bupropion is less effective [B*].</li> <li>➤ Patients with MDD and panic or phobia or avoidance may benefit from referral for cognitive behavioral therapy [A*].</li> </ul>
Depression accompanied by Obsessive Compulsive Disorder	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 10% of patients with MDD have a lifetime history of OCD</li> <li>➤ 10- 30% of patients with OCD will have MDD</li> </ul>	<p>Consider asking:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Do you have unwanted ideas, images, or impulses that keep recurring?</li> <li>➤ Are there things you must do repeatedly or thoughts you must think repeatedly in order to feel comfortable?</li> <li>➤ Do you worry excessively about dirt, germs, or chemicals; wash excessively; or have to check things over &amp; over again?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Patients with depression and OCD should be treated with a SRI [A]. Patients with OCD often require higher doses of SRIs than patients with depression alone.</li> <li>➤ Cognitive behavioral therapy is effective in patients with OCD and referral should be considered [A*].</li> </ul>
Depression accompanied by Eating Disorders	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perhaps as much as 5-6% of young women with MDD may have an eating disorder</li> <li>• 30- 50% of patients with eating disorders have concurrent MDD</li> <li>• 50- 75% of patients with eating disorders have a lifetime history of MDD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If patients have a significant weight loss, are dieting when not "over" weight, have frequent weight fluctuations, or are amenorrheic consider asking: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are you afraid of becoming fat? Do you consider yourself fat?</li> <li>• Do you have a strict diet or do you fast frequently?</li> <li>• Do you have eating binges?; exercise a great deal?; make yourself vomit or use laxatives, water pills, or enemas?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ MDD in patients with anorexia may be refractory to treatment until normal weight is re-established [C*].</li> <li>➤ If using antidepressants, consider use of an SRI [A*] or referral for use of an MAOI [B*].</li> <li>➤ Cognitive behavioral treatment may be more effective than other short term therapies, for patients with bulimia [A*, B*].</li> </ul>



**Beispiel 23: Labordiagnostik**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module-A S 8]

Ausgewählt wegen des Hinweises, welche Verfahren nicht zum Standardlabor gehören.

**Laboratory Evaluation** – Use the history and physical examination findings to direct a conservative laboratory evaluation. There is no test for depression, so testing is directed toward detection of associated general medical conditions. Appropriate laboratory studies to rule out medical disorders that may cause symptoms of depression include complete blood count (CBC), chemistry profile, thyroid studies, and toxicology screen (Rosse, et al., 1995). For patients over the age of 40, an ECG may be useful.

Diagnostic imaging and neuropsychological or psychological testing is not a part of the standard laboratory evaluation for depression. Proceed with the algorithm while awaiting the completion of the laboratory evaluation.

**EVIDENCE**

*Brief Screening may be useful in identifying depression.* (Rost, et al., 1993; U.S. PSTF, 1996) QE = II-2, SR = B

## D.3.7 Diagnostik der Funktionseinschränkungen

Ebenso wichtig wie die depressive Symptomatik an sich ist die durch die Erkrankung bedingte Einschränkung der Aktivität und Funktionsfähigkeit des Patienten. Die Beurteilung der Aktivitäts- und Funktionseinschränkung ist unabhängig von der mehraxialen Diagnostik zu betrachten, da im Rahmen der mehraxialen Diagnostik Funktionseinschränkungen erhoben werden, um eine mögliche Ursache für die Auslösung oder Verschlimmerung einer depressiven Episode zu finden. Die Erhebung der durch die Erkrankung verursachten Aktivitäts- und Funktionseinschränkung hat neben der Bedeutung für Prognose und Therapie auch eine erhebliche sozialmedizinische Bedeutung. Unabhängig von der zurzeit diskutierten Einführung spezifischer Erhebungsinstrumente zur Diagnostik der Funktionseinschränkungen (ICF) erfordert der Alltag (z. B. bei Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit) eine individuelle Beurteilung der Funktionseinschränkung durch den Arzt.

Problem:

- Die vorliegenden Leitlinien geben nur wenig geeignete Hinweise darauf, wie Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen zu beschreiben und zu erfassen sind, die im Rahmen depressiver Störungen auftreten.

Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen von Patienten beschreiben, die im Rahmen depressiver Störungen akut und auch im Zusammenhang mit rezidivierenden oder chronischen Verläufen auftreten.
- Es sind Hinweise zur Gewichtung entsprechender Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen zu geben und es ist dazu Stellung zu nehmen, wann aus bestimmten Funktionseinschränkungen welche Konsequenzen zu ziehen sind (z. B. Krankschreibungen oder Diagnostik im Zusammenhang mit der Bestimmung eines Behinderungsgrades).

**Beispiel 24: Assessment der Funktionseinschränkung**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - Primary Care Setting-Annotations  
Appendix 1. Assessment Instruments S 120 + 123]

Ausgewählt, weil hier neben Zielen und prinzipieller Vorgehensweise auch auf  
Messinstrumente hingewiesen wird.

**F. Assess Functional Disability****OBJECTIVE**

To ensure that patient has no other mental health concerns before discharge from the clinic.

**ANNOTATION**

Prior to concluding the interview and examination, the clinician should inquire about the patient's ability to carry out personal and daily activities not covered by either the chief complaint or the depression screening questions. This may be elicited in the following manner:

- "During the past few weeks, have any physical or emotional problems interfered with your typical daily activities?"
- Has it been more difficult to do things on your own or with your (family, friends, neighbors, church, etc.)?"
- If positive, areas for brief inquiry include: job, pleasurable hobbies, social activities, and important personal relationships. As well, the clinician should ask:
- "Are there any other problems that we have not discussed?"

If any patient responses are affirmative, the clinician should define any impediments to optimal daily functioning, recognizing that the patient may have already denied depression and substance abuse. One should be alert for alternative ways of expressing discouragement, distress, or demoralization, especially in those individuals who tend to avoid emotional words for describing themselves.

**Functional Status Measures****1. Global Assessment of Function (GAF)**

The following 0 to 100 scale (100 = maximum functioning) is the metric recommended by the American Psychological Association for measuring functional impairment due to mental disorders (DSM-IV).

.....

**2. SF-36 Quality of Life**

The Short Form 36 (SF-36) is a research tool used for quantifying functional status. It is offered here to illustrate useful questions for assessing functioning in potentially depressed patients. Generally, the need for computerized scoring precludes its routine clinical use.

**Instructions:**

This survey asks for your views about your health. This information will help keep track of how you feel and how well you are able to do your usual activities.

Answer every question by selecting the answer as indicated. If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer you can....

### D.3.8 Stufenplan der Diagnostik / Red Flags

Das diagnostische Prozedere ist in der Regel auf der Zeitachse organisiert. Es können niemals beim Erstkontakt mit dem Patienten alle diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, stattdessen wird in der Regel ein schrittweises Vorgehen gewählt. Dabei muss die Aufmerksamkeit der Behandler gegenüber sich abzeichnenden Problemen gewährleistet sein, die ein rasches Handeln erfordern.

#### Problem:

- In den vorliegenden Leitlinien werden viele diagnostische Optionen genannt. Es wird jedoch häufig nicht gesagt, wie sie in einen diagnostischen Entscheidungsprozess einzuordnen sind, d.h. was unter welchen Rahmenbedingungen und bei welchen Patienten als Erstes, als Zweites und danach zu tun ist.
- In Leitlinien sind häufig keine Warnsignale aufgeführt, auf die ein Behandler reagieren sollte, weil sich möglicherweise Probleme oder Gefährdungen für den Patienten abzeichnen. Es fehlen oft auch Angaben, wie diese Warnsignale systematisch erfasst werden sollen.

#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte klare Stufenpläne der Diagnostik beschreiben, die auch eine systematische Beschreibung der Verläufe depressiver Erkrankung erlauben.
- Solche diagnostischen Stufenpläne sollten auch hinsichtlich ihrer Kosten präzisiert werden.
- Die diagnostischen Stufenpläne sollten auch Abbruchkriterien für die Diagnostik nennen, d.h. den Punkt, an dem genügend Informationen vorliegen, um eine Therapie einleiten zu können.
- In einer Leitlinie sind Warnsignale aufzulisten. Die Warnsignale sollten diagnostisch präzise beschrieben sein und in ihrer Bedeutung erläutert werden.

#### **Beispiel 25: Warnsignale „Red Flags“**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - S. 47]

Ausgewählt wegen der Darstellung entscheidungsrelevanter Punkte.

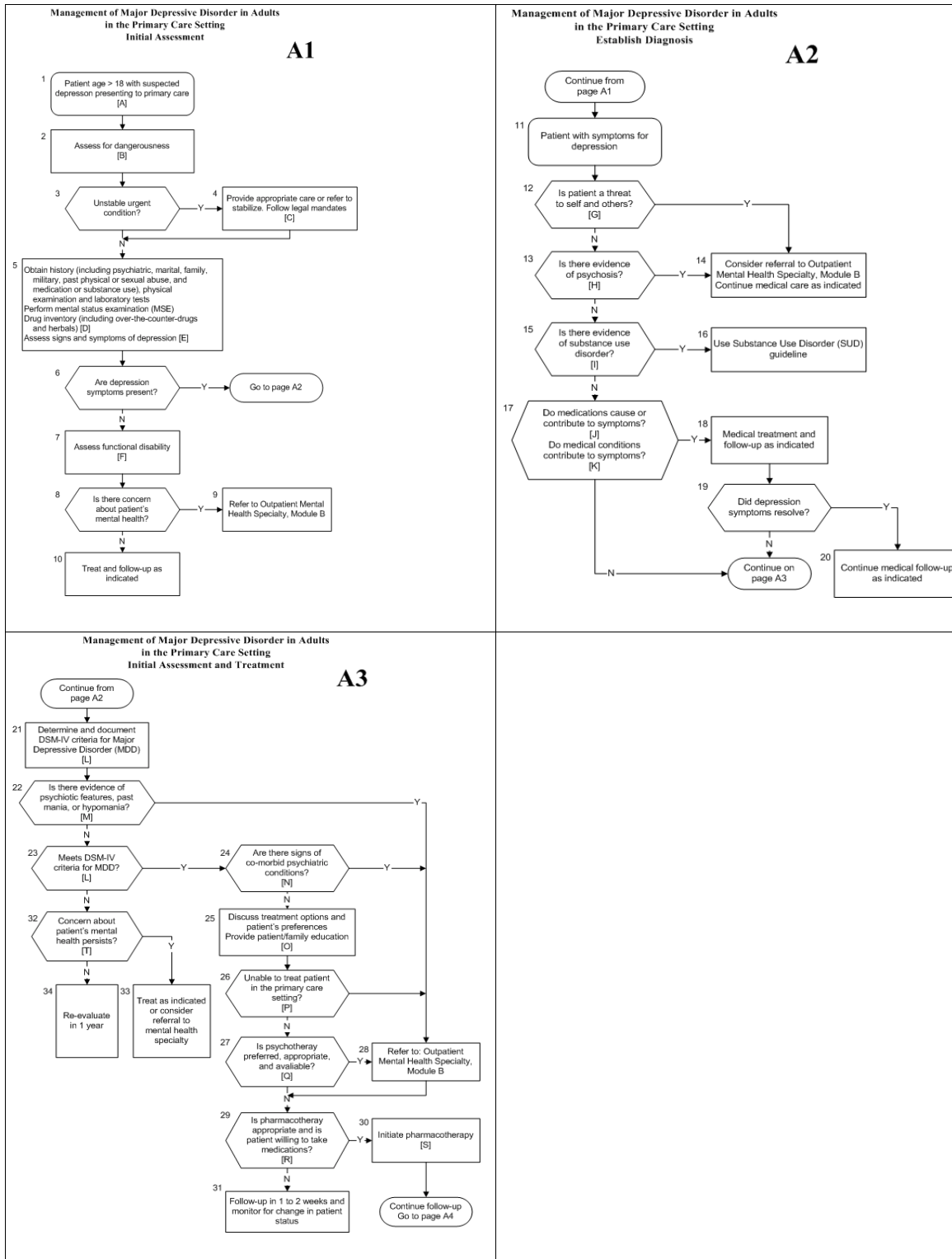
**“Red Flags” suggesting need for a higher than usual index of suspicion** – Certain physiological and psychological conditions or life events may contribute to the development or exacerbation of depression symptoms. These may include, but are not limited to:

- Medically unexplained physical symptoms
- Chronic, debilitating medical condition
- Current substance abuse/use (Rost K, et al., 1993)
- Decrease in sensory, physical, or cognitive function
- Victim of current or past physical or sexual abuse or emotional neglect
- Family history of major depression
- Loss of significant relationship, primary support system, or economic status
- Neurological disorder (e.g., Multiple Sclerosis, Parkinson's disease, stroke) or history of closed head injury
- Protracted care-giving role for a family member with a chronic, disabling condition
- Spousal bereavement and widowhood
- Symptoms or signs of PTSD.

**Beispiel 26: Diagnose Algorithmus**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - S.1-3]

Ausgewählt, weil hier bis auf die Kostenaspekte alle wesentlichen Schritte einschließlich der Abbruchkriterien übersichtlich dargestellt werden.



### D.3.9 Verlaufs- und Prognosedagnostik / Verlaufstypologien

Die Depression ist ihrer Natur nach eine Langzeiterkrankung, und kann über die Zeit hin einen sehr unterschiedlichen Verlauf nehmen.

Neben dem Auftreten einmaliger Episoden reicht die Bandbreite der Verlaufsschicksale von rezidivierenden Episoden, die vergleichsweise klar von gesunden Phasen im Intervall abgelöst werden, über Erkrankungen mit akzelerierender Episodenfrequenz zu chronischen Erkrankungen und chronisch exazerbierenden Erkrankungen.

Unterschiedliche Verlaufstypen haben bedeutsame Konsequenzen für die Therapien.

Die Vorhersage des weiteren Erkrankungsverlaufs ohne Therapie oder bei unterschiedlichen Therapiealternativen ist ein Faktor, der Behandlungsentscheidungen mitbestimmt.

Die Gesamtprognose relevanter Endpunkte (Morbidität und Mortalität) wird, wie bei allen chronischen Erkrankungen, stark vom Verlauf der Komorbiditäten und weiterer assoziierter Erkrankungen bestimmt. Die Berücksichtigung der sich hieraus ergebenden Gesamtprognose ist Voraussetzung für eine effiziente Therapieplanung.

#### Problem:

- Die Mehrzahl der Leitlinien geben keine Hinweise zur Klassifikation von Verläufen depressiver Erkrankungen. Sie geben keine Anleitungen, wann von einer depressiven Episode zu sprechen ist und wie die langfristige (Verlaufs-)diagnostik durchzuführen ist.
- Auf der Klassifikation von depressiven Verläufen basierende Kriterien zur Indikation einer weiterführenden (Verlaufs-)diagnostik und zum Abbruch weiterer Diagnostik werden nicht genannt.
- Viele Leitlinien geben dem weiterbehandelnden Hausarzt keine Hinweise ob, wie lange und mit welchen in der Praxis anwendbaren Verfahren der Patient in der Remission untersucht werden soll.
- In den vorliegenden Leitlinien werden nahezu keine Aussagen über Prognoseindikatoren und deren Diagnostik gemacht.
- Viele Leitlinien enthalten keine zusammenfassende Darstellung, wie Komorbiditäten und assoziierte Erkrankungen erfasst werden sollen und wie sie sich auf die Prognose und damit auf das Therapiemanagement auswirken.

#### Vorschlag:

- In einer Leitlinie sind Kriterien anzugeben, wann beispielsweise von einer depressiven Episode oder einer Symptompersistenz zu sprechen ist, oder wann eine symptomatische Verschlechterung als Rückfall innerhalb einer Episode oder als Beginn eines Rezidivs gewertet werden sollte.
- Es sind Methoden zur Verlaufsdagnostik zu benennen, die in allen Phasen (d.h. einschließlich der Remission) von den beteiligten Versorgungsebenen angewendet werden können. Hilfen zur Auswertung müssen dafür sorgen, dass die empfohlene Untersuchungsmethode unabhängig von der Versorgungsebene zum gleichen Ergebnis in der Beurteilung führt.
- Die Leitlinie soll für alle Versorgungsebenen nachvollziehbare und klinisch machbare Kriterien für die Definition einer Remission beschreiben und auch auf Hilfsmittel zur Erfassung dieser hinweisen. Auf die Konsequenzen für die weitere Verlaufsdagnostik bei der Diagnose „Remission“ ist besonders hinzuweisen.
- Eine Leitlinie sollte evidenzbasierte Indikatoren für Prognoseaussagen benennen und Empfehlungen zur Diagnostik der Prognoseindikatoren geben (siehe Kapitel D.2.3 Prognosefaktoren).
- Neben Vorgaben zur systematischen Diagnose und Erfassung der Komorbiditäten ist auch ein Verfahren zur Berücksichtigung assoziierter Erkrankungen zu beschreiben.

- Eine Leitlinie sollte auch klar benennen, welche potenziellen Prognosefaktoren in der Wissenschaft diskutiert werden, die aber bislang ohne Relevanz im Einzelfall sind und weshalb hier (noch) keine spezielle Diagnostik indiziert ist (z. B. Neuroradiologie).

**Beispiel 27: Hinweise zur Verlaufsdiagnostik**

AHCPR [Vol. 2; S.31]

Ausgewählt wegen des Hinweises auf die Notwendigkeit der Verlaufsdiagnostik, der konkreten Benennung von Untersuchungspunkten und der Verknüpfung mit klinischen Empfehlungen.

**Measuring Outcome**

The initial evaluation includes asking the patient about the nine criterion symptoms of a major depressive episode, as well as the current level of interpersonal and occupational functioning. In addition to the clinical interview, patient self-report or clinician symptom-rating scales may permit a rapid assessment of the nature and severity of depressive symptoms. Interviewing a spouse or close friend about the patient's day-to-day functioning and specific symptoms is also helpful in determining the course of the illness, current symptoms, and level of functioning.

Follow-up visits during acute treatment are used to evaluate the level of symptom relief and restoration of function. Symptom evaluation (whether by interview alone or combined with the use of a symptom-rating scale) allows both practitioner and patient to assess response to treatment, determine whether the medication dosage should be adjusted, and clarify whether and when alternative treatments are needed.

Declaring a Treatment Response or Failure

**Weitere Hinweise und Beispiele zur Diagnostik von Prognoseindikatoren:**

- => Die Vorschläge und Beispiele zu Kapitel D.2.3 Prognosefaktoren als Anhaltspunkt dafür, für welche Faktoren diese Empfehlungen erarbeitet werden müssen.
- => Die Vorschläge und Beispiele zu Kapitel D 5.1 Therapieziele für wichtige Begriffe in der Verlaufsdiagnostik.
- => Ferner geben die Kapitel 3, 4 und 5 der AHCPR Leitlinien [Depression in Primary Care; Vol 1 S.43 –72] beispielhafte Darstellungen für diagnostische Empfehlungen zu Prognosefaktoren, die gleichzeitig auch zu berücksichtigende assoziierte Erkrankungen darstellen: „Gleichzeitig vorhandene weitere psychische Erkrankungen“, „Gleichzeitig vorhandene körperliche Erkrankungen“ und „Depression im Zusammenhang mit Medikation“.

### D.3.10 Screening-Diagnostik

(„Diagnostik bei depressionsgefährdeten und noch nicht identifizierten Fällen“)

Die Früherkennung von Personen, bei denen ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer depressiven Störung besteht, ist wegen präventiver bzw. schadensbegrenzender Interventionsmöglichkeiten eine gesundheitspolitische Zielsetzung [15]. Da ungezielte Screeningmaßnahmen (z. B. alle Patienten einer Arztpraxis) aufwändig und von umstrittener Effizienz sind, kommt als Alternative in Betracht, sich auf Personen mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer depressiven Störung zu konzentrieren. Dazu ist es erforderlich, Risikofaktoren unterschiedlicher Art (biologische, soziale, psychologische, somato-medizinische oder psychiatrische) zu benennen und die daran geknüpften Risikoraten anzugeben.

Hieraus sind sinnvolle Vorgehensweisen und Instrumente abzuleiten, die es erlauben, aus Patienten (z. B. Patienten in der Geriatrie) oder sonstigen Gruppen (z. B. Schichtarbeiter), solche Personen zu identifizieren, die an einer depressiven Erkrankung leiden, ohne wegen einer solchen Erkrankung vorstellig zu werden.

#### Problem:

- Viele der in den Leitlinien genannten Depressions-Syndromskalen sind vergleichsweise unspezifisch und wegen der von ihnen erfassten großen Zahl von falsch positiven Fällen für die Screeningdiagnostik (z. B. in Allgemeinarztpraxen oder der Geriatrie) ungeeignet.
- Es werden keine populationsbezogenen konkreten Vorschläge gemacht, welche Gruppe wie und durch welchen Personenkreis unter Alltagsbedingungen zu screenen ist.

#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte auf Möglichkeiten zur Früherkennung von Menschen mit erhöhtem Depressionsrisiko hinweisen.
- Für Faktoren, von denen bekannt ist, dass sie zu einem erhöhten Depressionsrisiko beitragen können, sollten Empfehlungen gegeben werden, durch welche Fragen, Beobachtungen oder Untersuchungsverfahren sie festgestellt werden.
- Es sollten für unterschiedliche Risiko- und Erhebungsgruppen differenzierte Vorschläge für Screeninginstrumente und deren Einsatz unter Berücksichtigung des Nutzens gemacht werden.
- In einer Leitlinie sollte auch klar benannt werden, welche potenziellen Risikofaktoren in der Wissenschaft diskutiert werden, aber bislang ohne Relevanz im Einzelfall sind und weshalb hier (noch) keine spezielle Diagnostik indiziert ist (z. B. Neuroradiologie, Neurophysiologie, Serotoninstoffwechsel).
- Das weitere diagnostische Vorgehen bei positivem Screeningergebnis ist zu beschreiben.
- Es ist darzustellen, ob die Nutzung dieser Screeninginstrumente im Rahmen bestehender Vorsorgeprogramme (beispielsweise Jugend-Gesundheitsuntersuchung „J1“ oder „Check-Up 35“) erfolgen soll, oder ob die hier erhobenen Daten für das Depressionsscreening nutzbar sind.

---

<sup>15</sup> Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos, 2002.

**Beispiel 28: Anamneseinterview zur Screening-Diagnostik**

LL 1 ABFP [S.4]

Ausgewählt wegen konkreter Handlungsempfehlung für das Interview.

**Personal History**

The patient should be questioned about any important changes in his or her personal life, such as the death of a loved one, divorce, loss of a job, or retirement. These and other psychosocial events are frequently associated with the development of symptoms which characterize depression (although the lack of such losses does not eliminate depression as a possible diagnosis). Recent research suggests that external stressors are more important in precipitating an initial occurrence of major depression, while recurrences are more likely due to neurochemical changes in the brain.

The patient should also be asked about any unusual aspects of his or her diet, tobacco use, and caffeine and alcohol consumption, each of which may be important if patient management includes drug therapy.

Information regarding alcohol consumption may also suggest the need for further investigation to rule out alcohol abuse as the primary disorder or to consider the use of alcohol as self-medication by a depressed patient with anxiety symptoms. People who are depressed are more likely to use tobacco and alcohol than nondepressed individuals. They are also more likely to progress to higher levels of dependence and to be less successful in their alternate to quit: Furthermore, patients attempting to refrain from tobacco and alcohol use often suffer increased depression due to withdrawal from these substances. In addition, the patient should be asked about other forms of substance abuse, including the use of illicit drugs such as cocaine. A history of panic attacks is also important, as the incidence of depression in patients with panic disorder is increased over that of the general population. 15

**Family History**

The family history should indicate whether close family members (parents, grandparents, children, or siblings) have a history of diagnosed mania or depression, suicide, attempted suicide, or substance abuse. 16:18. If relatives have been previously diagnosed and treated for mania or depression, the record should also indicate what type of treatment was utilized and whether the treatment was successful. In some cases, such information may assist the physician in selecting an appropriate medication for the patient who is diagnosed as having a depressive disorder. Patient compliance with antidepressant treatment may also increase if a family member is already successfully using a particular medication. A family history of abuse (physical, sexual, substance) is also important, and appears to be associated with the development of low self-esteem and depression, particularly in women.



**Beispiel 29: Screening-Diagnostik nach Schlüsselsymptomen**

LL 13 ICSI primary-care [S.4-6]

Ausgewählt wegen der Suchfragen nach Schlüsselsymptomen unter expliziten Berücksichtigung von Angstsymptomatik und anderen Ursachen der Depression.

**ALGORITHM ANNOTATIONS****1. Suspect Depression and/or Anxiety**

.....

**Presentations for depression and/or anxiety include:**

multiple (>5/year) medical visits	weight gain or loss
multiple unexplained symptoms	sleep disturbance
work or relationship dysfunction	multiple worries or distress
fatigue	panic attacks
changes in interpersonal relationships	dementia

**Presentations particularly suggestive of an anxiety disorder include:**

.....

**Physical symptoms particularly suggestive of an anxiety disorder include:**

.....

**2 Interview for Key Symptoms of Depression and Anxiety**

A. Depressed mood or anhedonia (diminished interest or pleasure in activities) is necessary to diagnose DEPRESSION.

If you suspect depression on the basis of risk factors or common presentations, ask about depressed mood and anhedonia. Useful questions include:

Are you often sad, down, blue or teary?

Do you have your usual interest in and look forward to enjoyable activities?

Are you able to have fun or joy?

Occasionally, depressed patients will initially deny depressed mood and anhedonia. If you still suspect depression, ask about vegetative symptoms (sleep disturbances, changes in appetite and energy level). If vegetative symptoms are present, ask again about depressed mood and anhedonia. If either is endorsed, proceed to a full clinical interview.

B. Anxiety and/or avoidance behavior that causes significant distress or impairment of routines are necessary to diagnose an ANXIETY DISORDER. Anxiety may occur in brief episodes (panic attacks), may be continuous (generalized anxiety disorder) or may be tied to specific situations (phobias). Most patients with panic disorder present with somatic concerns, not complaints of anxiety or panic. These patients may not label their emotional distress as anxiety or panic and it may be necessary to ask in various ways about their discomfort. Brief, episodic somatic complaints reaching a peak within 10 minutes and accompanied by any sense of emotional discomfort are suggestive of panic attacks.

Useful interview questions include:

Are you a worrier? (Are you a high strung/nervous person?)

Do you ever "out of the blue" experience an attack of intense fear of losing control, dying, fainting, "going crazy" or severe embarrassment?

Are there places (e.g. shopping malls) or situations (e.g. parties) that you avoid or endure?

How does your anxiety or avoidant behavior affect your daily life? Does it cause you significant distress?

**5. Evaluate for Other Causes of Depression/ Anxiety**

A. Psychosocial Stressors

.....

**B. Medical illness**

The close relationship of mind and body results in the presentation of medical illness with anxiety or depression in various forms:

.....

**C. Medications and Withdrawal from Medications**

Reserpine, steroids,.....

**Beispiel 30: Hinweis auf Screening Tools**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - S.5]

Ausgewählt aus inhaltlichen Gründen, da auf das Problem der Übertragbarkeit von Populationsstudien und den Gebrauch validierter Screeninginstrumente hingewiesen wird. Es fehlt jedoch ein Hinweis auf die Folgen des Screenings.

**A. Patient Age > 18 with Suspected Depression Presenting to Primary Care****DEFINITION**

All patients > 18 who have a positive screen for depression.

**DISCUSSION**

Depression is known to be under-diagnosed in primary care settings. There is some controversy regarding the value of screening patients in primary care settings, (U.S. PSTF, 1996; Brody DS, et al., 1998; Perez-Stable EJ, et al., 1990). Since recent studies suggest screening is feasible in primary care, the working group decided screening should be recommended (Spitzer RL, et al., 1995; Whooley MA, et al., 1997).

In recognition of the evolving nature of the literature, other published validated scales can be used. Care should be taken to assure scale validation with similar patient populations as those seen in the VA and DoD settings.

There are several available screening tools, each with its own strengths and problems. Appendix 1, Assessment Instruments, offers descriptions of a number of screening instruments that may also be used to quantify symptom severity and samples of these tools. Some of the validated screening tools available are listed:

- PRIME MD – Primary Care Evaluations of Mental Disorders – depression questions
- CES-D – Center of Epidemiological Studies-Depression Scale
- Zung – Zung Depression Rating Scale
- BDI – Beck Depression Inventory
- MOS – Medical Outcomes Study Depression Scale
- Ham-D - Hamilton Depression Scale.

In all settings, a validated screening tool should be filled out before the patient sees the primary care provider, and results of the screening should be made available to the provider. Each setting should determine which screener will be adopted, at what point in the check-in process the screener will be utilized, and who will administer the screener (e.g., clerk, nurse who takes vital signs).

## D.4 (Primäre-)Prävention

Depressive Syndrome sind vom Sachverständigenrat als gesundheitspolitisch wichtiges Thema genannt worden [16]. Das von der WHO (1986) propagierte Konzept einer Gesundheitsförderung zielt nicht nur auf die Senkung von Krankheitslast, sondern auch auf die Stärkung von Ressourcen ab, Gesundheitsbelastungen zu meiden bzw. zu bewältigen (salutogenetisches versus pathogenetisches Konzept). Eine Leitlinie sollte sich auch vor diesem Hintergrund umfassend präventiven Aspekten widmen. Diese Notwendigkeit wird auch deswegen gesehen, weil Patienten und Akteure im Gesundheitswesen seriöse Informationen benötigen, um umfassend die Vielzahl von Aktivitäten und Angeboten im Bereich psychischer Gesundheit beurteilen zu können, da es im Bereich der Prävention wenig Evidenz gibt.

Prävention wird im allgemeinen als Verhütung von Krankheit und deren Folgen verstanden, dabei wird je nach Zeitpunkt der Durchführung die Prävention unterteilt in:

1. Primärprävention (Ausschaltung auslösender Ursachen, Risikofaktorkonzept)
2. Sekundärprävention (Früherkennung und Frühtherapie nach Erkrankung mit dem Ziel, fortgeschrittene Krankheitsstadien zu verhüten, Rezidivprophylaxe)
3. Tertiärprävention (Begrenzung und Ausgleich von Krankheitsfolgen)

### Problem:

- Maßnahmen zur Primärprävention einer chronischen Erkrankung erfordern je nach Prävalenz der Erkrankung und der Erkennbarkeit spezifischer Risikofaktoren eine weitgehende Erfassung potenzieller Patienten. Im Vergleich mit somatischen Erkrankungen sind bei psychiatrischen Krankheiten die Berührungspunkte in der Bevölkerung größer, sodass hierfür eine geringere Compliance für Screening und Präventionsmaßnahmen erwartet werden kann.
- Es gibt kein stringentes Gesamtkonzept zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen, welches auch andere gesellschaftliche Gruppen umfasst.
- Die in den Leitlinien angegebene Einteilung Zuordnung von Präventionsmaßnahmen in Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention ist nicht eindeutig und erschwert die Zuordnung der Verantwortlichkeiten für Durchführung, Kostenträgerschaft und Forschung.
- In Leitlinien erfolgt keine Beurteilung des Nutzens von Präventionsmaßnahmen. Die multifaktorielle und rasche Änderung des gesellschaftlichen Risikos erschwert eine aussagekräftige Beurteilung des Nutzens.
- Die Beschreibung des Risikofaktorenkonzepts von Depression erfolgt meist ohne die Konsequenz, die notwendigen Maßnahmen für eine effiziente Primärprävention zu diskutieren.

---

<sup>16</sup> Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos, 2002.

Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte als erste Maßnahme der Primärprävention die Sensibilität und Offenheit der Bevölkerung für dieses Thema fördern.
- Die Notwendigkeit und der Umfang von Präventions- und Screeningmaßnahmen ist möglichst begründet darzulegen, dabei sind psychiatrische Komorbiditäten und Risikofaktoren für diese, sowie eine definitorische Zuordnung der Maßnahmen in das allgemein akzeptierte Schema (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) zu berücksichtigen.
- Neben der Zielgruppe sollten die für die Durchführung der Präventionsmaßnahmen verantwortlichen Institutionen und Ansprechpartner (z. B. Arbeitgeber) sowie notwendige Ressourcen genannt werden.

Weitere Ausführungen und Beispiele insbesondere auch zu Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention:

- ⇒ siehe Kapitel D 3.9 Verlaufs- und Prognosedagnostik / Verlaufstypologien
- ⇒ siehe Kapitel D 3.10 Screening-Diagnostik
- ⇒ siehe Kapitel D 5.10 Management bei Suizidgefährdung
- ⇒ siehe Kapitel D 3.7 Funktionseinschränkungen
- ⇒ siehe Kapitel D 5.15 Rehabilitation

## D.5 Therapie

Die Therapie der Depression unterscheidet zwischen **Episoden- und Langzeittherapie**. Vor diesem Hintergrund ist zu beachten, dass die Anforderungen an Leitlinien je nach Anwendungsbereich eine unterschiedliche Berücksichtigung dieses Aspektes einschließlich der spezifischen Anforderungen der Rehabilitation (siehe Kapitel D 5.16 Rehabilitation) erfordert.

Im Leitlinienreportingbericht „Depression“ sind die Vorschläge nur dann besonders gekennzeichnet, wenn sich aus der Unterscheidung zwischen Episoden- und Langzeittherapie andere Anforderungen an eine Leitlinie ergeben.

### Vorschlag:

- Auch wenn eine Leitlinie auf Grund ihres Anwendungsbereiches keine Unterscheidung zwischen Episoden- und Langzeittherapie vornimmt, sollte jede Leitlinie auf diesen Aspekt der Therapieeinteilung hinweisen. Bei Bedarf ist eine eindeutige Zuordnung der Empfehlungen vorzunehmen.

### D.5.1 Therapieziele / -planung / -management

Die Möglichkeiten zur akuten und zur langfristigen Versorgung von depressiven Störungen sind in der ambulanten Primär- (Hausarzt), Sekundär- (Facharzt) und stationären Tertiärversorgung (Klinik) unterschiedlich. Nach Sicherung der Diagnose Depression wird sich der Behandlungsplan zunächst danach richten, ob der Nutzer der Leitlinie die Erkrankung selbst behandeln kann und wie schwer die Symptomatik ist.

Die zentrale Planungs- und Management-Aufgabe in der Akutphase der Behandlung einer depressiven Störung besteht in der Anpassung der Behandlungsziele an die zu beobachtenden Reaktionen auf die Behandlung, d.h. die sich verändernde Symptomatik des Patienten, das Ansprechen auf die zunächst gewählten Therapieoptionen, die Zuverlässigkeit der Umsetzung therapeutischer Empfehlungen, etwaige Nebenwirkungen oder unerwünschte Effekte.

Die zentrale Planungs- und Management-Aufgabe in der Langzeitphase der Behandlung einer depressiven Störung besteht in der Anpassung der Behandlungsziele an die individuellen Verlaufschicksale, die von vollständiger Remission über residuale Symptomatik zu Rückfällen, Rezidiven und Chronifizierung reichen können.

### Problem:

- Zwar enthalten einige Leitlinien Definitionskriterien für die genannten Verlaufschicksale, aber keine entsprechend abgestimmten Behandlungspläne, die die Anforderungen eines (fach-)übergreifenden, übergeordneten Gesamtkonzeptes berücksichtigen.
- Vielfach werden zwar übergeordnete Gesamtziele der Leitlinien (z. B. Senkung der Mortalität) benannt, es erfolgt jedoch keine Nennung von Zielen, die mit der Umsetzung der einzelnen therapeutischen Empfehlungen erreicht werden sollen.

Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte aufeinander abgestimmte Module für die Primärversorgung (z. B. Hausärzte) sowie die weitere ambulante und stationäre Versorgung enthalten.
- Eine Leitlinie und ihre Module sollten eine globale Behandlungsstrategie für die kontinuierliche Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsphasen darstellen.
- Es sollten Ziele einer Maßnahme und die Kriterien für die Auswahl (z. B. die Art der Begleitsymptome / funktionellen Beeinträchtigung) einer bestimmten Behandlung und Beratung des Patienten genannt werden.
- Eine Leitlinie sollte zum Stellenwert von Patientenpräferenzen und deren Berücksichtigung in der Behandlungsplanung Stellung nehmen.
- Eine Leitlinie sollte Frequenz bzw. Zeitabstände für Wiedereinbestellungen benennen, die evidenzbasiert sind. Unterschiede nach gewählten Behandlungsverfahren sind ggf. darzustellen.
- Basierend auf Verlaufskriterien sollten Empfehlungen zur Langzeitbetreuung und -behandlung gegeben werden. Diese sollten insbesondere für Hausärzte und Patienten eine ausgewogene Darstellung der Prognose beinhalten und Kriterien und Vorgehen der Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe nennen.

**Beispiele zum modularen Aufbau einer Leitlinie siehe auch:**

=> Beispiel 1: Modulare Anordnung einer Leitlinie

**Beispiel 31: Therapieziele**

AHCPR [Depression in Primary Care; Vol 2, S.23]

Ausgewählt wegen der klaren Zielpriorisierung.

**2 Guideline: Aims of Treatment**

Guideline: Once major depressive disorder is diagnosed, interventions that predictably decrease symptoms and morbidity earlier than would occur naturally in the course of the illness are logically tried first. The key initial objectives of treatment, in order of priority, are (1) to reduce and ultimately to remove all signs and symptoms of the depressive syndrome, (2) to restore occupational and psychosocial function to that of the asymptomatic state, and (3) to reduce the likelihood of relapse and recurrence. (Strength of Evidence = A.)

**Beispiel 32: Therapieziele**

LL 5 AkdÄ [S.8]

Ausgewählt, weil in Ergänzung zu Beispiel 31 auf weitere Behandlungsziele hingewiesen wird. Für Nicht-Psychiater (Patienten, Angehörige, Hausärzte) ist es sicherlich wichtiger zur erfahren, dass vordringlich eine Besserung des Zustands und der Prognose angestrebt wird.

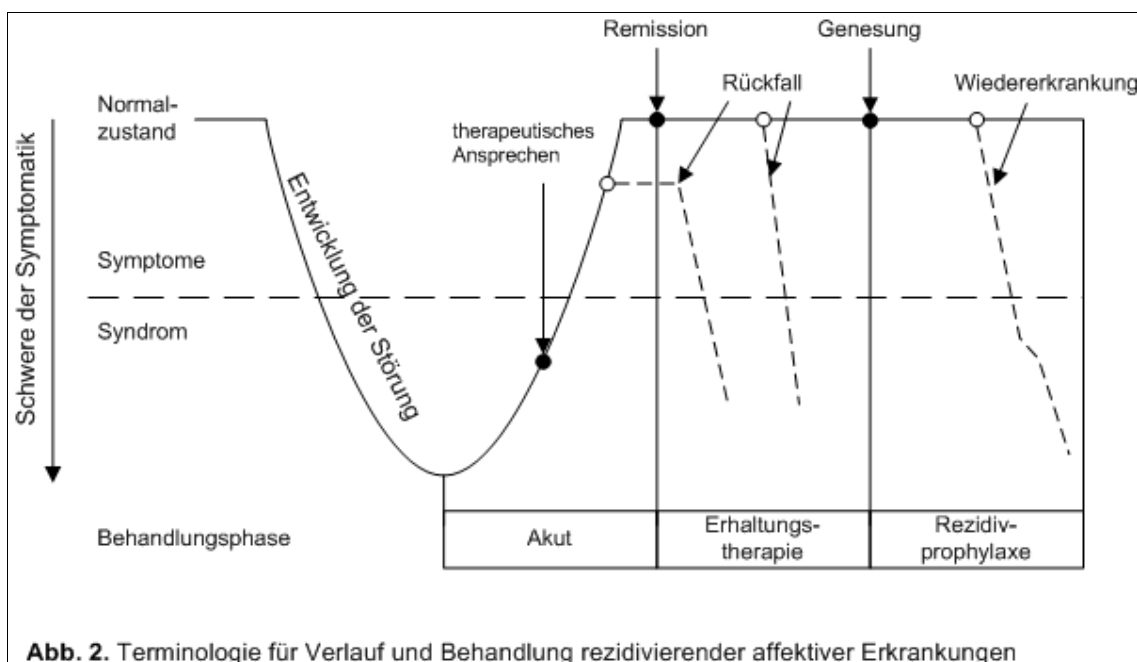
Therapieziele sind:

- die akute Linderung von Angst, Agitation, Schlafstörungen
- Suizidprävention
- die mittelfristige Besserung von Stimmung und Antrieb
- die Verkürzung der Zeit bis zur Spontanremission
- die Verhinderung eines Rückfalls nach erfolgter Remission
- die Verhinderung von sekundärer Therapieresistenz und Chronifizierung
- ggf. die Sekundärprophylaxe weiterer Rezidive (u. U. lebenslang)

**Beispiel 33: Behandlungsphasen**

LL 10 DGPPN [S.21]

Ausgewählt wegen der klaren übersichtlichen Darstellung.



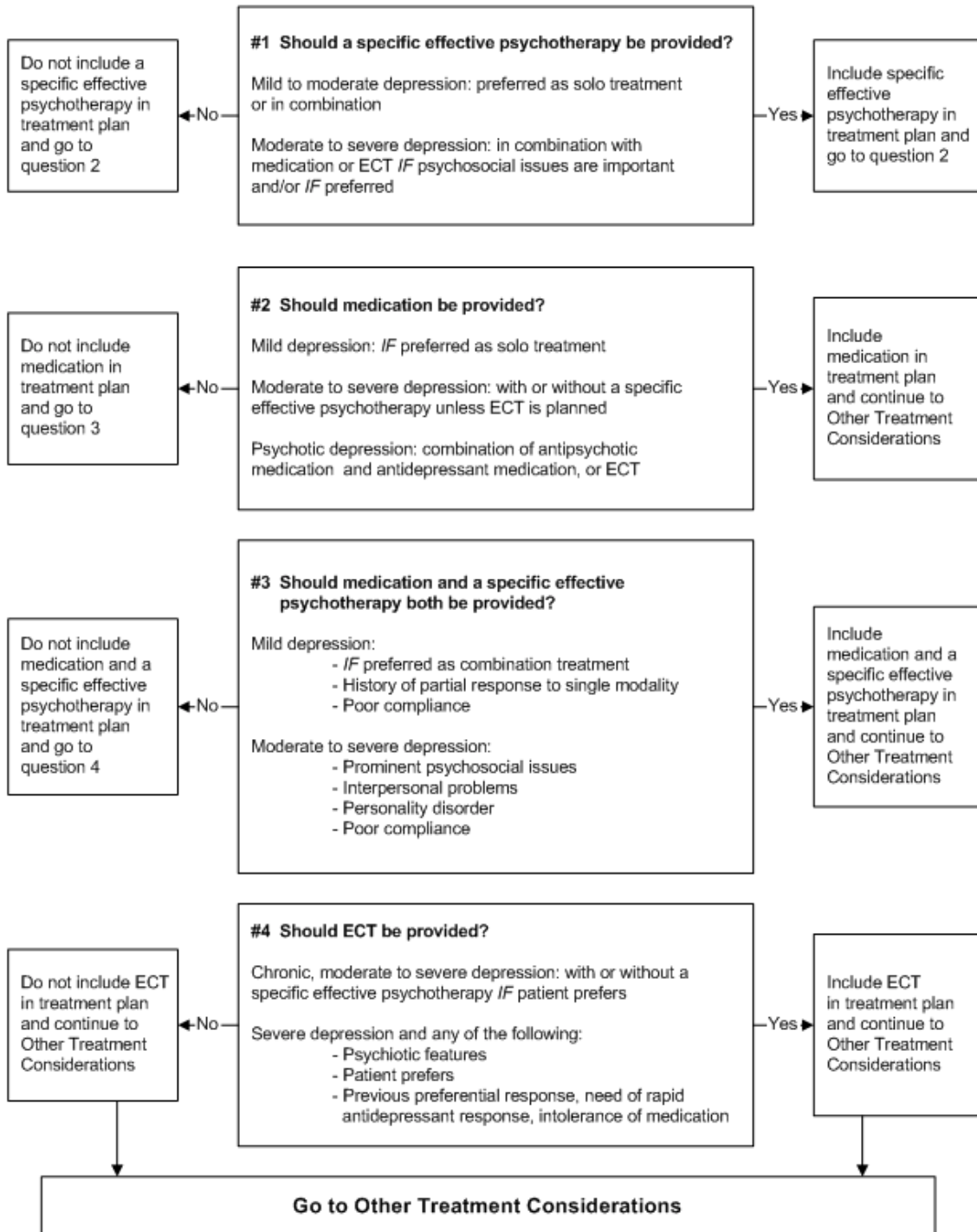
**Abb. 2.** Terminologie für Verlauf und Behandlung rezidivierender affektiver Erkrankungen

**Beispiel 34: Indikation zur Therapieanpassung**

LL 4 APA major-depressive-disorder [S.3, Figure 1]

Ausgewählt wegen der strukturierten Darstellung der Therapieoptionen.

**FIGURE 1. Choice of Treatment Modalities for Major Depressive Disorder**





**Beispiel 35: Indikationen für Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung**

AHCPR [Vol. 2; S.90]

Ausgewählt wegen der übersichtlich dargestellten Hinweise zur Indikationsstellung und Kombination verschiedener Therapieansätze.

**Table 14 Considerations for combines treatment**

- A. Consider combined treatment as an initial option more strongly if:
- (1) History reveals a partial response to a full trial of either treatment alone.
  - (2) Current episode of major depression is longer than 2 years.
  - (3) patient has a history of two or more episodes with poor interepisode recovery.
  - (4) significant psychosocial difficulties are present that interfere with adherence and indications for medications are present.
  - (5) Patient requires it.
- B. Add medications to psychotherapy if:
- (1) Patient shows poor response to psychotherapy alone after 6 weeks or only a partial response after 12 weeks; if no response at all psychotherapy, it may be discontinued and clinical management provided.
- C. Add psychotherapy to medication (if medication used optimally) if:
- (1) Patient shows partial response to medication and residual symptoms are largely psychosological (e.g., low self-esteem).
  - (2) Patient shows partial or complete response to medication and psychosocial problems remain significant.
  - (3) Patient has difficulty with adherence

**D.5.2 Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen (Stufenpläne)**

Der Einbezug der Variabilität depressiver Störungen, wie sie sich in der Realität (v.a. im Praxisalltag von Hausärzten) zeigt, und der Einbezug von Spezifika des Versorgungssystems muss bei der Implementierung von Leitlinien für depressive Störungen in die Versorgung eine stärkere Berücksichtigung erfahren.

Hierbei sind Fragen nach der Abstufung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, z. B. je nach dem Schweregrad der Störung, von Bedeutung. Die Entwicklung einer solchen abgestuften Vorgehensweise, d.h. eines „Behandlungskorridors“ („pathway of care“), stellt einen wesentlichen Schritt zur Optimierung der Versorgung depressiver Patienten dar. Modelle, bei denen ein abgestuftes Konzept der Behandlung angewendet wurde, zeigten positive Effekte<sup>[17, 18, 19]</sup>. Dabei gehen diese Konzepte von einer zentralen Verantwortung der Hausärzte aus, führen aber regelmäßige, symptom- und patientenbezogene Konsultationstermine beim Facharzt ein bzw. bieten eine spezifische Unterstützung durch Psychotherapeuten sowie in Notfallsituationen eine stationäre Überweisung an.

In der Realität nutzt der Patient auch therapeutische Angebote (Selbstmedikation aus Apotheken und Drogerien, Heilpraktiker, Selbsthilfegruppen), die teilweise unabhängig von einem Arztbesuch wahrgenommen werden. Diese Behandlungsinstitutionen und -schritte werden daher in vielen Fällen auch nicht durch Leitlinien erreicht.

<sup>17</sup> Katon W, VonKorff M, Lin E, Simon G, Walker E, Bush T, et al. Collaborative management to achieve depression treatment guidelines. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 1):20-23.

<sup>18</sup> Katon W, VonKorff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: The specialist, primary care physician and the practice nurse. *Conference on Improving Care for Depression in Organized Health Care Systems* 1999 Feb 24-26; Seattle, WA USA.

<sup>19</sup> Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unützer J, Lin LHB, Walker EA, et al. Cost effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10):1638-44.

Problem:

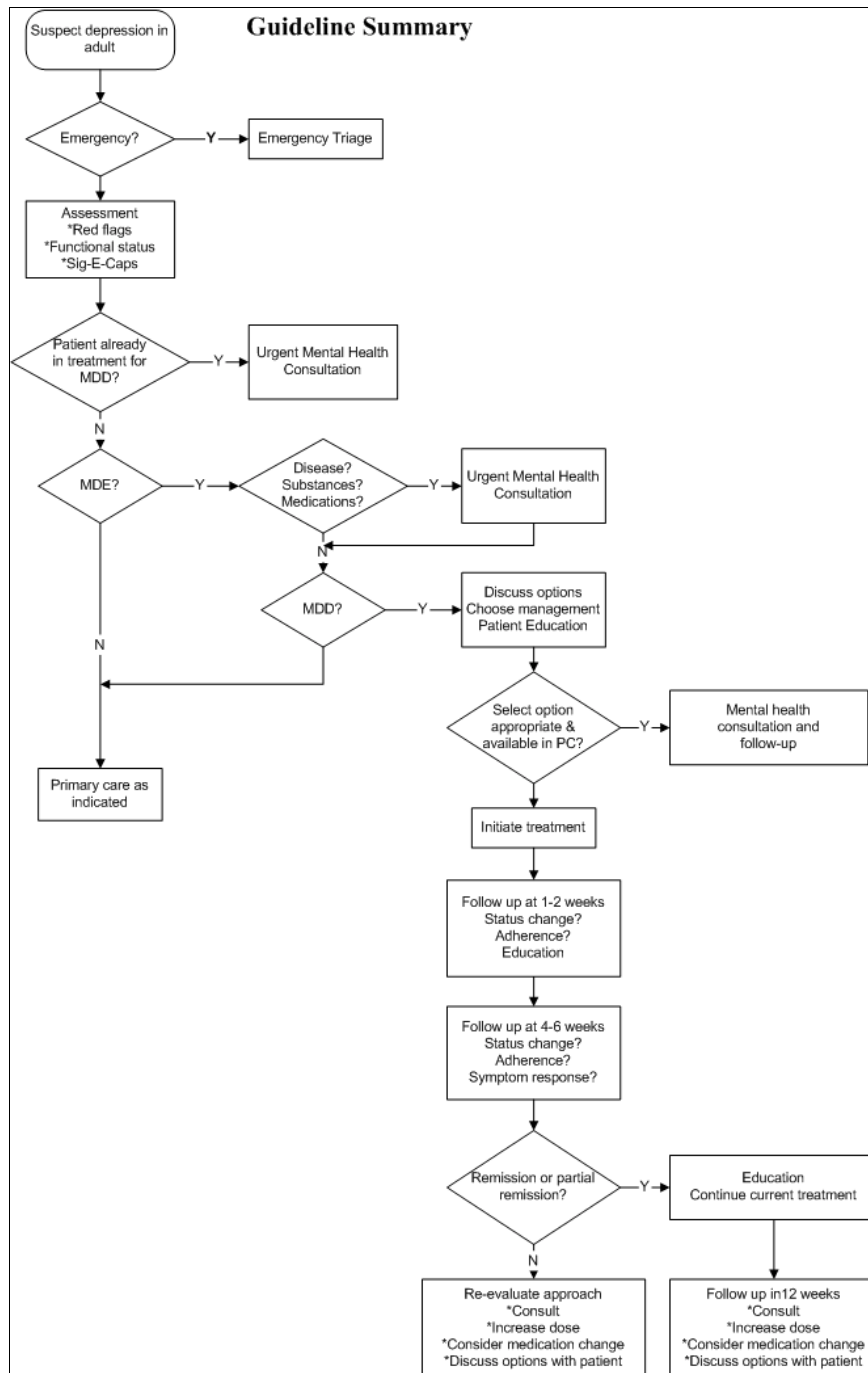
- In den bisher publizierten Leitlinien gibt es relativ wenig Hinweise / Beschreibungen zu einem abgestuften Vorgehen. Meist werden eher Indikationskriterien für eine Überweisung zum Spezialisten bzw. die stationäre Behandlung genannt.
- Manche internationale Leitlinien entwerfen unterschiedliche Versorgungspfade, je nach Typ / Grad des Versorgungssystems, in dem sich der depressive Patient „befindet“.
- In Leitlinien wird häufig der Eindruck erweckt, dass der professionelle Hintergrund des Behandlers die Beratung inhaltlich dominiert.
- Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen der Depression durch die verschiedenen Professionen führen in der interdisziplinären Zusammenarbeit - wegen der Koordinationsfunktion vor allem für Hausärzte – zu Problemen bei der Mit- und Weiterbehandlung.

Vorschlag:

- In einer Leitlinie sind Aussagen darüber zu formulieren, welche Behandler welche Maßnahmen erbringen können und nach welchen Kriterien und Prioritäten die Behandlung in den einzelnen Versorgungsbereichen im gestuften System (z. B. Überweisung wann? durch wen? und wie?) erfolgen sollte. Diese Empfehlungen sollten im Hinblick auf die Häufigkeit von depressiven Syndromen ausgewogen und unter Bezug auf epidemiologische Daten hinsichtlich der Realisierbarkeit geprüft sein.
- Die Leitlinie sollte für jede Versorgungsstufe Kriterien für die Weiterversorgung auflisten, diese Kriterien sollen berücksichtigen:
  - Patientenfaktoren:
    - individuelle Gefährdung des Patienten,
    - Notwendigkeit einer stationären Behandlung / Unterbringung gegen den Willen,
    - soziale Unterstützung des Patienten,
    - Wünsche des Patienten.
  - Strukturaspekte:
    - unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten und Kompetenz,
    - (schnelle) Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen anderer Versorgungsstufen,
  - Kosten / Nutzenaspekte.
- Die in der Leitlinie dargestellten Kriterien sollten eine individuelle Abwägung der Vorteile und Nachteile der Versorgungssektoren sowie Barrieren gegen eine weitergehende Versorgung erlauben. Dabei sind die Präferenzen von Patienten und Angehörigen zu erheben und zu berücksichtigen. (siehe Kapitel D 5.11 Compliance)
- Es sollten insbesondere für den hausärztlichen Bereich Warnhinweise („red flags“) zu abwendbaren gefährlichen somatischen oder psychosozialen Verläufen gegeben werden.
- Die notwendigen Aufgaben der Verlaufsdagnostik und Therapiekontrolle sind unter Berücksichtigung der interkollegialen Zusammenarbeit und Weiterversorgung darzustellen.

**Beispiel 36: Stufenplan zur Überweisung**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Guideline summary A (Algorithmus erste Seite)]  
 Ausgewählt wegen der Darstellung der Aufgaben des Hausarztes und Berücksichtigung der notwendigen interkollegialen Zusammenarbeit.



**Beispiel 37: Überweiskriterien**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - S.18]

Ausgewählt wegen der zielgruppengerechten und umfangreichen Darstellung der Überweiskriterien unter Berücksichtigung von patientenseitigen Faktoren.

**P. Unable to Treat Patient in the Primary Care Setting****OBJECTIVE**

To assure appropriate level of care based on local resources available.

**ANNOTATION**

Many patients with major depressive disorder can be effectively treated in primary care settings. Primary care providers are strongly urged to aim for full symptom remission and to refer without unnecessary delay those patients whose symptoms are not remitting.

Primary care providers vary significantly in skill, comfort, and motivation to treat major depression. Before initiating treatment, the primary care provider should weigh the need for referral to a mental health care specialist. The more specific the referring provider's consultation questions, the more successful the referral/consultation. Reasons for referral to a specialist include the following: (AHCPR, 1993)

- Patient request for mental health care specialist referral/consultation
- Provider request for diagnostic consultation
- Complicating general medical problems
- Complicating mental disorders ("co-morbidity")
- Severe, recurrent, or psychotic depression
- Suspected need for hospitalization
- Suspected need for involuntary commitment
- Need or patient request for psychotherapy
- Need for light therapy
- Need for electro-convulsive therapy (ECT)
- Questions regarding medication selection, initiation, interactions, or administration
- Provider concerns about patient adherence to treatment
- Symptom breakthrough after a positive acute phase treatment response
- History of poor or partial treatment response.

When weighing the need for consultation, the primary care provider should take into account the common barriers to effective mental health consultation. Potential barriers may include:

- Patient reluctance to see a mental health care specialist
- Feasibility for the patient
- Geographical distance from consultants
- Length of time to consultant availability.

**Beispiel zu Warnhinweisen siehe vorne:**

=> Beispiel 25 Warnsignale „Red Flags“

**Beispiel 38: Behandlungsinstitutionen**

LL 10 DGPPN [S. 24 f.]

Ausgewählt, weil hier die Indikationen zur Nutzung der verschiedenen Einrichtungen zusammenfassend aufgeführt sind.

**3.4.1 Behandlungsinstitutionen**

Das für die Behandlung geeignete therapeutische "Setting" ergibt sich aus der Schwere der Symptomatik sowie den psychosozialen Umständen:

- ambulante Behandlung sollte bei mittelschweren bis schweren Erkrankungsepisoden in der Regel durch den psychiatrischen Facharzt erfolgen.....Leichte bis mittelschwere Depressionen können auch durch den entsprechend vorgebildeten Hausarzt behandelt werden. Bei Therapieresistenz und/oder suizidaler Gefährdung sollte die Überweisung an den psychiatrischen Facharzt erfolgen, der die Weiterbehandlung übernimmt bzw. ggf. die stationäre Einweisung veranlasst.
- Stationäre Behandlung.....
- Teilstationäre Behandlung (Tagesklinik) ist indiziert, wenn ein tragfähiges Netzwerk fehlt und/oder eine ausreichend frequente ambulante Versorgung (noch) nicht gewährleistet werden kann bzw. unzureichend ist.
- Rehabilitationseinrichtungen, beschützte Wohngruppen etc. sind bei affektiven Erkrankungen nur in Ausnahmefällen notwendig, können aber bei protahierten und chronifizierten Verläufen im Anschluss eine stationären Behandlung sinnvoll sein.

**Beispiel 39: Konsultationsnotwendigkeit**

LL 5 AkdÄ [S. 6 Tab. 5]

Ausgewählt wegen der Benennung von Komplikationen, bei denen eine Überweisung an einen Facharzt wichtig ist.

**Tabelle 5: Überweisung an Facharzt muß erwogen werden bei:**

- unklarer psychiatrischer Diagnose (Nervenarzt oder Arzt für Psychiatrie)
- Verdacht auf weiter abzuklärende körperliche Erkrankung (Neurologe oder Internist u.a.)
- Multimorbidität (auch bei manchen älteren Patienten)
- schwerer Substanzabhängigkeit (Sorge bei hinzukommenden Absetzphänomenen)
- Therapieresistenz oder Notwendigkeit der Kombination von Antidepressiva mit anderen Medikamenten soweit Interaktionen befürchtet werden, z. B. Fluoxetin mit NSMRI oder niedrigpotenten Neuroleptika, Lithium mit hochpotenten Neuroleptika, klassische MAO-Hemmer mit Antidepressiva, Ersteinstellung auf Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure in der Rezidivprophylaxe
- akuter Manie
- depressivem Stupor, psychotischer Depression (mit ausgeprägtem Wahn)
- nicht ausreichend abzuschätzender Suizidgefahr
- Von Fall zu Fall wird die Alternative eine stationäre Behandlung sein, notfalls auch ohne fachärztliche Untersuchung

**Beispiel 40: Stationäre Einweisung**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Guideline summary C S.3]  
Ausgewählt wegen der klaren Kriterien zur stationären Einweisung.

<b>F Criteria For Inpatient Admission</b>
<b>Admission is indicated if criterion in section A is met B or C or D is met.</b>
A. A DSM-IV diagnosis are present and complete on all 5 axes and there is evidence of significant associated social impairment, occupational impairment or subjective suffering.
B. The patient is danger to him/herself such as might be indicated by one or more of the following:
• High lethality or high-intent suicide attempt in past two weeks
• Recent suicide gesture in patient with history of high lethality or high-intent suicide attempt
• Suicidal ideation with a plan, in the presence of command hallucinations, delusions of guilt or impending death, intractable ain, feelings of depression or hopelessness or other known precipitant of suicide
• Persistent acts of self-mutilation
• Medical emergencies influenced by mental illness
• Inability to provide for on basic needs of food, shelter or medical care as the result of mental illness
• Bizarre behavior due to a psychotic disorder that endangers patient, his/her reputation, assets or relationship
C. The patient is danger to others as a result of mental disorders that is likely to improve by hospitalization, as evidenced by one or more of the following:
• Threats of harm against a specific individual associated with a delusional thought pattern or persistent anger/agitation
• Threats of harm against an unidentified person(s)
• Threatening behavior with a lethal weapon or possession of a lethal weapon in a state of emotional disturbance
• Escalating threatening language or behavior in a patient with history of assaultive or aggressive behavior
• Significant damage to property
D The patient has a serious mental disorder causing significant impairment of social, familial, vocational or educational functioning that would benefit from the intensity of acute treatment, such as:
• Depressed mood disabling vegetative symptoms
• Marked deterioration in personal hygiene as a result of an acute psychiatric disorder
• Complete withdrawl from work, school or social situations due to an acute psychiatric disorder

### D.5.3 Psychoedukation / Patientenführung

Nur etwa 27 % aller Patienten mit psychischen Störungen haben bei Behandlungsbeginn ein entsprechendes (psychogenetisches) Krankheitsverständnis [20]. Etwaige Akzeptanzprobleme einer psychiatrischen Diagnose (z. B. seitens des Patienten oder von Angehörigen) sind gegen deren Informationsbedürfnis und die Aufklärungspflicht abzuwägen.

Wenn Patienten bzw. ihre Angehörigen über die Bedeutung der Diagnose aufgeklärt sind, müssen therapeutische Ziele und ein Behandlungsplan mit ihnen besprochen werden.

Die Vermittlung von Krankheitswissen und -einsicht erfolgt meist im Rahmen dieser Gespräche und außerhalb von bei der Behandlung der Depression wenig verbreiteten curricularen Schulungsmaßnahmen (siehe Kapitel D 5.13 Schulung von Patienten und Angehörigen).

Diese Schritte wie auch die weitere Führung des Patienten sind bereits als ein wesentlicher Teil der Therapie zu betrachten.

#### Problem:

- Die Abgrenzung zu den auch in der primärärztlichen Versorgung anzuwendenden Psychotherapieverfahren ist schwierig und erfolgt meist sowohl bei den Behandlern als auch in vielen Leitlinien und weiteren Vorschriften (EBM, Fortbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ vs. Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“) unzureichend.
- Auch wenn in vielen Leitlinien Diagnose und Therapiepläne beschrieben sind, werden keine Hinweise gegeben, wann und wie die (Verdachts-)diagnose oder Therapie dem Patienten vermittelt werden soll, und welchen Einfluss die Information auf das therapeutische Arbeitsbündnis hat.
- In vielen Leitlinien ist nicht beschrieben, wie bei der Wahl der bevorzugten Behandlungsmethode die Wünsche der Patienten zu berücksichtigen sind und wie auf diese Wünsche eingegangen werden soll, wenn diese notwendigen therapeutischen Entscheidungen entgegenstehen.
- Auf die Rolle von schriftlichen Informationsmaterialien zur Patienteninformation und -führung und deren unterschiedliche Qualität wird in den meisten Leitlinien nicht eingegangen.

---

<sup>20</sup> Das Bundesministerium für Gesundheit, editor. Qualitätssicherung in der Psychosomatik. Verbundstudie innerhalb des Demonstrationsprojekts in der ambulanten Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 118. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.; 1999.

Vorschlag:

- Die Maßnahmen der Patientenedukation / Patientenführung sollten im Rahmen der Einordnung der Therapie von spezifischen psychotherapeutischen Maßnahmen (siehe Kapitel D 5.4 Psychotherapieverfahren) klar und möglichst eindeutig von diesen abgegrenzt werden, dabei ist auch auf besondere Anforderungen bei der Leistungserbringung (z. B. Abrechnungsmodalitäten, Qualifikationsvoraussetzungen) hinzuweisen.
- Ebenso ist eine Abgrenzung der „Psychoedukation“ von curricularen Schulungsmaßnahmen (siehe Kapitel D 5.13) vorzunehmen.
- Eine Leitlinie sollte praktische Orientierungshilfen zur Diagnoseaufklärung des Patienten geben. Dabei sollte dargestellt und theoretisch begründet werden, worüber ein Arzt wann und mit dem Patienten reden sollte.
- Es ist eine Stellungnahme erforderlich, ob und unter welchen Umständen und Gefahren und wie lange die Mitteilung der Diagnose „Depression“ im Hinblick auf die erforderliche Etablierung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses abgewartet werden kann. Es ist dabei festzulegen, wie das Gesundheitsproblem im Falle der Verzögerung der Diagnosemitteilung an den Patienten klassifiziert und gegenüber dem Patienten beschrieben werden soll.
- Eine Leitlinie sollte auf geeignete, qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Patienteninformationen, die das notwendige Wissen über Diagnose und Therapie vermitteln und die das empfohlene Vorgehen unterstützen, verweisen. Ferner sind Hinweise zum gezielten Einsatz der Patienteninformationen im Rahmen der Patientenführung zu geben.

**Beispiel 41: Abgrenzung der Patientenführung zur Psychotherapie**

LL 7 CPA [S.29]

Ausgewählt wegen des Verweises zur Abgrenzung von Psychotherapie und den unterstützenden Maßnahmen des „clinical management (CM)“.

**INTRODUCTION**

Psychotherapy refers to the psychological treatment of psychiatric and behavioural disorders that is enacted through the establishment of a professional relationship with a patient for the purpose of alleviating existing symptoms and preventing the recurrence of maladaptive patterns of behaviour. The nature of supportive therapy, or clinical management (CM), is discussed in a previous article (see Section II); this section will deal with specific psychotherapy models. ....

**Beispiel 42: Information zur Krankheitseinsicht**

LL 20 WHO – UK [S.56]

Ausgewählt wegen der Darstellung der wesentlichen Elemente der Krankheitsinformation.

**Essential information for patient and family**

- Depression is a common illness and effective treatments are available.
- Depression is not weakness or laziness.
- Depression can affect patients' ability to cope.
- Recommend information leaflets or audiotapes to reinforce the information.



**Beispiel 43: Allgemeines Beratungs-Modul**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - S.16]

Ausgewählt wegen der Nennung der Ziele der Patienteninformation zu den Therapiemöglichkeiten.

**O. Discuss Treatment Options and Patient's Preferences. Provide Patient/family Education****OBJECTIVE**

To provide the patient and significant others an understanding of the available treatment options.

**ANNOTATION**

There are four broad treatment options for patients with MDD. These are:

1. Pharmacotherapy including other somatic therapies, including Electroconvulsive Therapy (ECT)
2. Empirically Supported Psychotherapies (EST)
3. Combined psychotherapy and pharmacotherapy
4. Clinical evaluation of one to three visits.

Patients should be educated about the potential consequences of untreated MDD, and encouraged to return.

**DISCUSSION**

A balanced presentation of the relative benefits and drawbacks of each approach should be provided, to help the patient and provider make a reasoned decision about which approach to select.

**Beispiel 44: Spezifisches Beratungs-Modul**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Module A - S.17]

Ausgewählt wegen der spezifischen übersichtlichen Darstellung der Inhalte des Aufklärungsgesprächs.

**Benefits of pharmacotherapy include:**

Potential of a more rapid initial treatment response

1. Patient's preference for medications over talk therapies.

Risks or drawbacks of pharmacotherapy include:

1. Need to take medications consistently and exactly as prescribed.

Potential for medication side-effects or interactions with other medications or medical problems.

Potential for need to take medication for an indefinite or extended period.

**Psychotherapy** – This is the use of one of the ESTs, offered in either one-on-one or group format.

....

Benefits of psychotherapy include:

1. Effects may persist beyond the duration of treatment.

The need to take antidepressant medications or experience medication side effects may be reduced.

An opportunity for the patient to make meaningful self-improvements or life changes.

Risks or drawbacks of psychotherapy include:

1. Patients need to come consistently for therapy appointments on a frequent basis for several months at a time

2. A therapist trained in an empirically supported psychotherapy may not be available in every care setting.

**Q. Is Psychotherapy Preferred, Appropriate and Available?****OBJECTIVE**

To determine the best treatment option for the patient.

**ANNOTATION**

- Psychotherapy for depression is generally appropriate for all forms of depression managed in the primary care setting. Because there are no demonstrated differences in outcome between patients treated with psychotherapy or pharmacotherapy, patient choice should be strongly considered in treatment planning.
- Collaborative management of depressed patients with a mental health specialist, especially those with persistent symptoms, can increase the cost effectiveness of care and may be useful for patients who refuse off-site mental health and consultation. (Katon, 1996; Katon, 1995; Von Korff, et al., 1998; Katon, 1999).
- Utilization of mental health specialists affiliated with a primary care center will facilitate communication, joint management, and more convenience for the patient.
- Availability of a competent psychotherapist is a prerequisite for the psychotherapy option. It has been shown, for example, that the competency of the psychotherapist affects treatment effectiveness (Jacobson & Hollon, 1996). Variability in the quality of administration of all treatments affects the patient's outcome for both medication and psychotherapy.
- Combination of an empirically-supported psychotherapy with medication has not been shown to produce consistently better outcomes for most patients than use of one of these approaches on its own. However, addition of cognitive-behavioral therapy to medication has been shown to reduce risk of relapse (Fava et al., 1994; Rush & Hollon, 1991).

**EVIDENCE**

.....

**R. Is Pharmacotherapy Appropriate and Is Patient Willing to Take Medications?****OBJECTIVE**

To determine whether the patient should receive a pharmacological intervention.

**ANNOTATION**

Generally patients should receive antidepressant medications for the following indications:

- Moderate or severe symptoms of depression
- Significant impairment in social or occupational functioning due to depression
- Suicidal ideation

Strong indications for antidepressant medication include:

Past history of a positive response to medications

- Negative response to psychotherapeutic interventions
- Recurrent depressive episodes
- Family history of depression
- Patient preference for drug therapy

**Beispiel 45: Lebensstiländerung**

LL 14 NAC [S.33 f.]

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Darstellung von therapeutischen Maßnahmen zur Lebensstiländerung.

**Lifestyle**

There is research that suggests that lifestyle changes may help to:

- reduce the risk of recurrence of mild to moderate unipolar Major Depressive Disorder
- relieve symptoms of mild to moderate Major Depressive Disorder
- possibly reduce the risk of moderate Major Depressive Disorder becoming more severe.

Lifestyle changes that have been shown to be of some benefit include:

- stress management (Aro, 1994)
- reducing drug and alcohol use  
abuse of alcohol (Schuckit, 1994; Bartels et al, 1992; Petty, 1992) has been associated with increased rates of Major Depressive Disorder. A person who is depressed should ideally stop using alcohol or at least reduce consumption to no more than two standard drinks a day and no more than one standard drink per hour. Note that other drugs, such as cannabis, can also have an effect on mood and their consumption should be discouraged, especially if the person is taking medication.
- sleep patterns  
there is some evidence for a relationship between the disruption of circadian rhythms and Major Depressive Disorder (Healey and Williams, 1988; Linkowski and Mendlewicz, 1993). The development and maintenance of good sleep patterns may be an important adjunct for the treatment of Major Depressive Disorder and prevention of relapse.
- a balanced diet  
ensure that the person has a balanced diet which includes complex carbohydrates and vitamins. Some evidence exists that carbohydrate-enriched foods improve mood (Wurtman, 1993; Wallin and Rissanen, 1994).
- physical exercise  
Martinsen (1994) reviewed ten experimental and two quasi-experimental studies and concluded that despite some methodological shortcomings, all studies point in the direction of aerobic exercise being more effective than no treatment. People may find it hard to implement lifestyle changes while continuing to experience depressive symptoms and should be encouraged to make changes as and when possible.

**Beispiel 46: Edukation zur Problemlösung**

LL 14 NAC [S. 34]

Ausgewählt wegen der Nennung der Voraussetzungen zur Anwendung dieses Verfahrens in der Praxis.

**Problem solving**

Problem solving treatment has been shown to be effective, feasible and acceptable to patients as a treatment for Major Depressive Disorder in primary care. In one study it was found that problem solving was as effective as amitriptyline, (a tricyclic anti-depressant) and more effective than a placebo when given over six sessions by general practitioners who have taken a short course to learn the relevant skills. Patient satisfaction was high and showed a low drop-out rate (Mynors-Wallis et al, 1995). Problem solving interventions teach the person to use their own skills and resources to cope with both present and future problems. It has several stages:

1. identifying and clarifying the problem
2. setting clear achievable goals
3. brainstorming to generate solutions
4. selecting the preferred solution
5. evaluating progress.

Training in problem solving for general practitioners includes a short theoretical course that entails reading relevant papers, role playing in clinical scenarios, and watching a training videotape.

#### D.5.4 Psychotherapieverfahren

In den meisten Leitlinien wird in Einklang mit ihrer Evidenzbasierung klar unterschieden zwischen spezifischen, zeitlich limitierten Psychotherapien, die Gegenstand von zahlreichen Effizienzüberprüfungen waren, und nicht näher spezifizierten Psychotherapien, für die es keine Evidenzen gibt.

Die meisten Leitlinien stimmen in der Nennung der evidenzbasierten Psychotherapien überein (Kognitive Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie, Interpersonale Psychotherapie, bestimmte Formen der Paartherapie).

Die Studien zur Anwendung und Wirksamkeit haben zugenommen und die Ergebnisse sind differenzierter geworden. So liegen aktuelle Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapien bei der Rückfallprophylaxe und zur längerfristigen Aufrechterhaltung (Langzeittherapie) vor.

##### Problem:

- Das Wissen um die Unterschiede zwischen spezifischen evidenzbasierten Psychotherapien und anderen psychotherapeutischen Vorgehensweisen ist in weiten Teilen der Versorgungssysteme (bei Hausärzten, Fachärzten, aber auch bei vielen Psychologen und Psychotherapeuten) entweder nicht vorhanden oder wird nicht in eine entsprechende Therapie- oder Überweisungspraxis umgesetzt.
- Für das klinische Management von Psychotherapien können aus der Literatur eine ganze Reihe weitgehend konsensual beurteilter „lege artis“ Vorgehensweisen abgeleitet werden, die in der Praxis allerdings häufig nicht beachtet werden. Im Zusammenhang mit der Einführung neuer Weiterbildungsgänge und qualitätssichernder Maßnahmen ist hier eine Verbesserung zu erwarten, die durch Leitlinienempfehlungen flankiert werden können.

##### Vorschlag:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte einen Überblick und einen bewertenden Vergleich der Effektivität von Psychotherapien bei Depression, getrennt für die Akutphase und die Rezidivprophylaxe bzw. die Langzeittherapie, enthalten. Dazu gehören:
  - eine Übersicht über die Psychotherapien, deren Nutzen belegt ist,
  - eine Charakterisierung der zentralen Ziele und des Vorgehens der wirksamen Psychotherapien,
  - eine Übersicht über die vergleichende Effektivität zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen,
  - eine Übersicht über die vergleichende Effektivität zwischen den spezifischen Psychotherapien und den medikamentösen Therapien,
  - eine Übersicht über die Effekte von Kombinationstherapien (Kombination von medikamentöser und Psychotherapie),
  - eine Zusammenstellung der Psychotherapien, deren Nutzen nicht belegt ist,
  - eine Zusammenstellung der Psychotherapien, deren Anwendung obsolet ist.
- Diese Zusammenstellungen sollten in einem vorzuziehenden Rhythmus aktualisiert werden.
- Bei den konkreten Empfehlungen, die aus der vergleichenden Bewertung der Psychotherapien resultieren, sollten auch die Studienergebnisse hinsichtlich klinischer Langzeitpunkte (Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen, Aufrechterhaltung präventiver Bewältigungsstrategien, Morbidität / Mortalität, Kosten-Nutzen Aspekte) berücksichtigt werden.

- Zu folgenden Punkten des Therapiemanagements sollten Empfehlungen ausgesprochen werden:
  - Indikationen und Kriterien für Psychotherapie als erste Behandlungsalternative,
  - Indikationen und Kriterien für Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung,
  - Kriterien / Indikationsgesichtspunkte für Psychotherapie zur Rezidivprophylaxe und als Langzeittherapie,
  - Minimalanforderungen an die therapiebegleitende Dokumentation,
  - Zeitpunkte und Kriterien, nach denen abhängig von dieser Dokumentation eine begonnene Psychotherapie angepasst bzw. ergänzt oder abgebrochen werden sollte und Optionen für Anpassungen, Ergänzungen bzw. Behandlungsalternativen,
  - Kriterien für eine fachärztliche Konsultationsnotwendigkeit (u.a. Suizidalität, psychotische Symptomatik, bipolarer Verlauf),
  - Aussagen zur Eignung bei verschiedenen Subgruppen von Patienten, auch im Hinblick auf die zeitliche Limitierung von Psychotherapien, Dauer und Sitzungsfrequenz, Vergrößerung der Sitzungsintervalle gegen Ende, „Auffrischungssitzungen“.
  - settingspezifische Besonderheiten (Einzel-/Gruppentherapie, ambulant/stationär),
  - ökonomische Aspekte von Psychotherapien,
  - Hinweise zur Auswahl von Therapeuten (insbesondere Ausbildungsanforderungen und Qualifizierung zur Durchführung der spezifischen zeitlich limitierten Therapien).
- Die Informationen für Patienten und Angehörige sollen die Darstellung der Psychotherapie umfassen. Hierzu zählen auch Erklärungen zu den Wirkungen der Therapien, aus denen für den Patienten der Sinn der Maßnahmen deutlich wird. Im Falle der Kombination mit Medikamenten sollten beide Behandlungsweisen durch umfassende Erklärungen in den Leitlinien vermittelt werden.

**Beispiel 47: Übersicht über Psychotherapien und vergleichende Darlegung der Effektivität**

LL 7 CPA [S 32 f.]

Ausgewählt wegen der klaren evidenzbasierten Aussagen mit Abstufung der Empfehlungen nach methodischer Evidenzstärke. Dabei wird auch auf fehlende Belege zum Nutzen bestimmter Therapieformen und der Eignung von spezifischen Psychotherapien bei spezifischen Subgruppen verwiesen.

**Recommendations for Individual Psychotherapies** (see Table 3.1)

First-line treatments

- Cognitive therapy (CT) or cognitive-behavioural therapy (CBT) (Level 1 evidence).
- Interpersonal therapy (IPT) (Level 1 evidence).
- At mild-to-moderate levels of severity, these treatments have efficacy comparable with medications, but they may be less effective in “severe” depression.

Second-line treatments

- Behaviour therapy (BT) (Level 1 evidence).
- This treatment is usually incorporated in a CBT approach.

Third-line treatments

- Brief dynamic psychotherapy (BDP) (Level 2 evidence).

There is insufficient evidence to recommend long- term psychodynamic psychotherapy for the treatment of depression.

....

**Recommendations for Group Therapy and Marital Therapy** (see Table 3.1)

First-line treatments

- Group formats of cognitive-behavioural therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) (Level 2 evidence).
- There is less evidence for efficacy of group, compared with individual, forms of psychotherapy. Individual therapy may be more effective than group therapy for more severe depressions.

Second-line treatments ·

- Marital or couples therapy, in patients with significant marital distress (Level 2 evidence).

.....

**Recommendations for Psychotherapy in the Treatment of Chronic Depression or Dysthymic Disorder**

(see Table 3.1)

First-line treatments

- Concurrent, combined psychotherapy and pharmacotherapy for chronic depression or dysthymic disorder (Level 2 evidence).

The psychotherapies that have been evaluated are cognitive-behavioural analysis system of psychotherapy (CBASP), cognitive-behavioural therapy (CBT), and interpersonal therapy (IPT).

- Pharmacotherapy alone (Level 2 evidence).

The medications that have been evaluated are nefazodone and sertraline.

Second-line treatments

- CBASP alone for chronic depression (Level 2 evidence).

Not Recommended

- Psychotherapy alone (CBT, IPT) is not recommended for dysthymic disorder because of evidence of lack of efficacy (Level 2 evidence).

**Beispiel 48: Charakterisierung der zentralen Ziele und des Vorgehens bei kognitiven Verhaltenstherapien**

LL 7 CPA [S.30]

Ausgewählt, weil die wichtigsten Ziele und Behandlungsprinzipien bezogen auf unterschiedliche Stadien der Akuttherapie dargestellt werden. Die Dauer und Abfolge der Sitzungen sind spezifischen Therapiephasen und Zielen zugeordnet worden. Die Bewertung der Wirksamkeitsnachweise ist im Beispiel 47 dargelegt.

**2. What are the general principles of cognitive therapy and behaviour therapy?**

Cognitive therapy (CT) pursues symptomatic relief from depression through a systematic effort to change depressed patients' automatic and maladaptive ways of thinking. At the heart of this approach is the assumption that distorted beliefs about the self, the world, and the future maintain depressive affect. Patients first work at becoming aware of these thinking styles and then learn how to respond to them in ways that are more adaptive. These skills, when accompanied by affective arousal and practised in the context of extra therapy assignments, are an important engine of symptom change (3).

The typical course of treatment runs from 12 to 16 sessions, and the sequence of treatment involves 3 phases. In the early phase (sessions 1 to 4), the emphasis is on establishing a therapeutic relationship with the patient, educating the patient about the cognitive model and influences on emotion, setting goals, and eliciting and evaluating automatic thoughts. The middle phase (sessions 5 to 12) involves a gradual shift to ward the identification of dysfunctional beliefs and compensatory strategies the patient may be employing, helping the patient to identify core beliefs, and practising skills at responding to and modifying depressogenic views. Tasks in the late phases of CT (sessions 13 to 16) revolve around preparing the patient for termination, predicting high-risk situations relevant to relapse, and consolidating learning through self-therapy tasks. Behaviour therapy (BT) for depression is premised on the observation that patients with a mood disorder are exposed to fewer positive reinforcers in their environments (4,5). Behavioural interventions are especially effective for symptoms of social withdrawal and anhedonia and are often used in tandem with cognitive strategies (for example, CBT). An important goal of behavioural treatment is to increase patients' activity levels and engage patients in tasks to increase their feelings of mastery and pleasure. In the early stages, patients are asked simply to monitor their activities and to rate the degree of difficulty and satisfaction associated with completing or attempting each task. As treatment progresses, patients are asked to perform, as home work assignments, a greater number of pleasurable activities or events. Training in social skills and assertiveness might also enhance the patient's interpersonal repertoire and reduce the number of aversive, submissive interactions with others. Toward the end of treatment, the focus shifts to selfcontrol training and problem solving, so that the learning achieved in therapy can be generalized and sustained in the patient's social environment (6). BT is now usually incorporated with CT as CBT.

**Beispiel 49: Charakterisierung der zentralen Ziele und des Vorgehens Interpersoneller Psychotherapie**

LL 7 CPA [S.31]

Ausgewählt, weil die wichtigsten Ziele und Behandlungsprinzipien bezogen auf unterschiedliche Stadien der Akuttherapie dargestellt werden. Die Dauer und Abfolge der Sitzungen sind spezifischen Therapiephasen und Zielen zugeordnet worden. Die Bewertung der Wirksamkeitsnachweise ist im Beispiel 47 dargelegt.

**4. What are the general principles of IPT?**

IPT for depression pays careful attention to changes in patients' interpersonal environment and their relation to the onset of mood disorder. The basic assumption is that addressing relationship issues, whether they are contributing factors or consequences of depression, will lead to improvement in depressive symptoms. Patients are encouraged to facilitate affective expression, especially emotions related to mourning or loss of social roles. Other strategies also employed include analyzing blocks in communication with significant others, problem solving aimed at resolving disputes, and social skills training aimed at reducing social isolation (25).

The course of treatment in IPT has 3 phases over 12 to 16 sessions.

In the early phase (sessions 1 to 3), the therapist explains the rationale for depression, using a medical model, and for treatment focusing on interpersonal difficulties the patient might be having. Once a view of the patient's major interpersonal relationships and the onset of depressive symptoms is completed, IPT moves into its middle phase (sessions 4 to 12). At this point, the therapist and patient decide to focus on 1 or 2 of 4 important interpersonal problem areas that are thought to be contributing to the depression: unresolved grief, role disputes, role transitions, and social isolation. Specific strategies are used to address each problem area, focusing on the patient's life outside the office. The termination phase of IPT (sessions 13 to 16) is devoted to reviewing the course of treatment and reinforcing progress. Termination is addressed as early as session 12, and the therapist helps the patient prepare for the event by eliciting relevant thoughts and feelings. The therapist emphasizes competence and frames any challenges to be met in terms of using new learning to reduce vulnerability to future depression (26).



**Beispiel 50: Übersicht über die Effekte von Kombinationstherapien**

LL 7 CPA [S.60 f.]

Ausgewählt wegen der expliziten Nennung und übersichtlichen Zusammenstellung von Patientengruppen, bei denen eine Kombinationstherapie empfohlen wird.

**Recommendations for Concurrent Combined Treatment** (see Table 5.2)

*Acute-phase treatment.* Concurrent combined treatment is not recommended because there is no evidence for greater efficacy than that achieved with psychotherapy or pharmacotherapy alone (Level 2 evidence), except in the following circumstances:

First-line treatment

- Chronic depression: cognitive-behavioural analysis system of psychotherapy (CBASP)
- plus nefazodone is more effective than either treatment alone (Level 2 evidence).
- Severe depression: interpersonal therapy (IPT) plus pharmacotherapy may be more effective than either treatment alone (Level 1 evidence).

*Maintenance-phase treatment*

Concurrent combined treatment is not recommended because there is no evidence for greater efficacy than that achieved with psychotherapy or pharmacotherapy alone (Level 2 evidence), except in the following circumstances:

First-line treatment

- Elderly patients: IPT plus nortriptyline may reduce relapse rates, compared with either treatment alone, in patients treated with the combination in the acute phase (Level 2 evidence).

.....

**Recommendations for Sequential Combined Treatments** (see Table 5.2)

There is limited evidence to support a sequential combined strategy; that is, adding psychotherapy or pharmacotherapy to patients who show nonresponse or partial response to monotherapy.

Second-line treatment

- Adding cognitive- behavioural therapy (CBT) for patients with residual depressive symptoms after acute treatment with pharmacotherapy improves remission rates and reduces relapse/recurrence rates (Level 2 evidence).
- Adding pharmacotherapy for women with partial or no response after acute treatment with interpersonal therapy (IPT) may improve remission rates (Level 3 evidence).

**Beispiel 51: Indikation und Kriterien für Psychotherapie als erster Behandlungsalternative**

LL 14 NAC [S. 38]

Ausgewählt wegen der unterschiedlichen Indikationsgesichtspunkte und der Zuordnung zu Zielen.

**Table 6. Indications for the selection of an appropriate psychological therapy**

Adapted from Table 10, Major Depressive Disorder in Primary Care: Volume 2. Treatment of Major Depressive Disorder. Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1993.

Primary Objectives	Examples
1. Symptom removal	Cognitive-Behavioural and Interpersonal Psychotherapy
2. Restoration of normal psychosocial and occupational functioning	Case management; Cognitive-Behavioural, psychoeducational, occupational, marital or family therapy
3. Prevention of relapse/recurrence	Maintenance therapy (Cognitive-Behavioural, interpersonal, other)
4. Correction of "causal" psychological problems with secondary symptom resolution	Marital, family, cognitive, interpersonal, brief dynamic, and other therapy
5. Increased adherence to medication	Clinical case management; specific Cognitive-Behavioural, or other psychoeducational techniques or packages.
6. Correction of secondary consequences of the major Depressive Disorder (eg marital discord, low self-esteem)	Occupational, marital, family interpersonal, cognitive therapy, other therapies focused on specific problems.

**Beispiel 52: Indikationen und Kriterien für Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung**

LL 14 NAC [S.36]

Ausgewählt wegen der konkreten Benennung von Indikationsbereichen.

**Combining antidepressants with psychological therapies**

There is evidence for combining psychological therapies with the use of antidepressants and clinical management in cases where:

- the prior course of the illness is chronic or characterised by poor inter-episode recovery (for example Dysthymic Disorder with acute Major Depressive Episodes)
- where antidepressants alone have been only partially effective and where negative cognitions (pessimistic thoughts), low self-esteem and/or relationship difficulties are identified
- where there is a history of chronic psychosocial problems, both during and between episodes of Major Depressive Disorder
- where there is a history of reluctance to persist with treatment
- when there are residual symptoms that are largely psychological.

**Beispiel 53: Langzeittherapie**

LL 7 CPA [S.35]

Ausgewählt wegen der spezifischen Empfehlungen zur Langzeittherapie.

**Recommendations for Psychotherapy as Maintenance Treatment** (see Table 3.1)

- There is limited evidence to recommend psychotherapy as maintenance treatment.
- There may be some carry-over effects of acute-phase treatment with cognitive-behavioural therapy (CBT) and interpersonal (IPT) that offer modest protection against relapse (Level 2 evidence).
- Maintenance therapy sessions for CBT and IPT may reduce relapse rates, although there is insufficient evidence about the optimal frequency and duration of maintenance sessions (Level 2 evidence).

**Beispiel 54: Psychotherapie zur Rezidivprophylaxe/Langzeittherapie**

AHCPR [Vol. 2; S.109]

Ausgewählt wegen der Formulierung der Voraussetzungen zur Fortführung der Psychotherapie.

**9 Guideline: Continuation and Maintenance Treatment Options****Objectives and Indications for Continuation Treatment**

Guideline: A decision to implement continuation phase psychotherapy depends on the patient's residual symptoms, psychosocial problems, history of psychological functioning between episodes, and the practitioner's and patient's judgment about the need for such treatment. Continuation psychotherapy can be added to continuation medication following acute phase response to either medication alone or the combination. (Strength of Evidence = C.)

**Beispiel 55: Therapiebegleitende Dokumentation**

LL 14 NAC [S.44]

Ausgewählt wegen des Ansprechens der Notwendigkeit der therapiebegleitenden Dokumentation und der Nennung von (ergänzungsbedürftigen) Instrumenten.

**Monitoring**

The frequency and method of monitoring each person's depressive condition should be decided in consultation with them. Ideally a balance should be sought which minimises intrusiveness and cost to the individual while ensuring that the health professional has reliable and accurate information about the treatment response, any negative side effects that may reduce compliance and any significant alteration in the stressors or supports which may worsen the depressive disorder.

Monitoring will be most effective if carried out in the context of an open and honest relationship. Regular (weekly or fortnightly) monitoring is best done by the same person who should have appropriate clinical training and experience. Regular (less frequent) monitoring should continue for at least 12 months from the recovery from a depressive episode and the cessation of medication. The most accurate means of monitoring the person's mood is to use one of the rating scales provided in Appendices 3 to 5 (Hamilton, CES-D or Edinburgh Postnatal Major Depressive Disorder Scale). These rating scales take as little as 5 - 10 minutes to complete, ensure all aspects of the depressive disorder are considered and provide the opportunity to make a comparison over time. The Hamilton rating scale is the most comprehensive and is best carried out as part of a face to face consultation. The CES-D provides a reliable estimate of the level of Major Depressive Disorder and is suitable for use by nurses and counsellors. The CES-D can also be used in the course of a telephone call or in some cases completed by the person themselves and delivered to the health centre. ....

**Beispiel 56: Zeitpunkte und Kriterien**

AHCPR [Vol. 2; S.73 + S.88]

Ausgewählt wegen des Hinweises auf kontinuierliche Beobachtung der Symptomatik und die Nennung konkreter Zeitkriterien für das Inbetrachtziehen weiterer Therapieoptionen, insbesondere des Wechsels zu Medikamenten.

**5 Guideline: Acute Phase Management with Psychotherapy****Objectives and Indications**

(S.73 ) Guideline: As with a medication trial, if psychotherapy alone is selected as the initial treatment, the practitioner is advised to monitor symptom response. If the psychotherapy is completely ineffective by 6 weeks or if it does not result in nearly a full symptomatic remission within 12 weeks, a switch to medication may well be appropriate since there is clear evidence of its specific efficacy. (Strength of Evidence = A.)

....

**6 Guideline: Acute Phase Management with Medication and Psychotherapy****Objectives and Indications**

(S. 88) It is recommended that medication be added to (or substituted for) acute phase psychotherapy if:

- There is no response at all to psychotherapy alone at approximately 6 weeks.
- There is only a partial response to an adequate 12-week trial of psychotherapy.
- The patient worsens with psychotherapy alone.
- The patient requests medication during or following psychotherapy and symptoms are appropriate and sufficient to warrant medication.

**Beispiel 57: Settingspezifische Besonderheiten**

LL 7 CPA [S.33]

Ausgewählt wegen der Evidenzbasierung der inhaltlichen Aussagen. Es wird hier jedoch nur der Einfluss einem von vielen denkbaren Settingfaktoren auf die Wirksamkeit beschrieben.

Providing treatment to patients with depression in groups, rather than individually, has several potential advantages: group therapy may be more cost-effective; there is destigmatization in viewing other people who are struggling with the same set of problems; group sessions allow patients the opportunity to role play and practise new interpersonal behaviours and skills, and the group approach may assist patients in the application of these new skills (42). There are some data to support both modifications of CT and IPT delivered as a group based treatment for depression (43,44).

In a review of efficacy studies comparing group therapy and individual therapy reported in 1986, no significant differences in efficacy were found in 24 (75%) of the 32 studies(45). In the remaining 8 studies (25%), group therapy was found to be more effective than individual treatment. Studies included in this review, however, represented a broad range of diagnoses not restricted to mood disorders, and no clear pattern emerged regarding efficacy in specific conditions.

A subsequent selective review of group therapy in depressive disorders, published 5 years later, suggested that group therapy was an effective short-term treatment for outpatients with milder forms of depression but that individual therapy may be more effective than group therapy for more severe depression (46). Similarly, in a metaanalysis of 23 studies, no overall differences were found between group and individual therapies, but in the 4 studies of depression, there was a trend favouring individual therapies over group therapies (47).

**Beispiel 58: Information zur Auswahl von Therapeuten**

LL 7 CPA [S. 30 f.]

Ausgewählt wegen der Hinweise, wo man sich über Therapieverfahren informieren kann.

**S30****2. What are the general principles of cognitive therapy and behaviour therapy?**

CBT for depression is still a relatively new form of brief psychotherapy, and so the resources available to patients seeking treatment may be limited. Identifying a qualified cognitive-behavioural therapist can be facilitated through The Academy for Cognitive Therapy ([www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)). There are also several user-friendly CBT patient manuals that can be recommended to patients or referred to by psychiatrists who use elements of CBT in their therapeutic approach. These include *Mind over Mood* (7) and *The Feeling Good Handbook* (8).

...

**S.31****4. What are the general principles of IPT?**

....

IPT is also a relatively new form of brief psychotherapy for depression, and the resources available to patients seeking treatment are limited. A source for interested psychiatrists and patients is the standard textbook for IPT, *A Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy* (27).

**Beispiel 59: Qualifikationsvoraussetzungen von Therapeuten**

LL 14 NAC [S.36]

Ausgewählt wegen der expliziten Darstellung der Voraussetzungen auf Therapeutenseite.

**Psychological therapies**

.....

Professionals who are competent to provide specialised psychological therapies outlined in these guidelines would have the following attributes: a tertiary qualification which included a theoretical understanding of personal and interpersonal behaviour, dysfunction and techniques for effecting change; have undertaken personal development examining their own values, beliefs, emotions and relationships; satisfactorily completed experiential learning of skills required to apply appropriate techniques to change mood and behaviour; be a current member of a professional association which has acceptable ethical standards and disciplinary procedures; and have ongoing professional supervision to maintain the quality of their work. These professionals will typically be psychiatrists, psychologists, psychotherapists or qualified counsellors (Refer to Appendix 9 for a list of professional bodies involved in psychological therapy).

**Beispiel 60: Vorgaben zur Auswahl des Therapeuten bei Einleitung einer Psychotherapie**

LL 14 NAC [S.39 f.]

Ausgewählt wegen der Benennung der bei der Überweisung zur Psychotherapie relevanten Gesichtspunkte.

**The psychological therapies referral**

When psychological therapy is selected as a treatment, the following principles may be useful:

- the referral should be made to therapists who are experienced and trained to work with people with depressive disorders<sup>26</sup>, such as clinical psychologists, psychiatrists, psychotherapists, and qualified counsellors. It is strongly recommended that referrals are only made to therapists who are members of a recognised professional organisation which has documented ethical guidelines, professional conduct procedures and requirements for supervision
- in making a referral it is important to consider the ethnic and cultural background of the therapist and other factors influencing the effectiveness of psychological therapies outlined earlier
- it is helpful when making a referral to indicate the needs of the person and their suspected problem areas, the expectations of the referral and the ongoing responsibilities for management and crisis management
- the psychological therapy should generally be time-limited, focused on those current problems identified with the depressed person and aimed at symptom resolution
- assessment of symptom response is useful for planning the next step in treatment. To ensure that adequate feedback is received from the therapist, the referrer should specify that they want a report on progress, after a specified period of time. This sharing of information should be done with the person's consent but also in accordance with accepted principles of confidentiality. Where issues of safety are relevant, client consent is desirable but not mandatory (Privacy Act)
- there is a need to measure and monitor the outcome of psychological therapies whenever treatment is initiated. This is especially important if psychological therapies alone are being used and the person fails
- to show any improvement in depression by six weeks, or marked improvement by twelve. In such situations, a re-evaluation of the process, in conjunction with the therapist, should occur.

<sup>26</sup> Organisations that are able to supply a list of therapists who are experienced and appropriately trained include the New Zealand Psychological Society, New Zealand Association of Counsellors, New Zealand Association of Psychotherapists, the New Zealand Association of Social Workers, the New Zealand College of Clinical Psychologists and the New Zealand Association of Child Psychotherapists. Universities or Polytechnics who have training programmes for clinicians may also be a source of information on appropriate practitioners. Community Mental Health Centres are also a source of information, as well as offering the assessment and treatment skills of a multidisciplinary team for moderately and severely depressed people.

**Zusammenstellung wichtiger „psychoedukativer Informationen“**

(siehe Kapitel D.5.13 Schulung von Patienten und Angehörigen die Anforderungen an Informationen zu Krankheit und Krankheitsverlauf.)

### D.5.5 Pharmakotherapie

Jede Depression kann unabhängig von ihrer Ursache mit Antidepressiva behandelt werden. Wegen des häufigen Auftretens von Depressionen wurden bereits zahlreiche Antidepressiva entwickelt. Zur Wirksamkeit von Antidepressiva liegen zahlreiche, zumeist placebokontrollierte Studien vor, die auch einem hohen Standard der EbM entsprechen. Es liegen jedoch nur wenige Studien mit akzeptablem Niveau vor, die unterschiedliche Pharmakotherapien miteinander vergleichen. Der Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit des Patienten (Lebensqualität), auf Langzeiteffekte (Heilung, Suizidalität, Mortalität) und die Gesamtkosten der Therapie (Pharmakoökonomie) sind bislang praktisch nicht dokumentiert. Da jedoch keiner der verfügbaren Wirkstoffe hinsichtlich der klinisch erwünschten Wirkungen oder auch hinsichtlich der Verträglichkeit den Anforderungen eines idealen Antidepressivums entspricht, werden auch in Zukunft zahlreiche weitere Antidepressiva entwickelt werden. In der Praxis wird ein nicht unerheblicher Teil depressiver Patienten mit 7 und mehr unterschiedlichen Wirkstoffen behandelt, ohne dass ausreichende Kenntnisse über Wirkung, Interaktion und Nebenwirkungen solcher Kombinationen vorliegen.

#### Problem:

- In vielen Leitlinien fehlen Kriterien für den verschreibenden Arzt, nach denen er die Wirkstoffe im individuellen Fall für seine Pharmakotherapie auswählen kann. Solche Kriterien ergeben sich aus den Unterschieden zwischen den Wirkstoffen hinsichtlich ihres pharmakologischen Wirkmechanismus, ihrer Wirkungsstärke, ihres Profils an unerwünschten Wirkungen (Verträglichkeit), ihres Potenzials für die Auslösung von Arzneimittelwechselwirkungen, hinsichtlich der pharmazeutischen Qualität und hinsichtlich der Behandlungskosten.

#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte einen bewertenden Vergleich der zur Verfügung stehenden Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe bieten. Dazu gehören:
  - Eine Übersicht der Wirkstoffe, deren Nutzen belegt ist. Ein Beleg der erwünschten Wirkung ist gerade bei Antidepressiva sehr wichtig, da hohe Ansprechraten in der Placebogruppe auf andere Mechanismen deuten, die in der Depressionsbehandlung wirksam sind.
  - Ein Vergleich der wirksamen Wirkstoffgruppen und der dazugehörigen einzelnen Wirkstoffe hinsichtlich ihrer Eigenschaften.
  - Gegebenfalls notwendige Kriterien für den Gebrauch von Pharmaka außerhalb der Zulassung (sog. „off-label-use“) (siehe Kapitel D1.2 Anwendungsbereich).
  - Eine Zusammenstellung der Präparate bzw. Stoffe, deren Nutzen nicht belegt ist.
  - Eine Zusammenstellung der Präparate bzw. Stoffe, deren Anwendung obsolet ist.
- Die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie sollte auch hinsichtlich klinischer Langzeitendpunkte bewertet werden. Hierzu gehören:
  - Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen,
  - Symptomatik und Psychopathologie,
  - Morbidität und Mortalität (Heilung weiterer Episoden, Suizidalität),
  - ökonomische Gesichtspunkte,
  - Forschungs- und Entwicklungsbedarf.
- Diese Zusammenstellungen sollten in einem fest vorgegebenen Rhythmus von z. B. 2 Jahren aktualisiert werden. Neben der Sichtung der zahlreichen klinischen Studien sind diese in für den Anwender transparente Empfehlungen zur Pharmakotherapie umzusetzen.

## **Die nachfolgend aufgeführten Einzelaspekte der antidepressiven Pharmakotherapie sollten in einer Leitlinie „Depression“ berücksichtigt werden:**

### 1. Therapiebeginn und Kontrollpunkte im Verlauf:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte benennen:
  - Die Patientengruppe bzw. den Krankheitszustand, bei dem die Pharmakotherapie begonnen werden soll bzw. begonnen werden muss.
  - Den Zeitpunkt und die Kriterien, nach denen eine begonnene Pharmakotherapie angepasst bzw. verändert werden soll.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte einen Stufenplan erstellen, sofern eine Bevorzugung einzelner Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe durch Belege zu begründen ist. Bei den Belegen ist klinischen Studien mit klinisch relevanten Zielkriterien vor pathophysiologischen Überlegungen und Überlegungen zum Wirkmechanismus von Pharmaka der Vorzug zu geben.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte ausführlich zu den Kriterien und Zeitpunkten Stellung nehmen, zu denen eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva beendet werden kann. Hierbei sollte auch das Vorgehen beschrieben werden, wie und wann eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva zu beenden ist (z. B. ausschleichend oder abrupt).
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte ökonomische Aspekte der Pharmakotherapie mit Antidepressiva und der Auswahl der Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe beschreiben.

### 2. Differenzialindikation:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte Wirkstoffgruppen bzw. einzelne Wirkstoffe auflisten, die sich bei unterschiedlichen Verläufen der depressiven Erkrankung besonders bewährt haben.

### 3. Kontraindikationen

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte häufige Begleiterkrankungen auflisten, bei denen die Anwendung bestimmter Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe mit einem größeren Risiko für das Auftreten arzneimittelbedingter Schäden verbunden ist. Nach Möglichkeit sollten Umstände angegeben werden, unter denen das in Kauf nehmen dieser Risiken vertretbar ist, sofern diese Angaben durch Belege begründet werden können.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte Vorgehensweisen und Alternativen beim Vorliegen von Kontraindikationen und beim Auftreten von Unverträglichkeiten benennen.

### 4. Erwünschte / Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Arzneimittelinteraktionen:

- Wirkungen und Wirkmechanismen der Pharmaka sind zielgruppengerecht und übersichtlich darzustellen.
- Eine Leitlinie „Depression“ muss ausführlich das Risikopotenzial der Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe anhand der bekannten, unerwünschten Arzneimittelwirkungen vergleichend und bewertend zusammenstellen.
- Eine Leitlinie „Depression“ muss ausführlich zum Potenzial für die Auslösung von Arzneimittelinteraktionen Stellung nehmen. Dabei sollte auch das Problem der mangelnden Objektivierbarkeit vieler der von Patienten berichteten und z. B. auch im Beipackzettel dokumentierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen berücksichtigt werden.



#### 5. Kombinationstherapie:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte die Voraussetzungen auflisten, unter denen eine Kombination mehrerer Wirkstoffgruppen bzw. mehrerer Wirkstoffe sinnvoll ist. Auch hier ist, sofern sich dies durch Belege sichern lässt, ein Stufenschema anzustreben und eine Grenze zu benennen, oberhalb derer die Hinzufügung eines weiteren Kombinationspartners als nicht mehr vertretbar oder sogar gefährlich angesehen werden muss.

#### 6. Begleitmedikation zur Pharmakotherapie mit Antidepressiva:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte sich angemessen zu möglichen Begleitmedikationen äußern, z. B. zur Behandlung somatischer und pharmakogener Ursachen der Depression bzw. Behandlung somatischer Begleiterkrankungen.

#### 7. Therapiedurchführung:

- Die Indikationen für die Nutzung bestimmter Dosierungen und Dosierungsformen (tägliche Einmalgabe vs. Mehrfachapplikation), bestimmter Applikationsformen (z. B. i.v. Applikationen und Infusionen von Antidepressiva) sind mit Vor- / Nachteilen darzustellen.
- Auf notwendige Voraussetzungen (z. B. Kontrolle der Einnahme) ist unter Beachtung der Anforderungen an die jeweilige Versorgungsstruktur hinzuweisen.
- Auf settingabhängige Besonderheiten (ambulant / stationär) bei der Therapiedurchführung ist hinzuweisen.

#### 8. Kontrolluntersuchungen und Therapiekontrollen:

- Eine Leitlinie „Depression“ zur Pharmakotherapie sollte ausführlich Indikationen, Fragestellungen und Zeitpunkte während der Pharmakotherapie zusammenstellen, bei denen Laborkontrollen, die Bestimmung von Plasma-/Serum-Konzentrationen der Antidepressiva und andere Kontrolluntersuchungen vorgenommen werden sollten.

#### 9. Antidepressiva in der Schwangerschaft:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte sich zur Anwendung von Antidepressiva bei Kinderwunsch, in der Schwangerschaft und Stillperiode äußern. (siehe auch Kapitel D.5.9 Depression in speziellen Gruppen)

#### 10. Pharmakotherapie im Alter:

- Die Anwendung von Antidepressiva bei älteren Patienten ist unter Berücksichtigung der populationsspezifischen Interaktionen und Nebenwirkungsprofile zu beschreiben. (siehe auch Kapitel D.5.9 Depression in speziellen Gruppen)

#### 11. Notfallmedikation:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte sich zu möglichen Notfallbehandlungen im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antidepressiva äußern. Hierbei ist z. B. an Suizidalität, aber auch an das Auftreten arzneimittelbedingter Schäden gedacht (z. B. Herzrhythmusstörungen). (siehe auch Kapitel D.5.10 Prävention von Notfällen)

#### 12. Obsolete und andere Substanzen:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte eindeutig zu obsoleten Vorgehensweisen und Substanzen Stellung beziehen.
- Eine Leitlinie „Depression“ sollte Stellung zum Einsatz von in Einzelfällen sinnvollen Wirkstoffen nehmen, die nicht den üblichen Therapiestandards entsprechen.



**Beispiel 61: Dosierungsempfehlungen**

LL 5 AkdÄ [S.9]

Ausgewählt, weil hier eine gute und übersichtliche Darstellung der einzelnen Medikamente angegeben ist, Belege für die Wirksamkeit (und die Bewertung dieser Belege) werden jedoch nicht dargelegt. Die in der Tabelle erwähnten pharmakologischen Bezeichnungen bzw. deren Abkürzungen werden an gesonderter Stelle erläutert.

**Tabelle 6:****Antidepressiva: Stoffgruppen, Einzelsubstanzen, Dosierungen und empfohlene Plasmaspiegelbereiche**

Wirkstoffe	Tagesdosis (mg)			empfohlener Plasmaspiegel (ng/ml)
	minimale	mittlere	maximale	
<i>Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)</i>				
Amitriptylin	25 – 50	150	300	80 – 250
Amitriptylinoxid	30 – 60	150	300	
Clomipramin	25 – 50	150	300	70 – 200
Desipramin	25 – 50	150	300	75 – 300
Dibenzepin	60 – 120	480	720	
Doxepin	25 – 50	150	300	150 – 250
Imipramin	25 – 50	150	300	150 – 250
Lofepramin	35 – 70	140	210	
Maprotilin	25 – 50	150	300	75 – 250
Nortriptylin	25 – 50	150	300	30 – 120
Trimipramin	25 – 50	150	300	

**„2. Generation“**(Beispiel gekürzt).**Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)**(Beispiel gekürzt).**Neue Noradrenalin- und Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren**(Beispiel gekürzt).**Reversible Inhibitoren der MAO-A (RIMA)**(Beispiel gekürzt).**Phytopharmaka**(Beispiel gekürzt).

**Beispiel 62: Medikamentöse Therapieübersicht**

LL 12 ICSI mental-health [S.15 f.]

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Darstellung der Dosis, der wichtigsten Wirkungen, Nebenwirkungen und Dosiskosten.

<b>Algorithm Annotations (cont) Major Depression in Adults for Mental Health Care Providers</b>					
<b>ANTIDEPRESSANTS: SSRIs, TCAs AND OHTERS (CONTINUED)</b>					
<b>TRICYCLICS – SECONDARY AMINES</b>					
<b>Drug Name</b>	<b>Starting Dose (range)</b>	<b>Common Side Effects</b>	<b>Predominant Effects</b>	<b>Special Considerations</b>	<b>Cost (AWP)**</b>
Amoxapine	25 mg 50 mg 100 mg 150 mg				25 mg (0.61) 50 mg (0.99) 100 mg (1.67) 150 mg (2.63)
Desipramine (Norpramin)	25 mg 50 mg 75 mg 100 mg (50-300 mg / day)	Dry mouth, blurred vision, constipation	Antidepressant	One of the least sedating and least anticholinergic of the tricyclics	25 mg (0.28) 50 mg (0.59) 75 mg (0.72) 100 mg (1.07)
Nortriptyline (Pamelor, Aventyl)	25 mg 50 mg 75 mg (25-150 mg / day)	Dry mouth, blurred vision, constipation	Antidepressant	One of the least likely to cause orthostatic hypotension of tricyclics	25 mg (0.80) 50 mg (1.51) 75 mg (2.35)
Protriptyline (Vivactil)	5 mg 10 mg (10-60 mg / day)	Dry mouth, blurred vision, constipation	Antidepressant	Least sedating tricyclic. May cause insomnia.	5 mg (0.44) 10 mg (0.63)
<b>TETRACYCLICS</b>					
Maprotiline	25 mg 50 mg 75 mg				25 mg (0.48) 50 mg (0.70) 75 mg (0.88)

\* Available as brand name only  
 \*\* Prices obtained from 2000 Drug Topics red Book.

**Beispiel 63: Medikationsübersicht**

## LL 18 VHA major-depressive-disorder [Pocket Card]

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Darstellung der wichtigsten Kenndaten zur Therapie einschließlich der Dosierungsformen.

ANTIDEPRESSANT MEDICATION TABLE								
Refer to pharmaceutical manufacturer's literature for full prescribing information								
<b>SEROTONIN SELECTIVE REUPTAKE INHIBITORS (SSRIs)</b>								
GENERIC	BRAND NAME	ADULT STARTING DOSE	MAX	EXCEPTION	SAFETY MARGIN	TOLERABILITY	EFFICACY	SIMPLICITY
Citalopram	Celexa	20 mg	60 mg	Reduce dose for the elderly & those with renal or hepatic failure	No serious systemic toxicity even after substantial overdose. Drug interactions may include tricyclic antidepressants, carbamazepine & warfarin.	Nausea, insomnia, sedation, headache, fatigue dizziness, sexual dysfunction, anorexia, weight loss, sweating, GI distress, tremor, restlessness, agitation, anxiety.	Response rate = 2 – 4 weeks	AM daily dosing. Can be started at an effective dose immediately.
Fluoxetine	Prozac	20 mg	80 mg					
Paroxetine	Paxil	20 mg	50 mg					
Sertraline	Zoloft	50 mg	200 mg					
<p><b>First Line Antidepressant Medication</b></p> <p>Drugs of this class differ substantially in safety, tolerability and simplicity when used in patients on other medications. Can work in TCA nonresponders. Useful in several anxiety disorders. Taper gradually when discontinuing these medications. Fluoxetine has the longer half-life.</p>								
<b>SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIs)</b>								
GENERIC	BRAND NAME	ADULT STARTING DOSE	MAX	EXCEPTION	SAFETY MARGIN	TOLERABILITY	EFFICACY	SIMPLICITY
Venlafaxine IR	Effexor IR	75 mg	375 mg	Information Not Available	No serious systemic toxicity. Downtaper slowly to prevent clinically significant withdrawal syndrome. Few drug interactions.	Comparable to SSRIs at low dose. Nausea, dry mouth, insomnia, somnolence, dizziness, anxiety, abnormal ejaculation, headache, asthenia, sweating.	Response rate = 2 – 4 weeks (4 – 7 days at – 300 mg /day)	BID or TID dosing with IR. Daily dosing with XR. Can be started at an effective dose (75mg) immediately.
Venlafaxine XR	Effexor XR	75 mg	375 mg					
<p>Dual action drug that predominantly acts like a Serotonin Reuptake inhibitor at low doses and adds the effect of an Norepinephrine Selective Reuptake Inhibitors at high doses. Possible efficacy in cases not responsive to TCAs or SSRIs. Taper dose prior to discontinuation.</p>								
<b>SEROTONIN (5-H2A) RECEPTOR ANTAGONIST and WEAK SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS</b>								
GENERIC	BRAND NAME	ADULT STARTING DOSE	MAX	EXCEPTION	SAFETY MARGIN	TOLERABILITY	EFFICACY	SIMPLICITY
Nefazodone	Serzone	200 mg	600 mg	Reduce dose for the elderly & those with renal or hepatic failure	No serious systemic toxicity from OD. Can interact with agents that decrease arousal/ impair cognitive performance and interact with adrenergic agents that regulate blood pressure.	Somnolence dizziness, fatigue, dry mouth, nausea, headache, constipation, impaired vision. Unlikely to cause sexual dysfunction.	Response rate = 2 – 4 weeks	BID dosing. Requires dose titration.
Trazodone	Desyrel	150 mg	600 mg					
<p>Corrects sleep disturbance and reduces anxiety in about one week.</p>								
<b>DOPAMINE and NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRI)</b>								
GENERIC	BRAND NAME	ADULT STARTING DOSE	MAX	EXCEPTION	SAFETY MARGIN	TOLERABILITY	EFFICACY	SIMPLICITY
Bupropion -IR	Wellbutrin - IR	200 mg	450 mg	Reduce dose for the elderly & those with renal or hepatic failure	Seizure risk at doses higher than max. Drug /drug interactions uncommon.	Rarely causes sexual dysfunction.	Response rate = 2 – 4 weeks	BID / TID dosing. Requires dose titration.
Bupropion -SR	Wellbutrin - SR	150 mg	400 mg					
<p>Least likely antidepressant to result in a pt becoming manic. Do not use if there is a history of seizure disorder, head trauma, bulimia or anorexia. Can work in TCA nonresponders.</p>								
<b>TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS (TCAs) – Mainly Serotonin Reuptake Inhibitors</b>								
GENERIC	BRAND NAME	ADULT STARTING DOSE	MAX	EXCEPTION	SAFETY MARGIN	TOLERABILITY	EFFICACY	SIMPLICITY
Amitriptyline*	Elavil, Endep*	50 - 100 mg	300 mg	Reduce dose for those with renal or hepatic failure	Serious toxicity can result from OD. Slow system clearance. Can cause multiple drug/ drug interactions.	Sedation, increased anticholinergic effects, orthostatic hypo-tension, cardiac conduction disturbances, arrhythmia & wt gain, dizziness, sexual dysfunction.	Response rate = 2 – 4 weeks Therapeutic Levels: Imipramine 200-350 ng/mL	Can be given QD. Monitor serum level after one week of treatment.
Imipramine*	Tofranil*	75 mg	300 mg					
Doxepin*	Sinequan*	75 mg	300 mg					
<p><b>These antidepressants are not recommended for use in the elderly.</b> Highest response rates. TATCAs useful in chronic pain, migraine headaches &amp; insomnia.</p> <p>* Tertiary Amine Tricyclic Antidepressants (TATCAs).</p>								
<b>TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS (TCAs) – Mainly Norepinephrine Reuptake Inhibitors</b>								
GENERIC	BRAND NAME	ADULT STARTING DOSE	MAX	EXCEPTION	SAFETY MARGIN	TOLERABILITY	EFFICACY	SIMPLICITY
Desipramine *	Norpramin*	75 - 200 mg	300 mg	Reduce dose for the elderly & those with renal or hepatic failure	Serious toxicity can result from OD. Reserve Maprotiline as a second-line agent due to risk of seizures at therapeutic & nontherapeutic doses.	Generally Good.	Response rate = 2 – 4 weeks Therapeutic Levels: Desipramine 125-300 ng/mL Nortriptyline 50-150 ng/mL	Can be given QD. Can start effective dose immediately. Monitor serum level after one week of treatment.
Nortriptyline	Aventyl/Pamelor	50 mg	150 mg					
<p><b>Consider Desipramine or Nortriptyline first in the elderly if TCAs are necessary.</b></p> <p>* Secondary Amine Tricyclic Antidepressants (SATCAs)</p>								

**Beispiel 64: Arzneimittelinteraktionen**

LL 19 VHA pharmacologic [S.28]

Ausgewählt wegen, der übersichtlichen Darstellung der Interaktionsmechanismen.

PRECIPITANT DRUG	OBJEKT DRUG	DESCRIPTION
Bupropion	Carbamazepine	The plasma concentration of bupropion may decrease. Although this interaction is not well documented, it would be prudent to monitor for altered bupropion response if CBZ is initiated, discontinued, or changed in dosage
Bupropion	Valproic acid	Bupropion may increase serum valproic acid levels
Bupropion	Levodopa	A higher incidence of adverse experiences occurs with concurrent use of these agents. Use small initial doses and small gradual dose increments of bupropion
Nefazodone	Benzodiazepines	Substantial and clinically import increases in plasma concentrations of alprazolam and triazolam have occurred. ↓ initial dose of alprazolam by 50 %, ↓ initial dose of triazolam by 75 % when coadministered with nefazodone. Lorazepam was not affected
Nefazodone	Haloperidol	Haloperidol clearance was decreased by 35 % with no significant increase in peak plasma concentrations or time to peak
Nefazodone	Pimozide	Plasma levels of pimozide may be increased, resulting in QT prolongation or torsades des pointes, sometimes fatal. Do not use concurrently
Bupropion Nefazodone Venlafaxine Mirtazapine	MAOIs	Refer to Appendix 9a for drug interaction and for washout period
Nefazodone	Cisapride <sup>d</sup>	Plasma levels of cisapride, may be increased, resulting in QT prolongation or torsades de pointes, sometimes fatal. Do not use concurrently.
Nefazodone	Digoxin	$C_{max}$ 9 $C_{min}$ and AUC of digoxin were increased by 29 %, 27 %, and 15 % respectively in one study. Monitor digoxin levels
Nefazodone	Simvastatin, Lovastatin	Case reports of resultant myositis and rhabdomyolysis when nefazodone added to simvastatin or lovastatin
Nefazodone	Propranolol	↓ propranolol concentration. ↑ in m-cpp metabolite of nefazodone. No initial changes in drug dosage necessary; any future changes should be based on clinical response
Nefazodone	Cyclosporine, Tacrolimus	May inhibit the metabolism of tacrolimus or cyclosporine

<sup>a</sup> Drug Facts and Comparisons. 2000 by Facts and Comparisons, St. Louis, Missouri  
<sup>b</sup> Hansen and Horns Drug Interactions Analysis and Management. Hansten PD, Horn JR eds.; 1999 by Facts and Comparisons, St. Louis, Missouri  
<sup>c</sup> List is not be all inclusive  
<sup>d</sup> Cisapride was recently withdrawn from the market although it will still be available to select patients trough manufacturers patient enrollment program

**Beispiel 65: Therapiekontrolle**

LL 5 AkdÄ [S. 10]

Ausgewählt, weil hier die wesentlichen der im Verlauf der Pharmakotherapie durchzuführenden Maßnahmen dargestellt werden.

**Tabelle 7: Klinische und Laboruntersuchungen als Voraussetzung für eine sichere Pharmakotherapie Vor Beginn der Akutbehandlung**

**1. Bei NSMRI**

Allgemeine körperliche Untersuchung, orientierende neurologische Untersuchung, RR, Leber- und Nierenfunktion, Differentialblutbild, u. U. insbesondere bei älteren Patienten EKG

**2. Bei Mianserin**

wie 1., Normwerte der Leukozyten sind Voraussetzung für einen Therapiebeginn

**3. Bei Viloxazin, Trazodon, SSRI, MAO-Inhibitoren**

wie 1.

**Im Therapieverlauf:**

Empfohlen werden: 14tägige Kontrollen von Blutbild und Leberwerten während der ersten drei Monate; sie sind (außer bei Mianserin) nicht obligat. Im übrigen richtet sich das Vorgehen individuell nach den beim jeweiligen Patienten vorliegenden Ausgangswerten und Vorerkrankungen (z. B. EKG). Bei Verdacht auf Non-Compliance bzw. Therapieresistenz Blutspiegelbestimmung.

**Bei Lithiumbehandlung:**

Zu Beginn: wie 1., zusätzlich Schilddrüsenhormone (T<sub>4</sub>, TSH basal). Während der Einstellphase wöchentliche Li-Serumspiegelkontrollen. Im Verlauf: Li-Spiegelkontrollen alle 4–12 Wochen, bei allen Zuständen, die den Wasser- und Elektrolythaushalt verändern und bei UAW- bzw. Intoxikationsverdacht (verstärkter Tremor, Ataxie, Durchfall, Erbrechen, Bewußtseinsstörungen). Bei allen Konsultationen klinische Untersuchung auf euthyreote Struma (Halsumfang etc.) und Hypothyreosezeichen. Kreatininbestimmung und Schilddrüsenparameter sowie orientierender Harnstatus alle 6–12 Monate.

**Beispiel 66: Stufenschema bei Non-Respondern**

LL 7 CPA [S. 50]

Ausgewählt wegen der abgestuften, übersichtlichen Vorgaben. Eine Abbildung in Form eines Stufendiagramms wäre wünschenswert.

<b>Recommendations for Managing Nonresponse to an Antidepressant</b>	
(see Table 4.6)	
Once an antidepressant is selected, an initial improvement (at least 20% reduction in depression scores) should be seen within 3 to 4 weeks. Otherwise, the following interventions are indicated:	
First-line treatments	● Optimize the antidepressant by increasing the dose as tolerated (Level 2 evidence).
Second-line treatments	● Switch to an antidepressant with a different neurochemical action (Level 2 evidence). ● Augment with lithium or triiodothyronine (T <sub>3</sub> ) (Level 1 evidence).
Third-line treatments	● Switch to an antidepressant with a similar neurochemical action (Level 2 evidence). ● Augment with buspirone or an atypical antipsychotic such as olanzapine (Level 2 evidence). ● Combine with an other antidepressant (Level 3 evidence).
Not recommended	● Augment with pindolol (Level 2 evidence).

**Beispiel 67: Erhaltungstherapie**

LL 7 CPA [S.51]

Ausgewählt wegen der risikoadaptierten Übersicht zum Langzeitmanagement und Vorgehen zur Beendigung. Wünschenswert wäre ein Verweis auf substanzgruppenadaptierte Empfehlungen.

<b>Recommendations for Maintenance Pharmacotherapy</b>
(see Table 4.6)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• All patients should be maintained on antidepressants for at least 6 months after clinical remission (Level 1 evidence).</li> <li>• Patients with the following risk factors should be maintained on antidepressants for at least 2 years: older age, psychotic features, chronic episodes, recurrent episodes (3 or more life time), frequent episodes (2 or more in 5 years), difficult-to-treat episodes, and severe episodes (Level 2 evidence).</li> <li>• The antidepressant dosage in the maintenance phase should be the same as in the acute phase (Level 2 evidence).</li> <li>• Antidepressants should be tapered slowly to avoid discontinuation symptoms (Level 3 evidence).</li> </ul>

**Beispiel 68: Empfehlungen zum Wechsel der Antidepressiva**

LL 7 CPA [S.52]

Ausgewählt wegen der umfangreichen Informationen und Hinweise zur Vermeidung von Interaktionen beim Wechsel von Antidepressiva. Eine übersichtlichere graphische Darstellung wäre wünschenswert.

<b>Table 4.5 Washout recommendations for switching antidepressants</b>					
Switching from	Switching to				
	SSRI	Novel (mixed action)	TCA	RIMA	MAOI
SSRI	No washout	No washout	No washout	1 week	1 week
Citalopram	Be aware of additive	Be aware of additive	Be aware that SSRIs can	Some data indicate	(5 weeks
Fluoxetine	serotonergic effects for up	serotonergic effects for up	increase serum TCA	that an SSRI and RIMA	for fluoxe-
Fluvoxamine	to 1 week after stopping	to 1 week after stopping	levels for up to 1 week	can be safely combined,	tine)
Paroxetine	SSRI	SSRI	after stopping SSRI	but this requires	
Sertraline	(5 weeks for fluoxetine)		(5 weeks for fluoxetine)	specialist input.	
Novel (mixed action) antidepressants	No washout	No washout	No washout	3–5 days	1 week
Bupropion SR		Venlafaxine should be	TCA should be started at	No washout with	
Mirtazapine		started at a lower dose to	a lower dose to avoid	burping	
Nefazodone		avoid additive	additive noradrenergic		
Trazodone		noradrenergic effects	effects		
Venlafaxine		Bupropion should be			
Venlafaxine XR		started at a lower dose to			
		avoid additive			
		noradrenergic effects			
TCA	No washout	No washout	No washout	No washout	1 week
Amitriptyline	Be aware that SSRI can	Venlafaxine should be			
Desipramine	increase serum levels of	started at a lower dose to			
Imipramine	TCAs for up to 1 week	avoid additive			
Nortriptyline	after stopping TCA.	noradrenergic effects			
and others	Be aware of additive	Bupropion should be			
	serotonergic effects when	started at a lower dose to			
	switching from	avoid additive			
	clomipramine to SSRIs.	noradrenergic effects			
RIMA					
Moclobemide	3 days	3 days	3 days	Not applicable	3 days
MAOI					
Phenelzine	2 weeks	2 weeks	2 weeks	2 weeks	2 weeks
Tranlycypromine					

SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; TCA = tricyclic antidepressant; RIMA = reversible inhibitor of MAO-A; MAOI = monoamine oxidase inhibitor.

**Beispiel 69: Ernährungsempfehlungen**

LL 19 VHA pharmacologic [S.30]

Ausgewählt wegen der abgestuften Vorgehensweise.

Absolutely restricted	Aged cheeses, improperly stored or spoiled meat, fish, or poultry products, aged/cured meats (eg. salami, pastrami, mortadella) marmite, soy sauce, soy bean condiments, broad bean pods (fava beans), tap beer
Moderate use only	No more than 24oz/day of bottle/can beer from major domestic breweries (includes nonalcoholic varieties, red or white wine, soy milk)

<sup>a</sup> Adapted from Gardner et al 1996

**D.5.6 Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren**

Bei der komplexen Therapie von chronischen Krankheiten kommen gelegentlich auch weniger bekannte Therapieformen zum Einsatz. Dabei können diese bei indikationsgerechter Therapie nutzbringend eingesetzt werden.

Einige der seltenen Therapieformen versprechen je nach Orientierung (naturheilkundlich oder technisch/operativ) des Patienten und Arztes die alleinige Lösung zur Therapie. Sie werden daher viel diskutiert und von Patienten nachgefragt, obwohl sie kaum erforscht sind. Einzelne dieser Therapieformen kommen wiederum nur bei speziellen Sonderformen von Depression in Frage (z. B. Elektrokrampftherapie, Lichttherapie, Schlafentzug, Vagusnervstimulation).

Problem:

- In vielen Leitlinien wird kaum auf wirksame ergänzende Therapieverfahren hingewiesen und entsprechende Indikationen und Kontraindikationen beschrieben.
- Auf obsoletere Verfahren wird kaum eingegangen.

Vorschlag:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte auch auf die seltenen Therapieformen im Hinblick auf Anwendbarkeit, Nutzen und Schaden hinweisen. Dabei ist insbesondere bei diesen auch auf Therapieformen einzugehen, die zurzeit nicht für die (allgemeine) Anwendung empfohlen werden können.
- Neben klaren Kriterien zur Indikationsstellung sollten hier die zur Durchführung notwendigen Voraussetzungen (z. B. Qualifikation der Anwender, Setting, Nachsorge) benannt werden.
- Auf obsoletere Vorgehensweisen und Verfahren ist in einer Leitlinie hinzuweisen.
- Die Evidenzen, die zur Empfehlung der ergänzenden aber auch zur Nichtempfehlung der obsoleten Therapieverfahren führen, sind anzugeben.

**Beispiel 70: Übersicht zu anderen / seltenen Therapien**

LL 7 CPA [S.55]

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Darstellung aktuell diskutierter aber seltener Therapieformen.

**Recommendations for Other Biological Treatments**

(see Table 4.6)

- .....
- Sleep deprivation is an effective transient treatment for depressive disorders (Level 2 evidence). Response may be maintained using medications (for example, antidepressants, lithium, or pindolol) or bright light (Level 2 evidence). Sleep deprivation may be most useful as an adjunctive treatment in hospitalized patients.
- Exercise alone may be effective in patients with mild depression (Level 2 evidence) and can be used as an adjunctive treatment to first-line treatments (Level 3 evidence).
- Limbic surgery (psychosurgery) has limited evidence for efficacy but may be considered for the most refractory and chronic cases (Level 3 evidence).
- Transcranial magnetic stimulation (TMS) and vagus nerve stimulation (VNS) are promising new biological treatments, but there is too little evidence to warrant recommendations for general clinical use (Level 2 and 3 evidence).
- 

**Beispiel 71: Indikationsstellung**

LL 7 CPA [S.55]

Ausgewählt wegen prägnanter Nennung von wesentlichen Indikationen unter Verweis auf Nebenwirkungen.

**Recommendations for Electroconvulsive Therapy**

(see Table 4.6)

- Electroconvulsive therapy (ECT) is an effective treatment for major depressive disorder (MDD) (Level 1 evidence).
- Indications for ECT include acute suicidal risk, severe physical deterioration, psychotic features, refractoriness to medications, and patient preference.
- Unilateral electrode placement requires suprathreshold doses of ECT (Level 2 evidence).
- Side effects of ECT are generally mild, with evidence for a transient, short-term memory disturbance (Level 2 evidence).

**Recommendations for Light Therapy**

(see Table 4.6)

- Light therapy is an effective treatment for recurrent major depressive disorder (MDD) with a seasonal pattern, of mild- to-moderate severity (Level 1 evidence).
- An adequate trial of light therapy should be 2 to 4 weeks of 10 000 lux fluorescent light for 30 minutes daily, in the early morning (Level 2 evidence).
- Patients usually need to continue daily light therapy through out the winter and can discontinue treatment in the summer (Level 3 evidence).
- There is insufficient evidence regarding the efficacy of light therapy for long-term or maintenance use.



### D.5.7 Therapie von Komorbidität

Bei der Komorbidität wird unterschieden zwischen psychiatrischer Komorbidität und somatischer Komorbidität. Somatische Erkrankungen und deren (Pharmako-)therapie können eine Depression verursachen oder verschlimmern. Ferner können somatische Erkrankungen im Verlauf und Prognose durch die Depression verschlimmert werden.

Neben der Diagnose und Differenzialdiagnose (siehe Kapitel D.3.6) ist daher auch die Therapie der Komorbiditäten und der Einfluss eventueller somatischer Erkrankungen bei der Therapie der Depression zu beachten.

#### Problem:

- In Leitlinien wird auf die Einflussfaktoren der Komorbidität meist nur unzureichend hingewiesen, je nach Autor / Zielgruppe und verfolgtem therapeutischen Ansatz fehlen oft ganze Bereiche in der Betrachtung.
- Begleitende somatische Erkrankungen werden unzureichend berücksichtigt, es fehlen oft auch Hinweise zu Interaktionen mit Therapien von Erkrankungen hoher Prävalenz (z. B. KHK oder Diabetes mellitus).

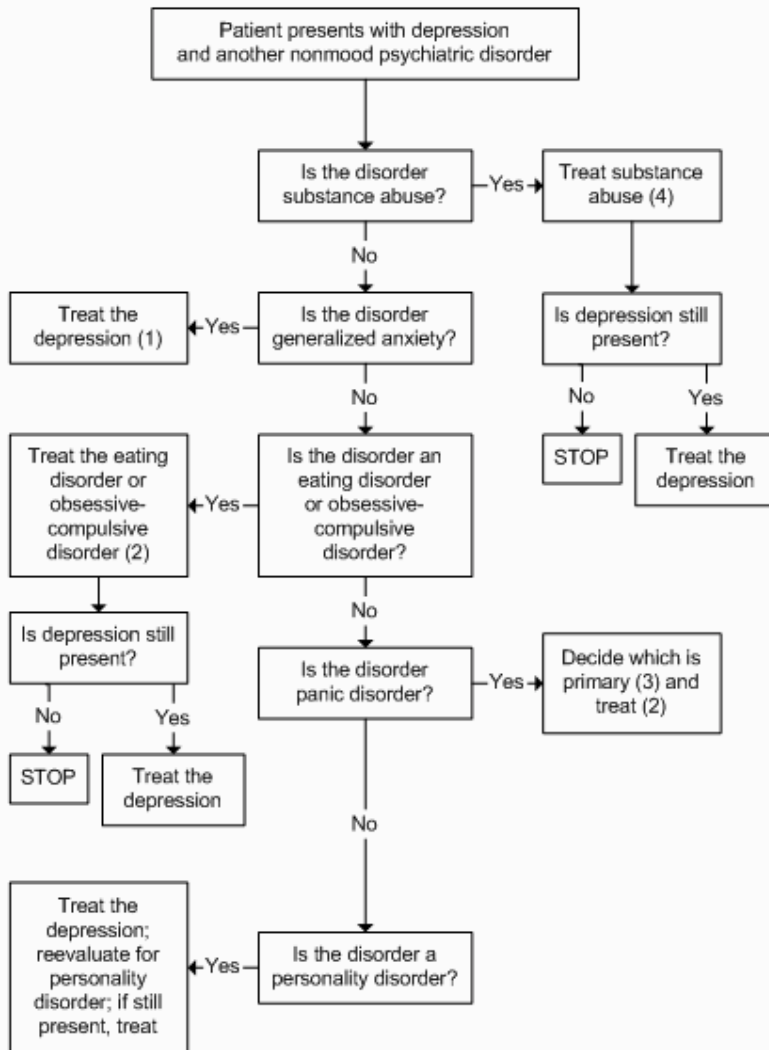
#### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte die notwendige spezifische bzw. ergänzende Therapie der psychiatrischen und somatischen Komorbidität berücksichtigen. Für den Fall, dass die Depression die komorbide Erkrankung ist, sollte - wenn möglich - auf geeignete Instrumente (z. B. Leitlinien) und Einrichtungen zur Therapie der jeweiligen Grunderkrankung verwiesen werden.
- Auf Interaktionen zwischen der Therapie der Depression und der Therapie der Komorbidität bzw. somatischen Erkrankung ist hinzuweisen.

**Beispiel 72: Psychiatrische Komorbidität**

AHCPR [Vol. 1; Quick Reference Guide for Clinicians - Fig. 4]  
Aufgeführt wegen der Darstellung als Flowchart.

**Figure 4. Relationship between major depressive and other current psychiatric disorders**



(1) When the depression is treated, the anxiety disorder should resolve as well.

(2) Choose medications known to be effective for both the depression and the other psychiatric disorder.

(3) Primary is the most severe, the longest standing by history, or the one that runs in the patient's family.

(4) In certain cases (based on history), both major depression and substance abuse may require simultaneous treatment.

**Weitere Beispiele zu Komorbidität siehe auch:**

=> Beispiel 15: Komorbiditäten und Folgeerkrankungen

=> Beispiel 22: Komorbiditäten

### D.5.8 Depression in speziellen Gruppen

Einige herausgehobene Patientengruppen bedürfen auf Grund der spezifischen Prävalenz der Krankheitsursache, (somatischer und psychiatrischer) Komorbidität, Lebenserwartung oder sozialer Umgebung, spezifischer Diagnostik und Therapieverfahren.

Viele Verfahren sind nur an „Normalpatienten“ im Hinblick auf ihren Nutzen und Nebenwirkungen evaluiert worden, sodass häufig eine therapeutische Unsicherheit besteht.

#### Problem:

- In den Leitlinien werden zum Teil die Anforderungen an altersspezifische Gruppen detailliert vorgestellt. Auf andere Zielgruppen wie Schwangerschaftsdepression oder Patienten mit spezifischer psychiatrischer oder somatischer Komorbidität wird dagegen nur hingewiesen, obwohl diese auch nicht (z. B. in der Definition des Anwendungsbereichs) von der Anwendung der Leitlinie ausgenommen wurden.
- Die Anforderungen an die Behandlung einiger Patientenpopulationen sind so speziell, bzw. diese so selten, dass durch die Formulierung von spezifischen Empfehlungen für jede dieser Gruppen die Anwendbarkeit einer Leitlinie erschwert wird.
- Die in Leitlinien genutzte und dargelegte Evidenz bezieht sich in der Regel auf eine Studien (Normal-)population.

#### Vorschlag:

- Die Berücksichtigung von Empfehlungen für spezielle Populationen sollte in einer Leitlinie „Depression“ nach Prioritäten (z. B. epidemiologische, gesundheitsökonomische Kriterien oder Patientengruppen bei denen durch die Abweichung vom Management des „Normalpatienten“ ein hohes Gefährdungspotenzial besteht) erfolgen.
- Auf besondere Patientengruppen muss hingewiesen werden. In der Leitlinie sind die notwendig zu beachtenden Besonderheiten in der Diagnostik und Therapie übersichtlich darzustellen. Wenn eine Patientenpopulation (z. B. Kinder- und Jugendliche) nicht vom Anwendungsbereich der Leitlinie erfasst wird, sollte möglichst auf geeignete Leitlinien verwiesen werden.
- Auf die lückenhafte Evidenz bei der Diagnostik / Therapie besonderer Populationen und die mangelnde Übertragbarkeit der Studienergebnisse sowie der Erfahrungsberichte ist hinzuweisen. Bei hoher Prävalenz des Problems sollte auch der notwendige Forschungsbedarf dargestellt werden.

#### **Beispiel 73: Besondere Patientengruppen**

LL 7 CPA [S.72]

Ausgewählt wegen des lösungsorientierten Ansatzes unter Hinweis auf fehlende Studien zu Langzeitnebenwirkungen, dem Prinzip der „besten verfügbaren Evidenz“ folgend, trotzdem mögliche Medikamente zu empfehlen.

#### **Recommendations for the Treatment of Depression During Breast-Feeding**

(see Table 6.3)

- Data regarding antidepressants during breast-feeding are limited. Long-term developmental effects are unknown.
- Preliminary safety data do not contraindicate the use of several tricyclic antidepressants (TCAs) (amitriptyline, desipramine, and nortriptyline) as well as several selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) (citalopram, fluoxetine, paroxetine, and sertraline) (Level 2 evidence).

#### D.5.9 Notfallmaßnahmen / Prävention von Notfällen

Neben dem Notfall „Suizidgefährdung“ (siehe Kapitel D 5.10 Management bei Suizid(-gefährdung)) ergeben sich bei der Therapie der Depression weitere zu beachtende Notfallsituationen, die insbesondere bei Vorliegen von (internistischer) Multi- und Komorbidität den Patienten genauso vital gefährden können. Die mangelnde Erfassung und Berücksichtigung von psychiatrischen Komorbiditäten (z. B. Alkohol- und Drogenabhängigkeit) kann zu unerwarteten, bedrohlichen Medikamenteninteraktionen führen. Durch Berücksichtigung der Vorerkrankungen des Patienten bei der Auswahl der Therapie und entsprechend angepassten Maßnahmen zur Therapiekontrolle lassen sich diese Notfälle häufig vermeiden.

##### Problem:

- Viele Leitlinien berücksichtigen nicht, dass die Patienten im Rahmen der chronischen Therapie häufig nur an einen (spezialisierten) Therapeuten angebunden sind, der als erster und einziger die Warnzeichen drohender Komplikationen registriert.
- In den meisten Leitlinien fehlen Hinweise zur Risikobeurteilung /-reduktion therapeutischer Maßnahmen.

##### Vorschlag:

- Die notwendigen diagnostischen Maßnahmen zur Prävention von Notfällen durch vermeidbare Therapieinteraktionen (z. B. Pharmakotherapie) sind aufzuführen.
- Auf wegweisende Symptome (auch fachfremder Erkrankungen) einer akuten Gefährdung ist hinzuweisen, und die sofort einzuleitenden Maßnahmen zur Diagnostik und Notfalltherapie sind zu beschreiben.
- Bei kritischen Therapieverfahren ist auf ein erhöhtes Anwendungsrisiko explizit hinzuweisen, die zur Prävention von Notfällen einzuleitende notwendige Erst- und Verlaufsdagnostik ist aufzuführen.

**Beispiel 74: Prävention von Therapiekomplikationen**

LL 18 VHA major-depressive-disorder [Appendix 8 A - S.165 f.]

Ausgewählt wegen der ausführlichen Liste von expliziten Warnhinweisen, die vor Anwendung der Therapie zu beachten sind. In der Leitlinie wird auf die notwendige Diagnostik verwiesen.

**Management of Major Depressive Disorder in Adults  
Appendix 8. Electro-convulsive Therapy**

**Contraindications Or Conditions Associates With Increased Risk In ECT**

- Contraindication - Space occupying cerebral lesion or other condition resulting in elevated intracranial pressure –confers added risk of brainstem herniation.
- Caution - Significant cardiovascular problems such as recent myocardial infarction, severe cardiac ischemic disease or profound hypertensive illness (whatever the cause). Simultaneous stimulation of both the sympathetic and parasympathetic systems result in changes in cardiac output and heart rate in the ictal and immediate post –ECT period, causing added risk of transient arrhythmias, cardiac ischemia and profound hypertension, conferring greater health risk in susceptible individuals.
- Caution - Recent intracerebral hemorrhage, or patients with bleeding or unstable vascular aneurysms or malformations.
- Caution - Degenerative diseases of the axial or appendicular skeleton – use of anesthetic and muscle relaxant techniques have added to the safety profile of ECT in these individuals.
- Patient currently taking monoamine oxidase inhibitor medication (MAOi). Ideally, MAOi's should be discontinued two weeks prior to initiating ECT in order to prevent threatening hypertensive changes during treatment as described above.
- Caution – Patient currently taking lithium. May result in neurotoxic syndrome marked by increased mental confusion, disorientation and unresponsiveness.
- High Anesthesia risk – American Society of Anesthesiologists level 4 or 5. The basic pre-ECT workup may be varied, but should generally reflect those concerns presented above.

**The basic components of the pre-ECT evaluation involve:**

1. Complete diagnostic history, mental status examination, and physical examination
2. Review of the patients past and current medical illnesses and treatments rendered
3. Formulation of a patient-specific risk-benefit inventory with comparison of ECT to other forms of treatment
4. Determination of the setting of ECT administration (inpatient versus outpatient)
5. If ECT is indicated, obtaining written consent from the patient after reviewing the benefits and risks or ECT, along with an explanation detailing other available therapeutic options
6. Initiating a medical workup as necessary in order to further assess and minimize risk to the patient
7. Anesthesia evaluation.

**As a general guideline, the following studies may be considered, time permitting:**

- Complete blood count
- Serum electrolytes
- Electrocardiogram
- CNS imaging - consider especially if there is suggestion of presence of aforementioned CNS pathology. May appear in the form of CT or MRI, usually within the past year
- Baseline clinical assessment of cognitive functioning
- Spinal x-ray - Not generally recommended, but consider especially in cases where there is a history of musculoskeletal symptoms or disease
- Urinalysis
- Blood urea nitrogen and creatinine
- Chest x-ray (PA and lateral)
- Other testing where necessary.

### D.5.10 Management bei Suizid(-gefährdung)

Suizidgedanken bestehen bei 2/3 der Patienten mit Major Depression, 15 % planen einen Suizid [21]. Angesichts der schweren Beeinträchtigungen für die Patienten in psychosozialen Funktionen und ihrem Lebenserfolg stellt die hohe Suizid-Mortalität bei der Erkrankung eine große Herausforderung an Diagnostik, Schweregradabschätzung, Prognose und Rezidivprophylaxe. Die verschiedenen Versorgungsebenen sind bezüglich des Managements dieses psychiatrischen Notfalls wegen des relativ seltenen Vorkommens in ihrer Institution unvorbereitet bzw. zum Teil auch überfordert.

#### Problem:

- In Leitlinien finden sich häufig nur allgemeine Hinweise auf das Problem, wobei hier wieder häufig nur Listen von Prädiktoren dargestellt werden.
- Das Management von chronisch suizidalen Patienten wird trotz seiner Bedeutung in vielen Leitlinien nur unzureichend beschrieben.

#### Vorschlag:

- Die zur Abschätzung der Risikofaktoren und des Schweregrades notwendigen Aspekte (z. B. internistische Begleiterkrankungen, psychiatrische Komorbidität, genetische Faktoren) sollen in einer Leitlinie benannt und in ihrer Wichtigkeit bewertet werden.
- Aus der Bewertung der Suizidalität sollte die für die Therapie notwendige Versorgungsebene zu entnehmen sein.
- Die Intervalle für die Beobachtung suizidaler Patienten und die Suizidprophylaxe unter Berücksichtigung der Sonderformen affektiver Erkrankungen sollten beschrieben werden.
- Auf die Besonderheiten bei der Therapie chronisch Suizidaler ist hinzuweisen.
- In einer Leitlinie müssen die Maßnahmen des besonderen Managements (z. B. Einschränkung der Persönlichkeitsrechte) auch mit der gültigen Rechtssprechung abgeglichen sein. (siehe Kapitel D.6.1 Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung)

#### **Beispiel 75: Management der Suizidalität**

LL 7 CPA [S.25 f.]

Ausgewählt wegen der kurzen knappen, aber praxisnahen Ausführung zum Problem des Suizidmanagement.

#### **7. What are the clinical principles for suicide management?**

##### Recommendations for Psychiatric Management

- Assess suicide risk at every evaluation.
- Aim for full remission of symptoms and return to baseline psychosocial function.
- Plan 2 phases of treatment:
  - acute phase (8–12 weeks) to achieve remission of symptoms,
  - maintenance phase (at least 6 months, but of ten longer) to prevent relapse/recurrence.
- Monitor response using validated outcome measures.
- Reevaluate treatment at least every 4 weeks if there is no response.

#### **8. What are the clinical principles for inpatient management?**

##### Recommendations for Inpatient Management

- View management as a continuum of overlapping assessment, treatment, and discharge phases.
- Restore personal safety and improve functional capacity to facilitate the transfer to outpatient care.
- Involve the patient and community health care workers in discharge planning.
- Recognize that the immediate post discharge period is a time of increased risk for suicide.

#### **9. What are the important medical-legal issues?**

.....

<sup>21</sup> Duodecim Finish Medical Society. Major depressive disorder. Available from: URL: <http://www.ebm-guidelines.com>

**Beispiel zur Bewertung der Suizidalität siehe auch:**

=&gt; Beispiel: 19 Diagnostik des Subsyndroms Suizidalität

**D.5.11 Compliance**

Compliance ist das Maß der Übereinstimmung zwischen Therapiedurchführung und Therapiestandard (z. B. ärztliche Empfehlung, selbst gesetztes Ziel der Lebensstiländerung oder Lebensstandard). Compliance ist ein wichtiger Aspekt im Betreuungskonzept depressiver Störungen. Complianceraten schwanken je nach Untersuchungsmethode (Interview, Fremdbeobachtung, Bestimmung von Medikamentenspiegeln) erheblich.

Problem:

- Ebenso wie bei somatischen Erkrankungen stellt Non-Compliance im Betreuungskonzept depressiver Störungen ein signifikantes Problem dar, wird jedoch von nur wenigen Leitlinien als solches erkannt.
- Diagnostik und Therapie führen zu Belastungen beim Patienten, diese werden von ihm unterschiedlich aufgenommen und führen zu unterschiedlichen Verhaltensmustern. Dabei kann der Einfluss (z. B. beim therapeutischen Bündnis) auf die Compliance zu stärkeren Auswirkungen beim Therapieerfolg führen als der Nutzen, der sich aus der „korrekten“ Durchführung der Empfehlung ergibt. Eine systematische Erfassung der Compliancefaktoren und deren Einfluss auf das Therapieergebnis erfolgt nicht.

Vorschlag:

- Autoren einer Leitlinie „Depression“ sollen compliancehemmende Faktoren im Management depressiver Störungen darstellen und Lösungen aufzeigen.
- Es sollten neben der Therapie-Compliance alle Felder einer erforderlichen Patientenmitwirkung (z. B. Schulung des Patienten in der korrekten Medikamenteneinnahme) genannt werden.
- Messverfahren zur regelmäßigen Überprüfung von Motivation und Compliance sind zu nennen und zu bewerten. Dabei sollten auch kritische Schwellen für Compliance-Koeffizienten genannt werden.

**Beispiel 76: Berücksichtigung der Compliance**

LL 6 BAP [S.11]

Ausgewählt wegen prägnanter Empfehlungen zur Compliancekontrolle mit Angabe der Evidenz.

**RECOMMENDATIONS: ACUTE MANAGEMENT**

Review patients every one to two weeks following commencement of antidepressant treatment (C). Telephone consultation and the use of suitably trained non-medical staff may appropriately take the place of some medical consultations (D).

At each review, response, compliance with drug treatment, side effects and suicidal risk should be assessed (C).

Educate patients about the nature of depressive disorders and the side effects and benefits of medication (A).

Limit the total amount of antidepressant drug available to the patient to reduce risk if taken in overdose (D).

When prescribing an older TCA, or a drug requiring dose titration, increase the dose every 3-7 days to allow adjustment to side effects (C).

Aim for a target dose for which there is established efficacy (usually 125 mg or above for most older TCAs but lower in the elderly) (C).

If a patient has responded to a lower than target dose of an antidepressant still increase the dose to one of established efficacy, if possible, to reduce the likelihood of relapse in continuation treatment (D). Where this is not possible continue the drug at the same dose and monitor the patient for relapse (D).

Dysthymia: treat using the same principles as for major depression (D).

#### D.5.12 Familienmedizin / Beratung Angehöriger

Familienmedizin sollte nicht als Psychotherapiemethode (z. B. Egetherapie) missverstanden werden. Familienmedizin umfasst vielmehr als (haus-)ärztliche Maßnahme die somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes. Auch wenn diese Beratung viele soziotherapeutische Maßnahmen beinhaltet, sind diese von der eigentlichen Soziotherapie, wie sie beispielsweise im Rahmen der spezifischen Maßnahmen zur Rehabilitation (= > siehe Kapitel D.5.15) durchgeführt wird, abzugrenzen.

##### Problem:

- Auf die Einbeziehung der Familie/Angehörigen bei der Depression wird oft nur am Rande eingegangen, obwohl sich Familienmitglieder häufig über die Diagnostik und Therapie der Erkrankung informieren wollen und auch bei der Therapie in geeigneter Weise eingreifen möchten.
- Es wird nicht auf krankheitsauslösende Faktoren hingewiesen, die nur im Zusammenarbeit mit Angehörigen, teilweise aber auch mit Mitarbeitern am Arbeitsplatz beseitigt werden könnten.
- Auf therapeutische Interaktionen und Belastung der Angehörigen infolge „Komorbidität von Angehörigen“ wird nicht hingewiesen.

##### Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte auf die Indikation und Ziele familienmedizinischer Interventionen hinweisen, dabei ist auch auf mögliche Probleme der Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld und Kontraindikationen hinzuweisen.
- Es sollte zwischen der Therapie durch Angehörige und Therapie der Angehörigen, der Vermittlung von Hilfen, psychosoziale Beratung und Maßnahmen der Soziotherapie (z. B. Arbeitsmilieuunterstützung) unterschieden werden.
- Die Bedeutung und Funktion der Familienberatung (auch als präventive Maßnahme) ist darzustellen.
- Bei Empfehlungen zu Therapie- und Prophylaxemöglichkeiten im sozialen Umfeld ist auf die Besonderheiten bei Schweigepflichtvorschriften und Fragen des Datenschutzes hinzuweisen.
- Spezielle, für Angehörige und Betroffene geschriebene Informationen und Handlungsanweisungen in einer nichtmedizinischen „Umgangssprache“ sollten erstellt werden. Sie sollen neben der Information über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten eine Anleitung für das Gespräch mit dem Therapeuten geben, die Angabe von Kontaktadressen mit Telefonnummern ist hilfreich.



#### D.5.13 Schulung von Patienten und Angehörigen

Die Abgrenzung zwischen Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen ist häufig unpräzise. (Therapeutische) Schulungsmaßnahmen sind als pädagogische Vorgehensweisen definiert, es erfolgt hier eine strukturierte Vermittlung von Lerninhalten, die sich an (therapeutischen) Lernzielen orientiert.

Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen werden evaluierte Schulungsprogramme als Teil der Therapie nur wenig genutzt, obwohl es auch hier solche gibt.

##### Problem:

- In den Leitlinien der Depression wird auf die Bedeutung und sinnvollen Einsatz von Schulungsmaßnahmen als Teil der Therapie nur wenig eingegangen.
- Es erfolgen auch keine zielgruppengerechte (Patient / Angehöriger), differenzierte Vorgaben der Inhalte und Angaben der zur Umsetzung solcher Schulungsangebote notwendigen Ressourcen.

##### Vorschlag:

- In einer Empfehlung von Schulungsmaßnahmen sind die Zielgruppe (Patienten und/ oder Angehörige) und die Lernziele zu nennen sowie auf geeignete Schulungshilfen (z. B. Zusammenfassung von Schulungsmaterialien) zu verweisen. Diese Schulungsmaterialien sollten die gleichen methodischen und inhaltlichen Qualitätskriterien erfüllen, wie sie auch für gute Patienteninformationen gelten.
- Die Schulung sollte neben allgemein verständlichen Informationen über die Erkrankung auch Informationen zu den Wirkweisen der Therapien und Verhaltenshinweise beinhalten.

**Beispiel 77: Schulungsinhalte/-ziele**

LL 14 NAC [S.32 f.]

Ausgewählt wegen der kurzen übersichtlichen Darstellung der Lerninhalte und Hinweisen zur didaktischen Umsetzung und zielgruppengerechter Verweis auf weiterführende Information.

*Initial Interventions***Education**

Education is an important component of the management of any Major Depressive Disorder and especially valuable in clarifying the person's uncertainty and misconceptions. The information provided will allow most people to gain greater control over their disorder and be able to recognise actions they can take, and when they need additional assistance from a healthcare worker. Where appropriate, and with the individual's permission, family members should also receive information that will help them to provide support through the treatment period and enable them to act appropriately should there be any relapse.

Education should be provided in short five minute sessions over a number of appointments and should be tailored to the individual's level of understanding and culture. Handouts and information pamphlets are particularly helpful. The following information is important:

- Major Depressive Disorder is not a weakness or a character defect.
- Recovery is the rule not the exception.
- Treatment is effective and there are many treatment options available. There is a suitable treatment for almost every person.
- The goal of treatment is to get well (100%) and be better placed to cope with emotional problems in the future.
- The rate of recurrence is quite high: 50% of people who have had one episode of Major Depressive Disorder will relapse, 70% of people who have had two episodes will relapse, and 90% of people who have had three episodes will relapse. Therefore continuation with treatment to avoid relapse is important .
- The individual and their family can be taught to recognise early warning signs of Major Depressive Disorder.
- By seeking early treatment after recognising these warning signs, the severity of the episode may be greatly reduced.

There are also a number of self-help books available that provide useful information about depression and strategies for both the person with depression and their friends and families for coping with it. These are available through public libraries and general book stores. Some examples of books include:

**The Silver Lining: How to Conquer Depression. A NZ Perspective** (1989), by Margaret Mourant. (Published by William Collins, Auckland).

This book includes a chapter on how other people can help the depressed person.

**The Depression Workbook** (1992), by Mary-Anne Copeland. (New Harbinger).

This book includes information for people with Bipolar Mood Disorder.

**I Can See Tomorrow** (1995), by Patricia Owen.

This can be purchased from book stores for around \$29.95, and is also available through Tandem Press (PO Box 34272 Birkenhead, Auckland, Ph 09 480 1452).

**Sharing the Load** (1996), by Gwendoline Smith. (Published by Random House).

#### D.5.14 Anforderungen an therapeutische und nicht-therapeutische Beratung durch Dritte (Selbsthilfegruppen; Lehrer) [awareness]

Selbsthilfegruppen haben sich trotz der Häufigkeit der Depressionserkrankung im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen (Sucht) bislang relativ selten etabliert. Sie existieren z.T. ausschließlich auf lokaler Ebene und sind daher für Patienten und Angehörige nicht uneingeschränkt erreichbar. Sie unterliegen keiner Qualitätssicherung oder einer persönlichen Verantwortung und können daher als Informationsquelle auch missbraucht werden. Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen wie auch andere Dritte (z. B. Lehrer/ Arbeitgeber) können ohne Schweigepflichtentbindung nicht in den Therapieprozess eingebunden werden.

##### Problem:

- Selbsthilfegruppen können ein Bestandteil eines Therapiekonzeptes sein, wobei jedoch das Vorhandensein von geeigneten, für den Patienten erreichbaren Selbsthilfegruppen nicht immer vorausgesetzt werden kann.
- Die Ergebnisse der Arbeit von Selbsthilfegruppen können auch zu dysfunktionalen Patientenverhalten beitragen.

##### Vorschlag:

- Eine Leitlinie „Depression“ muss berücksichtigen, dass Selbsthilfegruppen nicht immer verfügbar sind. Somit ist neben den Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch auf therapeutische Ersatzmaßnahmen hinzuweisen.
- Die strukturierte Einbindung Dritter in die Therapie erfordert neben klaren Vorgaben zu Zielen auch Hilfen zur organisatorischen Umsetzung (z. B. Kommunikation zwischen Therapeut und „Dritten“, ärztliche Schweigepflicht).
- Eine Leitlinie sollte auch auf die Rolle des Therapeuten bei der Implementierung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen eingehen.

### D.5.15 Rehabilitation

Die Voraussetzungen, Zielsetzungen und Methoden der Rehabilitation werden in Deutschland im Sozialgesetzbuch IX definiert. Nach § 2 SGB IX liegt eine Behinderung dann vor, wenn der körperliche, geistige oder seelische Gesundheitszustand eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sog. „Teilhabestörungen“, die als Folge von Funktionsbeeinträchtigungen im Kontext chronischer Erkrankungen auftreten, können nach der ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) klassifiziert werden.

Die Leistungen zur Teilhabe nach § 4 SGB IX umfassen die Sozialleistungen (d. h. in diesem Zusammenhang insbesondere die in den Depressions-Leitlinien beschriebenen Leistungen der Medizinischen Rehabilitation), um unabhängig von der Ursache der Behinderung:

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Die Kostenträger für Rehabilitationsmaßnahmen sind insbesondere die Krankenkassen, die Bundesanstalt für Arbeit, die gesetzlichen Unfallversicherungen, die Träger der Kriegsopferfürsorge und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit die Behinderung auch zu einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit führt. Nach § 19 SGB IX kann Rehabilitation je nach persönlichen Umständen in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Form erfolgen.

Nach § 26 SGB IX ist das Ziel der medizinischen Rehabilitation, Behinderung bzw. chronische Erkrankungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten, die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder die Pflegedürftigkeit zu vermeiden. Nach § 26 SGB IX zählen zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation insbesondere die ärztliche Behandlung, die Arzneimitteltherapie, die Anwendung von Heilmitteln bzw. physikalischer Therapie, Beschäftigungstherapie oder die Psychotherapie.

Etwa 30 % der depressiven Störungen nehmen trotz Behandlung einen chronischen Verlauf, sei es in Form einer persistierenden depressiven oder subdepressiven Symptomatik oder in Form rascher Rezidive. Einige Depressionssubformen, wie die Dysthymie, sind per Definition als chronische Erkrankungen anzusehen. Depressive Erkrankungen und speziell die chronifizierten Erkrankungen gehen im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen mit einer um 100% erhöhten Rate an Arbeitsausfalltagen einher, bzw. Tage in denen Rollenverpflichtungen nicht angemessen erfüllt werden können. Die Behandlung von Patienten mit chronifizierten Depressionen ist daher eine vorrangige Aufgabe der Rehabilitationsmedizin und nicht nur der auf die Behandlung von Krankheitsepisoden abgestellten Akutmedizin.

Problem:

- In den vorliegenden Leitlinien werden wesentliche Rehabilitationsaspekte nicht erwähnt (z. B. Kriterien im Hinblick auf Einschränkung von für Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben) oder nur randständig im Kontext anderer Abschnitte erwähnt (z. B. Langzeitmedikation oder Psychotherapie). Dadurch wird die fachlich eigenständige Aufgabenstellung der Rehabilitationsmedizin nicht hinreichend klar.
- Die Leitlinien sind in aller Regel auf die Behandlung von akuten Erkrankungsepisoden zentriert. Dadurch wird nicht angemessen deutlich, dass in einem modernen Gesundheitswesen das eigentliche Betreuungsproblem in der Behandlung chronifizierter Erkrankungen liegt, was auch für die depressiven Störungen gilt.
- Die in den Leitlinien zitierte Evidenz bezieht sich in aller Regel auf akute und singuläre Krankheitsepisoden. Die Evidenzbasis hinsichtlich der Behandlung von Patienten über Jahre fehlt weitgehend.
- Die Leitlinien erwecken den Eindruck, als sei die Behandlung von akuten Erkrankungsepisoden durch dieselben Behandler oder in denselben Strukturen möglich, wie die Betreuung von Langzeitpatienten. Die besonderen für eine langjährig angelegte Rehabilitationsbehandlung erforderlichen Arbeitsvoraussetzungen werden dadurch nicht deutlich gemacht. So sind beispielsweise die Behandlungen in sog. Rehakliniken mit 3- oder 6-Wochen-Aufenthalten nur Kurzzeitepisoden in einem ggfs. lebenslang anzulegenden Rehabilitationsprozeß.
- In Leitlinien sind nur vereinzelt Hinweise enthalten, wie die Informationsblockaden zwischen den einzelnen für die Rehabilitation erforderlichen medizinischen und nichtmedizinischen Institutionen und Sektoren überwunden werden können.

Vorschlag

Entsprechend der vorgenannten Aufgaben und Inhalte der Rehabilitation sollte eine Leitlinie zu folgenden Punkten Stellung nehmen:

1. Krankheitsbezogene Information
  - Epidemiologie chronischer Verläufe,
  - Klassifikation von Langzeitverlaufstypen,
  - Differenzialdiagnose chronischer Verläufe, einschließlich von Vorgaben für eine intensivierete Diagnostik zur Klärung der Chronifizierungsbedingungen.
2. Risikofaktoren und verlaufsmodifizierende Faktoren chronischer Erkrankungen
  - Diagnostik von Funktions-/Aktivitäts- und Teilhabestörungen,
  - Beschreibung von Funktionseinschränkungen im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen,
  - Beschreibung von Bedingungen, Art und Auswirkungen von Aktivitäts-/ Teilhabestörungen.

### 3. Therapie

- Beschreibung einer intensivierten Therapie bei chronifizierenden Verläufen zum Ausschluss einer Pseudochronizität,
- Methoden der Patientenlangzeitführung,
- Psycho- und Pharmakotherapie chronifizierter Erkrankungen unter Langzeitperspektive (inkl. Prophylaxe, Erhaltungstherapie, Palliativtherapie),
- Patientenschulung und Methoden der Verhaltensmedizin,
- Integration von Akutbehandlung und Rehabilitationsbehandlung, von ambulanter, teilstationärer<sup>[22]</sup> und stationärer Rehabilitation,
- Salutotherapie (Aufbau von gesundem Verhalten) und Maßnahmen zum Erhalt der Lebensqualität bei bzw. trotz chronischer Erkrankung.

### 4. Sozial- und arbeitsmedizinische Interventionen

- Beschreibung von (sozialmedizinischen) Kriterien für Arbeitsunfähigkeit und für Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben,
- Beschreibung von Hilfen zur beruflichen Förderung,
- Beschreibung von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- Maßnahmen zur Unterstützung von Angehörigen,
- Förderung von Maßnahmen der Selbsthilfe,
- Kriterien zur Abschätzung der Erwerbsprognose,
- Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention,
- Hinweise zur Versorgungsstruktur.

### 5. Weitere Leistungen zur Teilhabe

- Beschreibungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Arbeitsförderungsmaßnahmen,
- Beschreibung unterhaltssichernder Maßnahmen,
- Beschreibung von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die rehabilitationsmedizinische Behandlung hat direkte Bezüge zu den folgenden Abschnitten, in denen daher auf die besonderen rehabilitationsmedizinischen Erfordernisse hinzuweisen ist:

- D 3.7 Diagnostik der Funktionseinschränkungen
- D 4 (Primäre-) Prävention
- D 5.1 Therapieziele, -planung, -management
- D 5.2 Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen (Stufenpläne)
- D 5.3. Psychoedukation / Patientenführung
- D 5.4 Psychotherapieverfahren
- D 5.5 Pharmakotherapie
- D 5.11 Compliance
- D 5.12 Familienmedizin / Beratung Angehöriger
- D 5.13 Schulung von Patienten und angehörigen
- D 5.14 Anforderungen an therapeutische und nicht therapeutische Beratung durch Dritte

<sup>22</sup> Der Begriff ambulante medizinische Rehabilitation umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

**Beispiel 78: Rehabilitationskoordination**

LL 18 Veterans Health Administration - MDD [Module B - S.54]

Ausgewählt wegen der frühzeitigen Einbindung von weiteren Hilfsangeboten, die sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte auffangen können und dem Hinweis auf settingspezifische Koordinationsverantwortlichkeiten.

**Outpatient Mental Health Specialty Setting**

**O. Modify, Maintain, or Initiate Interdisciplinary Treatment Plan**

**OBJECTIVE**

To describe a course of clinical action for the various types of complex patients with MDD.

**ANNOTATION**

The patient should be assigned to a consistent interdisciplinary mental health care team, including members who represent both biomedical and psychosocial perspectives. The interdisciplinary team may include members of the following disciplines depending on the patient's unique health care needs:

1. Psychiatry – management of psychiatric disorders
2. Primary care provider – coordination of the patient's overall health and preventive care
3. Medical specialists other than psychiatry – as indicated by medical co-morbidities
4. Psychology – for behavioral and emotional aspects of care to include psychotherapy, biofeedback, and similar modalities
5. Social work – for coordination of community resources, counseling, and support groups
6. Nursing – health education and training such as for home health care and routine follow-up health care
7. Pharmacist – for the patient on pharmacotherapy, especially those on multiple medications, co-morbid medical conditions requiring pharmacotherapy or interacting with the patient receiving antidepressant therapies
8. Dietary – for education pertaining to nutritional status and dietary aspects of pharmacotherapies (e.g., MAOIs)
9. Occupational therapy – assistance for the patient in need of life skills training
10. Recreational therapy – assistance for the patient in need of employment and/or benefits counseling
11. Vocational rehabilitation – assistance for the patient in need of employment and /or benefits counseling
12. Chaplaincy – assistance for the patient with religious or spiritual concerns or requests.

The interdisciplinary team will discuss the patient's diagnosis, etiological factors, and potential treatment options. Treatment options will also be discussed with the patient. Patient preference will play a major role in deciding what treatment(s) to initiate.

After decisions are made, it is preferable that a specific provider individualizes and coordinates the patient's care. If the patient is hospitalized, the current provider will either continue the care or arrange timely follow-up with another practitioner. The practitioner will establish a close working alliance with the patient, characterized by caring, shared decision-making, and respect for patient privacy. The practitioner will continue to consult with the interdisciplinary team, particularly if the patient does not improve during the first planned course of treatment.

## D.6 Organisation / Methodik und Fortentwicklung von Leitlinien

### D.6.1 Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung

(Rechtliche Aspekte / Versorgungssystem)

Neben der systemspezifischen Definition der Schnittstellen zu den verschiedenen Versorgungsstufen im Versorgungsprozess => siehe Kapitel D.5.2 (Interaktion der Behandler und Versorgungsebenen) ist in einer Leitlinie auch festzuschreiben, in welchem Kontext sie eingesetzt wird (siehe Kapitel D.1.2 Anwendungsbereich).

Bereits bei der Leitlinienentwicklung müssen die durch Gesetze festgehaltenen Rahmenbedingungen beachtet werden, damit die Leitlinie im Versorgungssystem unter der Berücksichtigung der Rechtsvorschriften implementierbar ist.

Diese werden wie bei allen Krankheitsbildern im Sozialgesetzbuch V, VI und IX festgehalten, darüber hinaus werden die rechtlichen Rahmenbedingungen der Therapie der Depression durch weitere Landes- und Bundesgesetze (z. B. die weiteren SGB, BGB, StGB, GG) beeinflusst. Ferner sind spezifische Anforderungen an die Therapiedurchführung (z. B. gemäß AMG zulassungsbedingte Festlegungen in Beipackzetteln) bei der Formulierung und Umsetzung der in einer Leitlinie gegebenen Therapieempfehlungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus können viele Faktoren im Gesundheits- und Sozialsystem den Behandlungserfolg beeinflussen.

#### Problem:

- Rechtliche Aspekte spielen bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen eine wichtige Rolle. Folgende Bereiche sind von Bedeutung:
  - Berufs- und allgemeine medizinrechtliche Grundlagen:
    - Behandlungspflicht-Haftung-Dokumentation,
    - Schweigepflicht und deren Grenzen  
(Recht zur Offenbarung oder rechtfertigender Notstand-§34 StGB),
    - Geschäftsfähigkeit (§104 BGB),
    - Testierfähigkeit (§ 229 BGB),
    - Einsichtsrecht in psychiatrische Krankenunterlagen.
  - Maßnahmen gegen den Willen und zum Schutz psychisch Kranker nach UBG (landesrechtlich) und Betreuungsgesetz (bundeseinheitlich):
    - Kriterien der Verhältnismäßigkeit,
    - Unterbringungskriterien bei Selbst- oder Fremdgefährdung,
    - Vorgehen im Notfall,
    - freiheitsbeschränkende oder – entziehende Maßnahmen  
(Fixierung, Langzeitverabreichung von Psychopharmaka etc.),
    - relevante Inhalte des Betreuungsgesetzes.
  - Beurteilung der Fahreignung psychisch Kranker:
    - Einwirkung von Psychopharmaka,
    - Auswirkung komorbider Störungen.
  - Sozialrechtliche Grundlagen:
    - Vergütungsregelungen für Leistungserbringer  
(z. B. EBM, Verordnungsfähigkeit von Therapien),
    - Probleme der Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit,
    - Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE),
    - Grad der Behinderung-GdB (Schwerbehindertengesetz).
- Soziale Hilfestellungen (wie z. B. Maßnahmen des Arbeitsamtes, Sozialamtes) werden oft nicht oder nicht unter Berücksichtigung einer vorliegenden Depressionserkrankung von behandlungsfremden Personen und Institutionen genutzt.



Vorschlag:

- Die Autoren einer Leitlinie „Depression“ sollen die für die diagnostische und therapeutische Tätigkeit relevanten rechtlichen Aspekte praxisnah und handlungsanleitend darstellen.
- Hierbei sind in einer nationalen Leitlinie die spezifischen Anforderungen des föderalen deutschen Rechtssystems zu berücksichtigen. Dies kann z. B. auch durch Empfehlungen erfolgen, wie die relevanten Gesetze der Bundesländer bei der regionale Anpassung einer Leitlinie Berücksichtigung finden sollten.
- In einer Leitlinie sollten folgende Punkte einschließlich der Darstellung der Schnittstellen zu Bereichen, die außerhalb des Gesundheitswesens liegen ausgeführt und bei der Entwicklung berücksichtigt werden:
  - Versorgungsstruktur des Gesundheits- und Sozialwesens,
  - Hilfen zur richtigen Inanspruchnahme sozialer u.a. Leistungen durch Patienten,
  - stationäre und ambulante medizinische / berufliche Rehabilitation.

In den vorliegenden Leitlinien findet sich keine geeignete Darstellung, die als beispielhaft für eine deutsche Leitlinie gelten könnte, da sich hier die spezifischen Anforderungen des föderalen Rechtssystems nicht widerspiegeln.

#### D.6.2 Kosten / Nutzen

Die Empfehlungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bedürfen auch einer Stellungnahme zum Umfang des erwarteten gesundheitlichen Nutzens. Hierbei wird neben der Evidenz für den klinischen Nutzen auch die Berücksichtigung der Evidenz für die Effizienz und die Höhe des Kosten-Nutzen-Verhältnisses gefordert [23].

Die Nutzenbetrachtung erfolgt dabei aus drei unterschiedlichen Sichtweisen, je nach Ebene des Betrachters. Dabei ist die Ebene des Behandlers, die Ebene der Betroffenen (Patienten und Angehörige) und die Systemebene zu unterscheiden, hieraus kann eine unterschiedliche Beurteilung der Effizienz von Maßnahmen folgen.

Bei der Betrachtung der Kosten ist zu beachten, dass bei der Depression neben den spezifischen Behandlungskosten (psychische Krankheitslast) auch erhebliche Mehrkosten für die Diagnostik und Therapie weiterer Erkrankungen (somatische Krankheitslast) anfallen. Durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung entstehen nicht zu unterschätzende Kosten (soziale Krankheitslast), wobei die Kosten der Berentung (sog. Transferleistungen) im Rahmen gesundheitsökonomischer Studien in der Regel nicht erfasst werden. Bei der Umsetzung in der Praxis ist zu beachten, dass die Entscheidungen über diese Kosten-Nutzen-Grenzwerte einen gesellschaftlich politischen Konsens erfordern.

Unabhängig von diesen monetär orientierten Kostenüberlegungen erfolgt in der Diskussion über den Nutzen die Berücksichtigung depressionsassoziierter Endpunkte von Lebensqualität, Morbidität und Mortalität des Patienten einschließlich der Lebensqualität und (Ko-)Morbidität des sozialen Umfeldes (Familie).

Ferner beeinflussen individuelle Sichtweisen und Einflüsse des Patienten die Beurteilung der Effizienz im Einzelfall in erheblichen Maße, sodass aus Effizienzgründen die Auswahl einer anderen Therapiestrategie erforderlich sein kann.

---

<sup>23</sup> Arbeitsgemeinschaft Medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Z. ärztl Fortbild.Qual.sich.(ZaeFQ) 2001;95(Suppl. 1):1-84.

Problem:

- In vielen Leitlinien finden sich verallgemeinerte Empfehlungen „der depressive Patient“ ohne Berücksichtigung von Risikostratifikation, Patientenalter und Endpunkten, sodass eine Abschätzung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses inklusive Kostenerwägungen nicht erfolgen kann.
- Insgesamt wird nur in wenigen Leitlinien auf die gesundheitsökonomische Dimension der Behandlung von Depression Bezug genommen. Auf Grund der unterschiedlichen gesellschaftlichen Strukturen sind die Ergebnisse gesundheitsökonomischer Betrachtungen anderer Staaten nicht unmittelbar auf die Verhältnisse in Deutschland übertragbar.
- Es fehlt eine transparente Darstellung, welche Art von Ergebnis (z. B. Lebensqualität) sich mit welchen Kosten erzielen lässt. Diese mangelhafte Kostentransparenz kann bei der Auswahl der Therapien zu unnötigen Ausgaben führen.
- Die Konsequenzen der Depression inklusive der gesellschaftlichen Folgen werden in der Gesundheits- und Gesellschaftspolitik weitgehend unterschätzt.

Vorschlag:

- Eine Leitlinie „Depression“ sollte die ökonomischen Aspekte der Diagnostik und Therapie (z. B. bei der Pharmakotherapie mit Antidepressiva und der Auswahl der Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe) darlegen und nach einem möglichst transparenten Verfahren bei der Auswahl der Empfehlungen berücksichtigen.
- Bei jeder relevanten Empfehlung soll auf die untersuchten Outcomes (z. B. Suizidrate) verwiesen und nicht untersuchte Outcomes (z. B. Lebensqualität) eindeutig benannt werden.
- Die Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung, in denen Kosten und Nutzen unter Alltagsbedingungen erhoben werden, sollten hierfür so aufbereitet werden, dass sie für das Entscheidungshandeln relevant werden können.
- Auf systematische Defizite bei der Datenerhebung zur Beurteilung der Effizienz (beispielsweise fehlende Berücksichtigung der Belastung von Angehörigen) ist hinzuweisen.
- Die aktuellen Diagnose- und Therapiekosten sollen in übersichtlicher tabellarischer Form zusammengefasst werden. Auf die Verfahren mit fehlender Kostenübernahme ist hinzuweisen, insbesondere dann, wenn Ärzten fachlich Maßnahmen empfohlen werden, deren Umsetzung ihnen faktisch aber nicht erlaubt wird.

**Beispiel 79: Kosten-Nutzen-Rechnung am Beispiel von Therapiekosten**

LL 16 No. Engl. [S.25-29]

Ausgewählt wegen der ausführlichen gesundheitsökonomischen Betrachtung. Zugrunde liegt eine Modellrechnung, in der trizyklische SSRIs und Lofepramin verglichen werden.

**Economics of Antidepressants****Recommendations:**

As they represent the most cost-effective option, tricyclic antidepressants should be used as the routine first line drug treatment for depression in primary care (C)

The choice of antidepressant should be based on individual patient factors; these would include (D)

- the desirability or otherwise of sedation or other effects associated with a particular drug;
- previous response to a particular drug;
- co-morbid psychiatric or medical conditions;
- concurrent drug therapy.

If the toxic effects of the older tricyclic antidepressants are perceived to be a problem, for example in a patient who has previously taken a drug overdose, then lofepramine is a more cost effective choice than an SSRI (C)

A general policy of switching from tricyclics to SSRIs does not appear cost-effective. Where the toxic effects of tricyclic antidepressants give cause for concern, substitution with lofepramine appears relatively cost-effective.

.....

**Conservative scenario****Assumptions:**

Accidental fatal poisonings associated with a single-ingested tricyclic antidepressant will reduce proportionately as tricyclic use is reduced (low estimate, Table 4).

All hospitalisations attributed to the toxic effects of antidepressants will reduce proportionately as tricyclic use is reduced (low estimate, Table 4).

Differences in efficacy and dropout between antidepressants are insignificant (or approximately cancel one another in consequences to patients) leading to no net change in primary care, outpatient use or inpatient psychiatric services as a result of antidepressant choice (Figures 4 and 6).

For every patient year of treatment changed:

'Optimistic scenario'

<b>A</b>	<b>Cost of SSRI1</b>	<b>average cost of SSRI/year</b>	<b>(£)</b>	<b>282</b>
<b>B</b>	<b>Cost of Lofepramine 1</b>	<b>average cost of lofepramine/year</b>	<b>(£)</b>	<b>101</b>
<b>C</b>	<b>Cost of Tricyclic 1,2</b>	<b>average cost of tricyclic/year</b>	<b>(£)</b>	<b>45</b>
<b>D</b>	<b>Cost of toxicity admission 3</b>	<b>35,140 bed days x £160 per day / 528,700</b>	<b>(£)</b>	<b>11</b>
<b>E</b>	<b>A-(C+D)</b>	<b>SSRI net cost/patient</b>	<b>(D£)</b>	<b>226</b>
<b>F</b>	<b>B-(C+D)</b>	<b>Lofepramine net cost/patient</b>	<b>(D£)</b>	<b>45</b>
<b>G</b>	<b>Lives saved (SSRI) 4</b>	<b>0.000090-0</b>	<b>(DLS)</b>	<b>0.000090</b>
<b>H</b>	<b>Lives saved (lofepramine) 4</b>	<b>0.000090-0.000003</b>	<b>(DLS)</b>	<b>0.000087</b>
	<b>E/G</b>	<b>Incremental cost per life saved switching to an SSRI from an older tricyclic</b>	<b>(D£/DLS)</b>	<b>2,500,000</b>
	<b>F/H</b>	<b>Incremental cost per life saved switching to lofepramine from an older tricyclic</b>	<b>(D£/DLS)</b>	<b>520,000</b>
	<b>(E-F)/(G-H)</b>	<b>Incremental cost per life saved switching to an SSRI from lofepramine</b>	<b>(D£/DLS)</b>	<b>60,000,000</b>

1 At WHO Defined Daily Dose

2 Average yearly cost of a tricyclic or related antidepressant excluding lofepramine

3 Based on average cost per inpatient week in Scotland 1995/96 (Scottish Health Service Costs, 1996)

4 Differences in fatality association rates between SSRIs and lofepramine are not statistically significantly different

### D.6.3 Maßnahmen des Qualitätsmanagements

#### **Evaluation des Therapieerfolges**

Das fünfte Sozialgesetzbuch verpflichtet alle ambulant und stationär tätigen Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen (§ 135a SGB V). Dabei soll die Qualität der Leistungserbringung sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor überprüft werden (§ 136, § 113 SGB V). Im ambulanten Bereich sind hierfür die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig, wobei die Messgrößen zur Qualitätsbeurteilung vom Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen bestimmt werden, im stationären Sektor werden Messgrößen des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses nach § 137e für den Akutbereich und Vereinbarungen nach § 137d für den Rehabilitationsbereich in Zukunft zu beachten sein. In der Neufassung des Rehabilitationsrechts im SGB IX werden die Rehabilitationsträger aufgefordert, Empfehlungen zu Qualitätsmanagement und vergleichenden Qualitätsanalysen zu verabschieden. Zudem sollen Verträge der Kostenträger mit den Leistungserbringern jeweils die Qualitätsanforderungen an die Leistungen und das ausführende Personal enthalten. Die Leistungserbringer müssen demnach einrichtungsintern Qualitätsmanagement betreiben. Die Überprüfung der durchgeführten Maßnahmen ist ein wesentlicher Teilaspekt in der Anwendung der Evidenzbasierten Medizin. Sie ermöglicht, Verbesserungsmöglichkeiten in der aktuellen Versorgung aufzuspüren und diese dadurch auszuschöpfen, dass qualitätsverbessernde Maßnahmen eingeführt werden.

Leitlinien können helfen, durch entsprechende Vorgaben eine effektive Anwendung von Verfahren des Qualitätsmanagements zu implementieren. Voraussetzung hierfür ist das Vorhandensein von geeigneten, praktikablen Qualitätsindikatoren und Kriterien, deren Validität, Reliabilität und Sensivität [24] gesichert ist, sowie die Beschreibung von Verfahren zur Erhebung und Auswertung der Ergebnisse. Dabei ist zu berücksichtigen, dass allein die Durchführung von Qualitätsmonitoringverfahren die gemessene und beobachtete Größe beeinflussen (sog. Reaktivität).

#### Problem:

- In Leitlinien fehlen Hinweise auf geeignete Auswertungsverfahren zur Evaluation der Behandlungsprozesse in der Praxis und deren Gebrauch.
- Es fehlen geeignete, evaluierte Qualitätsindikatoren.
- Die im Rahmen der Qualitätssicherung durchzuführende Erhebung und Dokumentation von Daten ist in der Regel zusätzlich zur medizinisch / klinischen Tätigkeit zu leisten und erfordert entsprechende Zeit- und Personalressourcen.
- Ein einrichtungsübergreifender Qualitätsprozess wird erst dann wirksam, wenn die Daten von Praxen und Kliniken unter Beachtung des Datenschutzes miteinander verglichen werden können und die Diskussion zwischen den Leistungserbringern auf einer gemeinsamen Basis erfolgen kann.

---

<sup>24</sup> Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements- Qualitätskriterien und -Indikatoren in der Gesundheitsversorgung. Z.ärztl.Fortbild.Qual.sich.(ZaeFQ) 2002; 96(5) 2-15.

Vorschlag:

- Es sollte beschrieben werden, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung einer guten evidenzbasierten bzw. leitlinienorientierten Versorgung ergriffen werden können und wie diese Maßnahmen einem Qualitätssicherungsprozess unterzogen werden können (z. B. Dokumentationsverfahren für patientenbezogenes Feedback, Patienteninformationen, Monitoringverfahren).
- Für folgende Bereiche sollte ein geeignetes Indikatorset einschließlich der Vorgaben geeigneter Zielgrößen vorhanden sein:
  - Aspekte der Strukturqualität (z. B. Bereitschaftsdienst zur Krisenintervention),
  - Aspekte der Prozessqualität (z. B. Verschiebung von Therapieterminen),
  - Aspekte der Ergebnisqualität (z. B. Rezidivhäufigkeit nach Therapie X).
- Aussagen zu Inhalt und Umfang der Dokumentation und zum Austausch der Daten sind zu treffen, dabei ist die Dokumentation durch einfache einheitliche Formulare zu unterstützen. Insbesondere die Angaben zur Verschlüsselung der Diagnose müssen sich auf ein etabliertes System zur Klassifikation (siehe Kapitel D.3.5 Kategoriale Diagnosen) beziehen.
- Es sind Angaben darüber vorzusehen, wie die gewonnenen Informationen aufbereitet, ausgewertet und sowohl dem Patienten und dem Behandler als auch der Selbstverwaltung zur Verfügung gestellt werden. Neben der Beachtung datenschutzrechtlichen Vorschriften sind die besonderen Bedürfnisse der Patienten zu berücksichtigen und Wege (z. B. durch eine Patienteninformation) aufzuzeigen, wie Ängste einer Stigmatisierung abgebaut werden können. Für die Gewinnung zuverlässiger Daten ist zu gewährleisten, dass eine hohe „Dokumentationscompliance“ erzielt wird.
- Auf mögliche Wirkungen der Qualitätsmanagementmaßnahmen einschließlich der „Reaktivität“ ist hinzuweisen.

**Beispiel 80: Messung der Leitlinienanwendung**

LL 12 ICSI mental-health [S.31]

Ausgewählt wegen der Darlegung der Ziele des Qualitätsmanagements und der Datenerhebung.

OVERVIEW OF IDEAS FOR MEASUREMENT

The following aims were identified by the guideline work group as key areas in which medical groups may receive benefits in implementing this guideline.

The measures associated with three aims are presented as suggested measures. Measures of aim help medical groups determining progress in achieving a particular aim. However, additional approaches may be customized by individual medical groups to ferret out improvement information important to the medical group's individual practice.

PRIORITY AIMS FOR MEDICAL GROUPS WHEN USING THIS GUIDELINE

1. Improve the comprehensive evaluation of patients with major depression.

Possible measures accomplishing this aim:

- a. Percentage of patients with major depression with documentation of multi-axial DSM-IV evaluation.
- b. Percentage of patients with major depression with complete documentation of least 5 positive DSM-IV symptoms AND at least one of the symptoms is either depressed mood, loss of interest or pleasure.

2. Improve the comprehensive management of patients with major depressive disorder by mental health clinicians.

Possible measures accomplishing this aim:

- a. Percentage of patients with major depressive disorders with documentation of receiving education about depression.
- b. Percentage of patients with major depressive disorders who did not respond to initial antidepressant treatment with documentation of evaluation of comorbid diagnosis.

**Beispiel 81: Monitoring der Leitlinien-Anwendung**

LL 12 ICSI mental-health [S.31]

Ausgewählt wegen der Leitlinien spezifischen Vorgaben zur Messung der Prozessqualität.

**Measurement Specifications**

**Possible Success Measure #1a**  
 Percentage of patients with major depression with documentation of multi axial DSM-IV evaluation.

**Population Definition**  
 Adults greater than 18 years of age with depression

**Data of Interest**  

$$\frac{\text{\# of patients with major depression with documentation of multi axial DSM-IV evaluation}}{\text{\# of patients with a diagnosis of depression}}$$

**Numerator/Denominator Definitions**  
 Numerator: documentation of multi axial evaluation process including all 5 axes.  
 Denominator: Patients with current ICD-9 code, such as 296.2x or 296.3x for depression

**Method/Source of Data Collection**  
 Each mental health unit may generate a list of patients meeting inclusion criteria than 18 years of age, and current ICD-9 depression code. The same list may be used for measures 1a and 1b and measures 2a and 2b. A random sample of 10 cases per month may be selected for review. Documentation of multi-axial assessment is considered to be “yes” when documentation of all 5 domains (including Axis 1, clinical disorders; Axis 2, personality disorders; Axis 3, general medical conditions; Axis 4, psychosocial and environmental problems; and axis 5, global assessment functioning) is found.

**Time Frame Pertaining to Data Collection**  
 Randomly selected cases may be reviewed monthly.

**Beispiel 82: Dokumentationsverfahren**

LL 12 ICSI mental-health [S.35]

Ausgewählt wegen übersichtlichen Vorgabe der Entscheidungskriterien.

**Depression in Specialty Care**

Patient population: Patients seen during the target month with an ICD-9 code for depression, such as 296.2x or 296.3x

Decision criteria Measure #1a: Documentation of multiaxial assessment is YES when you find documentation of ALL 5 domains: Axis 1: Clinical Disorders, Axis 2: Personality disorders, Axis 3: general Medical conditions, Axis 4: Psychosocial and Environmental problems, AND Axis 5: global Assessment of Functioning. See algorithm annotation 2.

Decision criteria Measure #1b: Documentation of symptoms is YES when you find documentation of ALL 5 DSM I-symptoms (depressed mood, loss of interest or pleasure, weight loss, insomnia, agitation or retardation, fatigue, feelings or worthlessness or guilt, diminished concentration, recurrent thoughts of death or suicide) AND least one of the symptoms is either depressed mood or loss of interest pleasure. See algorithm annotation 2.

**Data Collection Worksheet**

Case #	#1a – Multiaxial diagnosis made?					#1b Symptom Assessment	
	Circle Axis evaluated	Check of all 5= Yes	# symptoms documented	Check if 5 or more			
1.	1 2 3 4 5						
2....	1 2 3 4 5						
...							
10	1 2 3 4 5						
	total # of checks		Total # of checks				

#### D.6.4 Überprüfung und Evaluation der Leitlinien Anwendung / Implementierung

Obwohl Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten bei der Behandlung depressiver Patienten beschrieben sind [25], liegt kein überzeugender Wirksamkeitsnachweis aus einer Leitlinienergebnissevaluation in der deutschen Primärversorgung vor. Verbesserungen der diagnostischen und therapeutischen Prozesse sind in kontrollierten Studien leichter erreicht worden, als Auswirkungen auf die Symptomatik oder den Funktionsstatus [26].

Die meisten Leitlinien zu depressiven Störungen beinhalten Aussagen zum gesamten Versorgungsprozess und beschreiben ausführlich das diagnostische und therapeutische Vorgehen, wobei Evidenzklassifizierungen vor allem für therapeutische Maßnahmen und weniger für Diagnostik und Differenzialdiagnostik vorliegen.

Wie auch die Ergebnisse der methodischen Bewertung (siehe Strukturierte Leitlinien-Abstracts, Anhang E) zeigen, enthält kaum eine der Leitlinien Hinweise bezüglich der konkreten Implementierung und Evaluation eines leitlinienorientierten Vorgehens. Studien und Übersichtsarbeiten zu den Auswirkungen von Leitlinien im Hinblick auf Veränderungen in der Versorgungsrealität zeigen, dass die Implementierung von Leitlinien in die Praxis auf erhebliche Schwierigkeiten stößt, und dass eine Verbreitung von Leitlinien ohne unterstützende Begleitmaßnahmen kaum einen Effekt aufweist [27, 28, 29, 30].

Eine Klassifikation der Effektivität medizinischer Leitlinien zeigt Tabelle 6 [31]. Die im Leitlinienmanual [32] beschriebenen Forderungen sind daher bei der Entwicklung einer Depressionsleitlinie unter primärer Nutzung evaluierter Implementierungsinstrumente [33] siehe Tabelle 7 umzusetzen.

---

<sup>25</sup> Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. 1. Auflage Baden-Baden: Nomos, 2002.

<sup>26</sup> Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, Oxman TE. Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. *Psychosomatics* 2000; 41:39-52.

<sup>27</sup> Van Calker D, Berger M. Beeinflussen Therapieleitlinien die Behandlungsqualität depressiver Erkrankungen? In: Gastpar M & Müller WE (Hrsg.) *Depression*. Springer Verlag (in Druck).

<sup>28</sup> Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000; 9(8) 345-351.

<sup>29</sup> Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355 (9199):185-391.

<sup>30</sup> Effective Health Care. Getting evidence into practice. *Effective Health Care Bulletin* 1999; 5:1-16.

<sup>31</sup> Gerlach FM, Beyer M, Berndt M, Szecsenyi J, Abholz HH, Fischer GC. Das DEGAM-Konzept – Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. *Z.ärztl.Fortbild.Qual.sich.(ZaeFQ)* 1999; 93(2):111-20.

<sup>32</sup> Arbeitsgemeinschaft Medizinisch Wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. *Z.ärztl.Fortbild.Qual.sich.(ZaeFQ)* 2001;95(Suppl. 1):1-84.

<sup>33</sup> Gerlach FM, Beyer M, Szecsenyi J, Fischer GC. Leitlinien in Klinik und Praxis: Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen? Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt? welchen Beitrag können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der Medizin leisten? *Dtsch Arztebl* 1998;95(17):A-1014-21.



**Tabelle 6: Klassifizierung medizinischer Leitlinien nach der Effektivität**

(Gerlach 1998, modifiziert nach Grimshaw und Russel)

Wahrscheinlichkeit, effektiv zu sein	Entwicklungsstrategie	Verbreitungsstrategie	Umsetzungsstrategie
<b>hoch</b>	intern (durch spätere Anwender selbst)	spezifisches Training ("specific educational intervention")	patientenspezifische Erinnerung während der Beratung
<b>überdurchschnittlich</b>	Intermediär (durch Anwender und externe Experten)	Fortbildung	patientenspezifisches Feedback
<b>unterdurchschnittlich</b>	extern, lokal (durch externe Experten)	Anschreiben an Zielgruppe	allgemeines Feedback
<b>niedrig</b>	extern, national (durch externe Experten)	Veröffentlichung in Fachzeitschrift	allgemeine Erinnerung

**Tabelle 7: Evaluerte Implementierungsinstrumente**

Strategie / "Werkzeuge"	Beschreibung
"Desktop"- bzw. "Kitteltaschen" – Version der Leitlinie	Kurzfassungen der wichtigsten Leitlinienempfehlungen, auf abwaschbaren Kunststoffkarten gedruckt und griffbereit gehalten.
Module in der Praxis-EDV	Die Leitlinienumsetzung wird durch indikationsbezogene Eingabemasken, Entscheidungshilfen oder Erinnerungsfunktionen unterstützt.
Monitoring und individuelle Praxisliste zur Pharmakotherapie	Kontinuierlich aktualisierte Übersicht der eigenen Arzneimittelverordnungen sowie eine individuelle, leitlinienorientierte "Positivliste" unterstützen den reflektierten Umgang mit Empfehlungen.
Telefonkarten für Praxismitarbeiter/-innen	Praxismitarbeiter stehen kurzgefasste Leitlinien zum Umgang mit telefonischen Anfragen von Patienten zur Verfügung. So können Art und Dringlichkeit der Beschwerden eruiert und erste Selbsthilfemaßnahmen durch Patienten / Angehörige eingeleitet werden.
Wartezimmer-Info	Informationsmaterial zum leitlinienkonformen Umgang mit allgemeinem Problemen wie zum Beispiel "Fieber" oder "Brustschmerz" werden für Patienten bereitgehalten und erläutern bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
Patientenbrief	Im Sprechzimmer werden anliegenbezogene Informationen ausgehändigt, die etwa bei "Diarrhöe" leitlinienkonform allgemeine und diätetische Maßnahmen vorschlagen und über die Erkrankung aufklären.
Checklisten oder Flussdiagramme für die Praxis	Vom Praxisteam werden Checklisten und Flussdiagramme eingesetzt, die ein leitlinienorientiertes Praxismanagement - z. B. bei Blutentnahmen, Infusionen, Verbänden, komplexen Untersuchungsvorgängen oder Notfällen unterstützen sollen. Zuständigkeiten, Kontrollintervalle oder praxisinterne Abläufe werden festgehalten.



Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte möglichst differenzierte Aussagen darüber enthalten:
  - wie sie in die klinische Versorgung implementiert werden kann, v.a. welche Maßnahmen der Implementierung (z. B. Fortbildung, Qualitätszirkel, DMP-Programme etc.) ergriffen werden können,
  - wie die Einführung, Implementierung und die Veränderungen in der Versorgung (auf Patienten, Behandlungsergebnisse etc.) gemessen werden können.
- Eine Leitlinie sollte möglichst differenzierte Arbeits- und Entscheidungshilfen für Therapeuten der verschiedenen Berufsgruppen, wie auch für Patienten und Angehörige enthalten:
  - Kurzfassungen
  - Ablaufdiagramme
  - Patientenversionen
- Computerversionen einer Leitlinie sollten optimalerweise in die handelsübliche Praxissoftware integrierbar sein und müssen den Nutzer im Alltag entlasten.

**Verweis auf Beispiele in den bewerteten Leitlinien zur Implementierung:****Beispiele zu Überprüfung der Leitlinienanwendung:**

- => Beispiel 81: Monitoring der Leitlinien-Anwendung

**Beispiele zu Kurz-/Praxisversionen**

- => Beispiel 36: Stufenplan zur Überweisung,  
LL 18 VHA major-depressive-disorder [Guideline summary A (Algorithmus erste Seite)]
- => Beispiel 40: Stationäre Einweisung  
LL 18 VHA major-depressive-disorder [Guideline summary C S.3]
- => Beispiel 63: Medikationsübersicht  
LL 18 VHA major-depressive-disorder [Pocket Card]

**Leitlinien mit Patienteninformationen:**

- => LL 2 ACP – ASIM
- => LL 4 APA major-depressive-disorder
- => LL 5 AkdÄ
- => LL 14 NAC
- => LL 17 PSY-Guides

**Computerversionen:**

- => LL 11 FMS – Duodecim  
Interaktive Leitlinie,  
(verfügbar auf CD ROM und im Internet, sowie als Programm für Handy Organizer)
- => LL 20 WHO – UK  
Praxishilfsmittel auf Diskette  
(Erhebungs- Dokumentationsbögen, Patienteninformationen)

## E. Anhang:

### E.1 Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ 98/99 (00/01)

#### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

<b>lfd. Nr.</b>	<b>Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung</b>
1.1.	Wird die für die Leitlinienentwicklung verantwortliche Institution klar genannt?
1.2.	Existieren detaillierte Angaben über finanzielle oder andere Formen der Unterstützung durch Dritte?
1.3.	Falls Unterstützung seitens kommerzieller Interessengruppen erfolgte bzw. Hinweise auf mögliche Verpflichtungen / Interessenkonflikte existieren, wurde die mögliche Einflussnahme auf die Leitlinie diskutiert?

	<b>Autoren der Leitlinie</b>
1.4.	Sind die an der Erstellung der Leitlinie Beteiligten (Fach-, Interessen-, Patientengruppen) hinsichtlich ihrer Funktion und der Art ihrer Beteiligung klar genannt?
1.5.	Waren an der Erstellung der Leitlinie die von den Empfehlungen im wesentlichen Betroffenen (die mit der Thematik befassten Fachdisziplinen und Patienten) beteiligt?

	<b>Identifizierung und Interpretation der Evidenz</b>
1.6.	Werden Quellen und Methoden beschrieben, mit deren Hilfe die den Empfehlungen zugrunde liegenden Belege (Evidenz) gesucht, identifiziert und ausgewählt wurden?
1.7.	Sind die Informationsquellen und Suchstrategien nachvollziehbar dokumentiert?
1.8.	Werden die Methoden zur Interpretation und Bewertung der Evidenzstärke genannt?

	<b>Formulierung der Leitlinienempfehlungen</b>
1.9.	Werden die zur Auswahl der Leitlinienempfehlungen eingesetzten Methoden genannt?
1.10.	Werden die zur Konsentierung der Leitlinienempfehlungen eingesetzten Verfahren genannt?
1.11.	Wird erwähnt, wie die Vorstellungen von interessierten Gruppen, die nicht an der Leitlinienerstellung beteiligt waren, berücksichtigt wurden?
1.12.	Ist die Verknüpfung der wichtigsten Empfehlungen mit der zugrunde liegenden Evidenz exakt dokumentiert?

	<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>
1.13.	Ist die Leitlinie vor der Veröffentlichung durch unabhängige Dritte begutachtet worden?
1.14.	Werden die Methoden, Kommentierungen, Konsequenzen einer Begutachtung erwähnt?
1.15.	Wurde die Leitlinie einer Vortestung oder einem Pilotversuch unterzogen?
1.16.	Werden die Methoden, Ergebnisse und Konsequenzen eines Pilotversuchs erwähnt?
1.17.	Wurde die Leitlinie mit anderen thematisch vergleichbaren Leitlinien verglichen?

	<b>Gültigkeitsdauer / Aktualisierung der Leitlinie</b>
1.18.	Ist in der Leitlinie ein Zeitpunkt genannt, zu dem sie überprüft / aktualisiert werden soll?
1.19.	Sind Zuständigkeit und Verfahrensweisen für Überprüfung / Aktualisierung klar definiert?

	<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>
1.20.	Wurden die möglichen systematischen Fehler / Konflikte umfassend diskutiert?
1.21.	Existiert eine zusammenfassende Darstellung über den Inhalt, die Empfehlungen der Leitlinie sowie über die Methodik der Erstellung (z. B. in Form eines Leitlinienreports)?

## 2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie

	Ziele der Leitlinie
2.1.	Sind die Gründe für die Leitlinienentwicklung explizit genannt?
2.2.	Sind die Ziele der Leitlinie eindeutig definiert?

	Kontext (Anwendbarkeit / Flexibilität)
2.3.	Ist (sind) die Patienten-Zielgruppe(n) der Leitlinie eindeutig definiert (z. B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Begleiterkrankungen usw.)?
2.4.	Sind die Anwender, an die sich die Leitlinie richtet, eindeutig definiert (z. B. die ärztliche Zielgruppe)?
2.5.	Enthält die Leitlinie Angaben über Situationen, in denen spezielle Empfehlungen der Leitlinie nicht berücksichtigt werden können oder sollen?
2.6.	Wurden Ansichten, Präferenzen und mögliche Reaktionen der Patienten-Zielgruppe(n) berücksichtigt?

	Klarheit, Eindeutigkeit
2.7.	Beschreibt die Leitlinie das behandelte Gesundheits- / Versorgungsproblem eindeutig und in allgemein verständlicher Sprache?
2.8.	a) Sind die Empfehlungen logisch, inhaltlich konsistent, eindeutig, leicht nachvollziehbar dargestellt und übersichtlich präsentiert? b) Enthält die Leitlinie wesentliche (Schlüssel-) Empfehlungen, die leicht zu identifizieren sind?
2.9.	Sind die in Frage kommenden Handlungsalternativen und die Entscheidungskriterien für ihre Auswahl präzise beschrieben?
2.10.	Liegen differenzierte Empfehlungen zur Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung vor?
2.11.	Existieren Angaben darüber, welche Maßnahmen notwendig erscheinen?
2.12.	Existieren Angaben über Maßnahmen, die unzweckmäßig, überflüssig, obsolet erscheinen?

	Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse
2.13.	Wird der bei Befolgen der Leitlinie zu erwartende gesundheitliche Nutzen bezüglich z. B. Morbidität, Mortalität, Symptomatik, Lebensqualität genannt?
2.14.	Werden die bei Befolgen der Leitlinie möglichen Risiken (Nebenwirkungen und Komplikationen) der Diagnostik / Therapie genannt?
2.15.	Wurden bei der Formulierung der Empfehlungen die Folgen für Kosten und andere Ressourcen berücksichtigt?
2.16.	Wird eine Abwägung der möglichen Vorteile, Risiken, Kosten vorgenommen und unterstützt dies die vorgeschlagene Vorgehensweise?

## 3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie

Verbreitung und Implementierung	
3.1.	a) Existieren Instrumente / Maßnahmen, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen können? b) Wurden die möglichen Probleme bezüglich der Einstellungs- oder Verhaltensänderungen von Ärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen bei Anwendung der Leitlinie berücksichtigt? c) Wurden die möglichen organisatorischen Hindernisse der Leitlinien-Anwendung berücksichtigt?
3.2.	Nur für überregionale Leitlinien: Existieren Empfehlungen zur Methode der regionalen Anpassung der Leitlinie?

Überprüfung der Anwendung	
3.3.	Wird in der Leitlinie erwähnt, wie aus den Empfehlungen messbare Kriterien / Indikatoren abgeleitet werden können, um das Befolgen der Leitlinie zu ermitteln?
3.4.	Werden messbare Kriterien / Indikatoren genannt, anhand derer der Effekt der Leitlinienanwendung überprüft werden kann?

Nur eine Antwortkategorie ankreuzen:

*j*: ja

*n*: nein

*uk*: unklar (auch bei unvollständigen / unzureichenden Angaben)

*na*: nicht anwendbar

## E.2 Bewertung der technischen Qualität von Leitlinien

(Verfahrensvorschlag des Expertenkreises Leitlinien der ÄZQ, Köln 1999)

Die Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ (s. Anhang 2) ist das Instrument zur Überprüfung der technischen Qualität einer Leitlinie inklusive der Vollständigkeit des Leitlinien-Reports.

Unter „Leitlinien-Report“ versteht man eine Zusammenstellung von  
Langfassung der Leitlinie und  
Kurzfassung und  
Angaben zu: Erstellung der Leitlinie und zu Implementierungsinstrumenten.

Die Qualität der Leitlinienerstellung kann in folgender Weise beschrieben werden:

Faktor 1: Qualität der Leitlinienentwicklung  
=  $\Sigma$  [(Ja-Antworten) zu Fragen (1.1 bis 1.21) – (1.3, 1.14, 1.16, 1.19)]

Erreichbar sind maximal 17 Punkte (Begründung für die Auswahl der Fragen: Nicht berücksichtigt wurden die aus anderen Fragen resultierenden Anschlussfragen).

Die Qualität von Inhalt und Format einer Leitlinie kann in erster Näherung in folgender Weise beschrieben werden:

Faktor 2: Inhalt und Format der Leitlinie  
=  $\Sigma$  [(Ja-Antworten) zu Fragen (2.1 bis 2.16)]

Erreichbar sind maximal 17 Punkte, da Frage 2.8 aus 2 Unterfragen besteht.

Die Qualität von Angaben zur Anwendbarkeit einer Leitlinie kann in erster Näherung in folgender Weise beschrieben werden:

Faktor 3: Anwendbarkeit der Leitlinie  
=  $\Sigma$  [(Ja-Antworten) zu Fragen (3.1 bis 3.4)]

Erreichbar sind maximal 6 (5) Punkte bei überregionalen (regionalen) Leitlinien, da Frage 3.1 aus 3 Unterfragen besteht.

## E.3 Strukturierte Leitlinien-Abstracts der methodischen Bewertung

### E.3.1 American Board of Family Practice, Depressive Disorders

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 1	Depressive disorders
Quelle	American Board of Family Practice. Depressive disorders. 8th ed.; 2000. <a href="http://www.familypractice.com/references/ABFPGuides/Depressive/depressive.htm">http://www.familypractice.com/references/ABFPGuides/Depressive/depressive.htm</a>

#### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

#### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	ja	American Board of Family Practice
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	unklar	In der Info über „Familypractice.com“ wird ein joint venture zwischen ABFP und Kurzweil Technologies Inc. erwähnt.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

#### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Mitarbeiter werden unter Nennung des beruflichen Hintergrundes aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

#### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	unklar	Literaturliste dient zum Verweis auf weitergehende Information.
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	

#### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

#### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien Vergleich	unklar	

#### Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

1.18 Datum der Überprüfung	unklar	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

#### Transparenz der Leitlinienerstellung

1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien Report	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 1	Depressive disorders

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinie soll den Hausärzten helfen die Diagnose der Depression einschließlich der Formen bipolarer und komplizierter Depressionen richtig zu stellen. So soll ein geeignetes Patienten Management und Nachsorge ermöglicht werden.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<i>unklar</i>	<i>Nicht näher spezifiziert, welche Depressionsformen im Rahmen der von der Leitlinie beschriebenen hausärztlichen Therapie behandelt werden. Empfehlungen beziehen sich teilweise auch auf Formen, die im Flowchart Überweisung an Facharzt erfordern.</i>
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen und im Flow-Chart.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden insbesondere bei den Empfehlungen zur Pharmakotherapie begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<b>ja</b>	Die Notwendigkeit stationärer Behandlung bei Suizidalen wird begründet dargelegt.
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Kontraindikationen sind genannt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Vorteile der Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Medikamentöse Nebenwirkungen werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 1	Depressive disorders

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Internetversion, Ablaufdiagramm (Flowchart) als Hilfsmittel bei der Anwendung im Anhang
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste



### E.3.2 American College of Physicians - American Society of Internal Medicine, Pharmacologic Treatment of Acute Major Depression and Dysthymia

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 2	American College of Physicians, American Society of Internal Medicine. zusammen mit Pharmacologic treatment of acute major depression and dysthymia (Part 1); A systematic review of newer pharmacotherapies for depression on adults: evidence report summary (Part 2)
Quelle	American College of Physicians, American Society of Internal Medicine. Pharmacologic treatment of acute major depression and dysthymia (Part 1). Annals of Internal Medicine 2000;132(9): 738-42. <a href="http://www.annals.org/issues/v132n9/full200001020-0010.pdf">http://www.annals.org/issues/v132n9/full200001020-0010.pdf</a> ; A systematic review of newer pharmacotherapies for depression on adults: evidence report summary (Part 2). Internal Medicine 2000;132(9): 743-56. <a href="http://www.annals.org/issues/v132n9/full200001020-0011.pdf">http://www.annals.org/issues/v132n9/full200001020-0011.pdf</a> Summary: <a href="http://www.acponline.org/sci-policy/depsummary.htm">http://www.acponline.org/sci-policy/depsummary.htm</a>

#### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

#### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	ja	American College of Physicians - American Society of Internal Medicine
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	unklar	Die Erstellung der Evidenzgrundlage wurde durch die AHCPDR gefördert. Bei der Leitlinie (Part 1) liegen keine Angaben hierzu vor.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

#### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren sind mit Qualifikation genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	Es sind nur Pharmakologen, Hausärzte, Internisten und Epidemiologen beteiligt, kein Hinweis auf Patientenbeteiligung.

#### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Suchstrategien und die Kriterien zur Auswahl der Evidenz sind im Report zum Systematik Review klar dargelegt. Die Empfehlungen werden direkt hieraus abgeleitet.
1.7 DoKu Suchstrategie	unklar	Nicht allen Empfehlungen sind Quellen aus der Literaturliste im Anhang zugeordnet.
1.8 Meth. Evidenzstärke	unklar	Den Aussagen des im internetverfügbaren Algorithmus wurden Evidenzen (A-C) zugeordnet.

#### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

#### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	unklar	Nur internes Review Verfahren (CEAS, ACP-ASIM Policy Board)
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	nein	

#### Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

1.18 Datum der Überprüfung	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 2	Pharmacologic treatment of acute major depression and dysthymia (Part 1); A systematic review of newer pharmacotherapies for depression on adults: evidence report summary (Part 2)	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinienreport	ja	Aus der Kurzdarstellung zur Leitlinienmethodik sind die wesentlichen Schritte der Leitlinienentwicklung ableitbar.

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	ja	Entwicklungen neuer Antidepressiva und pflanzlicher Präparate die nach der Entwicklung der AHCPR Leitlinie (1993) erfolgten erforderten die Leitlinie.
2.2 Ziele	ja	Dem Kliniker soll geholfen werden eine informierte Auswahl zur pharmakologischen Behandlung zu treffen. Dabei wurde die Leitlinie auf Pharmakotherapie beschränkt, da diese in der Primärversorgung die Hauptrolle spielen.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	ja	Erwachsene Patienten in der Primärversorgung mit „Acute major Depression“ oder „Dysthymia“.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Hausärzte, Internisten und andere Spezialisten
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	ja	Darstellung des Gesundheitsproblems erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logische Darstellung ohne Widersprüche
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine Hervorhebung der wesentlichen fünf Empfehlungen, zusätzlich erfolgt eine tabellarische Darstellung von Dosis und Nebenwirkungsprofilen. Nur in der Internetversion erfolgt eine algorithmische Darstellung des Behandlungsablaufs.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Unbedingt notwendige Maßnahmen werden in den „Recommendations“ betont dargestellt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	Es sind keine Kontraindikationen aufgeführt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen wird in Abhängigkeit von der unterschiedlichen Medikation dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Medikamentöse Nebenwirkungen werden mit den sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	unklar	<i>Diskussion der Effizienz der verschiedenen Pharmakotherapiestrategien erfolgt anhand der dargestellten Metaanalysen, jedoch kein direkter Bezug zur Leitlinien Anwendung.</i>

**Strukturierte Leitlinien-Abstracts**

Leitlinie 2	Pharmacologic treatment of acute major depression and dysthymia (Part 1); A systematic review of newer pharmacotherapies for depression on adults: evidence report summary (Part 2)
-------------	---

**3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie**

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

**Verbreitung und Implementierung**

3.1 a) Methode der Implement.	ja	Patienteninformation ist im Internet abrufbar.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

**Überprüfung der Anwendung**

3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

**Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)**

1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	4 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	16 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.3 American Psychiatric Association,  
Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie	3 Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder
Quelle	American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. 1. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. P. 497-562; Am J Psychiatry 1994;151(12 Suppl):1-36. <a href="http://www.psych.org/clin_res/pg_bipolar.cfm">http://www.psych.org/clin_res/pg_bipolar.cfm</a>

### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	ja	American Psychiatric Association
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	ja	Steering Group und Work Group sind namentlich aufgeführt, die Qualifikation und der berufliche Hintergrund ist ableitbar.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Suchstrategie der MEDLINE suche von 1987-1993 ist angegeben. Dabei ist die Auswahl nach Evidenz klar dargelegt.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Empfehlungen sind mit Literaturliste im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenz wurde nach einem Schema der APA (A-G) nach Qualität der Studien / Reviews bewertet.

### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	unklar	<i>Evidenzbasierung und klinischer Konsens sind Grundlage für die Empfehlungen, in welcher Rangfolge und wie die Kriterien genutzt wurden ist jedoch nicht angegeben.</i>
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	unklar	<i>Es wurden verschiedene im Anhang aufgeführte Organisationen in den Reviewprozess einbezogen, das Verfahren ist jedoch nicht beschrieben.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Es erfolgte ein Review von Draft Versionen innerhalb der APA und interessierte Personen und Organisationen sowie durch zwei Mitglieder des Editorial Boards des American Journal of Psychiatry. Die Personen und Organisationen welche Kommentare einbrachten sind im Anhang genannt.
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	nein	

### Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

1.18 Datum der Überprüfung	unklar	<i>Die Leitlinie soll alle 3-5 Jahre revidiert werden, die Zuständigkeit ist unklar. Diese Leitlinie von stammt 1994, bis jetzt wurde keine Revision durchgeführt.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

### Transparenz der Leitlinienerstellung

1.20 Diskuss. System. Fehler	unklar	<i>Der mögliche Interessenkonflikt der Autoren und der Reviewer wurde als Problem erkannt. Dieser Bias soll in Zukunft erforscht werden, hier keine Diskussion des Einflusses dieser Fehlerquelle.</i>
1.21 Leitlinien-Report	unklar	<i>„Overview of Guideline Process“ ist unvollständig.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 3	Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<i>unklar</i>	<i>Nur Hinweis, dass die APA seit 150 Jahren Leitlinien entwickelt.</i>
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinie soll dem Arzt bei der Aufgabe beim Umgang mit Patienten von „bipolar disorders“ helfen.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Patienten mit bipolaren Störungen, ohne weitere Spezifikation oder Einschränkungen (Alter, Behandlungsstufe), nach durch den Psychiater erfolgter Diagnosestellung.
2.4 Ärztliche Zielgruppen	<b>ja</b>	Psychiater und andere Ärzte ohne weitere Spezifikation oder Einschränkungen (Ausbildung, Behandlungsebene), wobei erwähnt wird, dass der Psychiater die Empfehlungen in der Leitlinie berücksichtigen, aber nicht durch diese eingeschränkt werden soll.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine Darstellung der Empfehlungen in Tabellen, Algorithmen. teilweise durch redaktionelle Anordnung fehlende Übersichtlichkeit in der Abfolge.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<b>ja</b>	Vorgabe von Kriterien zur Indikationsstellung für stationäre Therapie.
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Die aufzustellende Therapieplanung enthält Vorgaben für notwendige Verlaufskontrollen und Anpassung der Therapie.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<i>unklar</i>	<i>Auf Quellen, die auf möglicher relative Kontraindikationen hinweisen (z.B. bei ECT), wird verwiesen.</i>

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Effizienz werden teilweise auch in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Maßnahme und des Subtyps der Erkrankung dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Nebenwirkungen werden im Zusammenhang mit den sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen und Vorsichtsmaßnahmen dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 3	Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	<i>unklar</i>	<i>Es werden zeitgleich Patienten-, Angehörigeninformationen zu „major depressive disorder“ erstellt, dort wird auch auf bipolare Störungen hingewiesen. Jedoch besteht kein Zusammenhang zu Inhalten mit dieser Leitlinie.</i>
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	0 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	17 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.4 American Psychiatric Association,  
Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 4	Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder
Quelle	American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. 1. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. P. 413-96; Am J Psychiatry 2000;157(4 Suppl):1-46. <a href="http://www.psych.org/clin_res/depression2e.book.cfm">http://www.psych.org/clin_res/depression2e.book.cfm</a>

### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	ja	American Psychiatric Association
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	ja	Steering Group und Work Group sind namentlich aufgeführt, die Qualifikation und der berufliche Hintergrund ist ableitbar.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Suchstrategie der Suche in Medline von 1971-1999 ist angegeben, auf weitere Sekundärquellen (Reviews) wird verwiesen. Dabei ist die Auswahl nach Evidenz klar dargelegt.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Empfehlungen sind mit Literaturliste im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenz wurde nach einem Schema der APA (A-G) nach Qualität der Studien / Reviews bewertet.

### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	unklar	<i>Evidenzbasierung und klinischer Konsens sind Grundlage für die Empfehlungen, in welcher Rangfolge und wie die Kriterien genutzt wurden, ist jedoch nicht angegeben.</i>
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	unklar	<i>Es wurden verschiedene Organisationen in den Reviewprozess einbezogen, das genaue Verfahren ist jedoch nicht beschrieben.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	unklar	<i>Die Empfehlungsklassifikation (I-III) ist nicht notwendigerweise mit der Evidenz verknüpft. Sie wird auch nur in der „Summary of Treatment Recommendations“ konsequent angewendet.</i>

### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Es erfolgte ein Review von Draft Versionen innerhalb der APA und interessierte Personen und Organisationen sowie durch 2 Mitglieder des Editorial Boards des American Journal of Psychiatry. Die Personen und Organisationen welche Kommentare einbrachten sind im Anhang genannt.
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

### Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

1.18 Datum der Überprüfung	unklar	<i>Diese Leitlinie ist ein update der Leitlinie von 1993, über Zeitpunkt der erneuten Revision erfolgt jedoch keine Aussage.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 4	Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision)

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	<i>unklar</i>	<i>Der mögliche Interessenkonflikt der Autoren und der Reviewer wurde als Problem erkannt. Dieser Bias soll in Zukunft erforscht werden, hier erfolgt jedoch keine Diskussion des Einflusses dieser möglichen Fehlerquelle.</i>
1.21 Leitlinien - Report	<i>unklar</i>	<i>„Overview of Guideline Process“ weist nicht auf das Konsensverfahren und das erfolgte Update / Review hin.</i>

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<i>unklar</i>	<i>Nur Hinweis, dass die APA seit 150 Jahren Leitlinien entwickelt.</i>
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinie soll dem Arzt bei der Aufgabe helfen spezifische antidepressive Behandlungen einzuleiten. Ferner können sie zur Schulung der Psychiater, anderen in der Gesundheitsversorgung Tätigen und der Öffentlichkeit über nicht-/ angemessene Therapien dienen. Sie sollen auch auf den notwendigen Forschungsbedarf hinweisen.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Erwachsene Patienten mit Major Depression ohne bipolare Erkrankungsformen
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Psychiater
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	<i>unklar</i>	<i>Präferenzen der Patienten sollen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden – wie, ist nicht beschrieben.</i>

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsseempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine Darstellung der Empfehlungen in Tabellen, Algorithmen, teilweise durch redaktionelle Anordnung fehlende Übersichtlichkeit in der Abfolge.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<i>unklar</i>	<i>Keine Vorgabe von Kriterien zur Indikationsstellung, diese wird dem Psychiater überlassen.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Die aufzustellende Therapieplanung enthält Vorgaben für notwendige Verlaufskontrollen und Anpassung der Therapieformen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Vereinzelt wird auf Kontraindikationen verwiesen (z.B. Kombination von Johanniskraut und MAO-Hemmer).

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen / die Effizienz werden teilweise auch in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Maßnahme und des Subtyps der Erkrankung dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Nebenwirkungen werden im Zusammenhang mit den sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen und Vorsichtsmaßnahmen dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>unklar</i>	<i>Diskussion der Effizienz der verschiedenen Therapiestrategien erfolgt an Hand der zitierten Studien, es erfolgt jedoch kein Bezug des Nutzens zur Leitlinien Anwendung.</i>



**Strukturierte Leitlinien-Abstracts**

Leitlinie 4	Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder
-------------	---

**3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie**

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

**Verbreitung und Implementierung**

3.1 a) Methode der Implement.	<b>ja</b>	Es werden zeitgleich Patienten-, Angehörigeninformationen und „Quick Reference Guides“ erstellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

**Überprüfung der Anwendung**

3.3 Evaluation	nein
3.4 Indikatoren	nein

**Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)**

1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	18 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

### E.3.5 Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Empfehlungen zur Therapie der Depression

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 5	Empfehlungen zur Therapie der Depression
Quelle	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie der Depression. 1. Aufl.;1997. <a href="http://www.akdae.de">http://www.akdae.de</a>

<b>1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung</b>		
1.1 Verantw. Institution	<b>ja</b>	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	<i>unklar</i>	<i>siehe 1.21</i>
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	na	

<b>Autoren der Leitlinien</b>		
1.4 Beteiligte	<i>unklar</i>	<i>Es sind nur Verantwortliche des Herausgebers als Autoren genannt.</i>
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	<i>Allgemeinmediziner und Fachärzte sind in der Arzneimittelkommission vertreten, es erfolgt jedoch kein Hinweis auf Patientenbeteiligung.</i>

<b>Identifizierung und Interpretation der Evidenz</b>		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<i>unklar</i>	<i>siehe 1.21</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	<i>unklar</i>	<i>siehe 1.21</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	<i>unklar</i>	<i>siehe 1.21</i>

<b>Formulierung der Leitlinienempfehlungen</b>		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	<i>unklar</i>	<i>siehe 1.21</i>
1.10 Konsensusverfahren	<i>unklar</i>	<i>siehe 1.21</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	<b>ja</b>	Abstimmung erfolgte während der Entwicklung mit der DGPPN und der AGNP.
1.12 Evidenzverknüpfung	<i>unklar</i>	<i>siehe 1.21</i>

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	<i>unklar</i>	<i>siehe 1.21</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	<i>unklar</i>	<i>Kein Hinweis ob diese Leitlinie nach der Methodik des auf der Homepage veröffentlichten Reports oder der in (Lasek R, Müller-Oerlinghausen B. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie. Z Ärztl. Fortbild. Qualitätssich. 1997; 91 (4): 375-83) beschriebenen Methodik erstellt wurde.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 5	Empfehlungen zur Therapie der Depression

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	ja	Prävalenz der Depressionen mit hoher Mortalität, Kosten und mangelnde Nutzung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll diagnostische und therapeutische Hilfestellung bei der Behandlung von leichten und mittelschweren Depression in der Allgemeinpraxis geben.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	ja	Ambulante Patienten mit leichter und mittelschwerer Depression (F31- F34 nach ICD 10)
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Niedergelassene Allgemeinmediziner
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche
2.8 b) Schlüsseempfehlung	ja	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden insbesondere bei den Empfehlungen zur Pharmakotherapie begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	unklar	<i>Für die Notwendigkeit der Mit- und Weiterbehandlung werden Kriterien genannt, dabei wird jedoch keine klare Grenze zwischen notwendiger fachärztlicher ambulanter und stationärer Behandlung gezogen.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Kontraindikationen sind genannt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen (Vorteile) der Therapie wird insbesondere bezüglich Risiko / potenzielle Toxizität dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Medikamentöse Nebenwirkungen werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 5	Empfehlungen zur Therapie der Depression	

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Patienteninformation wurde 1998 in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse erstellt. Verbreitung der Leitlinie erfolgt über Kassenärztlichen Vereinigungen.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	15 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

### E.3.6 British Association for Psychopharmacology, Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 6	Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines
Quelle	Anderson, I.M., Nutt, D.J., Deakin, J.F.W. Evidence based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. Journal of Psychopharmacology 2000;14(1):3-20. <a href="http://www.bap.org.uk">http://www.bap.org.uk</a>

#### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

#### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	ja	British Association for Psychopharmacology
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

#### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	unklar	<i>Nur die drei Hauptautoren sind genannt, Teilnehmer des Konsensusmeeting sind jedoch nicht aufgeführt.</i>
1.5 beteilig. Betroffener	n.a.	

#### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	unklar	<i>Im Vorfeld der Revision wurden Experten nach problematischen Gebieten in anderen / älteren Leitlinien befragt. Die Suche der Evidenz erfolgte in Medline, Embase, Cochrane Library und Leitlinien. Es fehlen die Suchbegriffe und Darlegung der Auswahl.</i>
1.7 Doku Suchstrategie	ja	Die Aussagen im Text sind mit der Literaturliste im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenz wurde nach einem Schema von Shekelle et al. in die Klassen (Ia, Ib; IIa, IIb, III, und IV) eingeteilt.

#### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl der Empfehlungen	unklar	<i>Es wurden mehrere Draft Versionen erstellt, ob die Auswahl der Empfehlungen nur nach der Evidenzlage erfolgt bleibt jedoch unklar.</i>
1.10 Konsensusverfahren	unklar	<i>Es wird von einem Konsensus-Meeting berichtet, es werden jedoch keine Aussagen zum Ablauf und Teilnehmern getroffen.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	unklar	<i>Es wurde auch von einem externen Feedback berichtet.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Evidenzstärke der Empfehlungen wurde nach einem Schema von Shekelle et al. in Klassen (A, B, C, D) graduiert, dabei liegt eine Verknüpfung mit der Evidenzbewertung vor.

#### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

#### Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

1.18 Überprüfung Aktualisierung genannt	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

#### Transparenz der Leitlinienerstellung

1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	ja	Eine Kurzdarstellung zur Leitlinienmethodik ist erstellt.

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 6	Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<b>ja</b>	Die Revision der BAP-Leitlinie wurde veranlasst um die Empfehlungen der aktuellen Entwicklung und Evidenz anzupassen.
2.2 Ziele	<i>unklar</i>	<i>Kein direktes Ziel ist genannt, außer dass diese Leitlinie als Grundlage für die zu erstellende Kurzversionen dienen soll.</i>

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Patienten mit Depression ohne bipolare Erkrankungsformen (manisch Depressive) oder psychotische Störungen
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Grundsätzlich soll die Leitlinie von Nicht-Fachärzten der Psychiatrie, insbesondere von Allgemeinmedizinern angewendet werden.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Darstellung des Gesundheitsproblems und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logische Darstellung ohne Widersprüche
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine Hervorhebung der wesentlichen Empfehlungen. Ergänzend sind tabellarische Übersichten für Diagnosekriterien und medikamentöse Therapie erstellt worden.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen zur Auswahl der Medikamente sind anhand der Evidenz begründet dargelegt.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Die aufzustellende Therapieplanung enthält gewichtet Vorgaben für Verlaufskontrollen und Anpassung der Therapie.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf Kontraindikation der Pharmakotherapie bei akuten milden Depressionen wird unter Nennung von Alternativen explizit und begründet hingewiesen. Die Tabellen enthalten jedoch keine substanzspezifischen Kontraindikationen.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der gesundheitliche Nutzen wird teilweise auch in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Maßnahme und des Subtyps der Erkrankung dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Medikamentöse Nebenwirkungen werden aufgeführt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 6	Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Die Erstellung / Anpassung der Leitlinie an „Every day Guidelines“ zum Gebrauch in der Praxis wird als wesentliche Maßnahme gesehen.
3.1 b) Verhaltensänderung	unklar	<i>Die Leitlinie soll auch Grundlage von Schulungsmaßnahmen für Ärzte und Öffentlichkeit sein, eine konkrete Strategie zur Umsetzung fehlt jedoch.</i>
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	17 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.7 Canadian Psychiatry Association,  
Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 7	Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders
Quelle	Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. Canadian Journal of Psychiatry 2001;46(Suppl 1): 13S-90S. <a href="http://www.cpa-apc.org/Publications/Clinical_Guidelines/contents.asp">http://www.cpa-apc.org/Publications/Clinical_Guidelines/contents.asp</a>

<b>1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung</b>		
1.1 Verantw. Institution	ja	Canadian Psychiatry Association und Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT).
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	unklar	<i>Einige Personen und Institutionen, die die Erstellung und Verbreitung unterstützen, sind in einer Danksagung aufgeführt.</i>
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

<b>Autoren der Leitlinien</b>		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche der Kapitel sind Autoren, die Qualifikation und der berufliche Hintergrund sind bei den Hauptautoren aufgeführt. Bei den Mitgliedern der CANMAT Depression Working Group ist nur der Beruf genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

<b>Identifizierung und Interpretation der Evidenz</b>		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	unklar	<i>Nur Hinweis, dass systematische Suche durchgeführt wurde.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die Herleitung der Aussagen und Empfehlungen ist mit den Quellenangaben der Literaturliste im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenzquellen der Empfehlungen wurden methodisch bewertet und die Evidenzqualität der Empfehlungen nach einem 4 Stufenschema eingeteilt.

<b>Formulierung der Leitlinienempfehlungen</b>		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	ja	Die Auswahl erfolgte nach den Ergebnissen der Evidenzbewertung, zusätzlich wurden die Ergebnisse der Konsensmeinung der Kliniker berücksichtigt. Dies wurde bei der Klassifikation berücksichtigt, auf fehlende Evidenz wird hingewiesen.
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	ja	Die Leitlinie wurde im Rahmen von 2 Workshops auf dem Psychiatrie-Kongress vorgestellt und diskutiert.
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Einteilung der Stärke der Empfehlungen erfolgt in „Line of Treatment: (first line, second line, third line, not recommended). Die Aussagen der Empfehlungsklassifikation sind mit der Evidenz verknüpft, eine Abstufung kann in Folge klinischer Notwendigkeiten z.B. Nebenwirkungen erfolgen.

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Ein externes wissenschaftliches Review erfolgte, die Reviewer sind namentlich im Anhang genannt.
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	nein	

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	



<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 7	Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien-Report	ja	Im Vorwort sind die Schritte der Entwicklung dargestellt.

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	ja	Das CPA „Spezial Comitte on Clinical Practice Guidelines“ priorisierte das Thema wegen des Bedarfseine evidenzbasierte Anleitung anzubieten.
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll helfen, Versorgung der bestmöglichen Qualität mit möglichst guter Kosteneffektivität anzubieten.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Depression, Behandlungsempfehlungen beschränken sich auf „Major Depression“ mit Subtypen und „Dythymic Disorders“ nach DSM IV. Bipolare Störungen sind explizit ausgenommen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Die Hauptzielgruppe der Leitlinie sind Psychiater als Koordinatoren der Behandlung.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	ja	Die Leitlinie findet keine Anwendung, wenn durch Spezialisten eine Kombinationstherapie von Psychotherapien durchgeführt wird.
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	ja	Patienten sollen sich an der Therapieplanung beteiligen, dabei soll möglichst ein Behandlungsvertrag zwischen Therapeuten und Patienten als Grundlage dienen.

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung des Gesundheitsproblems erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logische Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsseempfehlung	ja	Es erfolgt eine Hervorhebung der wesentlichen Empfehlungen unterstützt durch Tabellen und Graphiken, sowie die Darstellung der Behandlungsabläufe in Algorithmen.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen, auch zwischen den Therapieformen, werden an hand der Evidenz begründet dargelegt.
2.10 Amb./Stationär	ja	Kriterien und Ziele der stationären Behandlung sind aufgeführt, dabei wird auch die Entlassung des Patienten berücksichtigt.
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Die aufzustellende Therapieplanung enthält zeitliche Vorgaben zur Therapiekontrolle und Anpassung der Therapie.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Werden teilweise mit Evidenz begründet und unter Nennung von Alternativen dargestellt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Nutzen und Benefit werden in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Maßnahme und teilweise auch unter Berücksichtigung spezieller Situationen dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Nebenwirkungen werden graduiert und übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	unklar	<i>Diskussion der Effizienz der verschiedenen Therapiestrategien erfolgt an Hand der zitierten Studien, es erfolgt jedoch keine Betrachtung des Nutzens aus der Leitlinien Anwendung.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 7	Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Implementierung ist durch begleitende Workshops in Kanada vorgesehen.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	unklar	<i>Die Evaluation der Anwendung ist durch das CPA Practice Research Network für das nächste Jahr (2002) vorgesehen. Das Verfahren ist hier jedoch nicht beschrieben.</i>
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	15 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	25 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

### E.3.8 Canadian Consensus Group on SAD, Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 8	Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder: a summary of the report of the Canadian Consensus Group on SAD
Quelle	Lam, RW, Levitt AJ, editors. Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder: a summary of the report of the Canadian Consensus Group on SAD. Vancouver: Clinical and Academic Pub.;1999. Summary: <a href="http://www.fhs.mcmaster.ca/direct/subpages/pu_depcons.html">http://www.fhs.mcmaster.ca/direct/subpages/pu_depcons.html</a>

#### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

#### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	<i>unklar</i>	"Canadian Consensus Group on SAD" es ist nicht klar welche Organisationsform die Arbeitsgruppe hat bzw. wem sie zugeordnet ist.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	<b>ja</b>	Die Leitlinien Entwicklung wurde durch eine uneingeschränkte Spende der Pfizer Kanada unterstützt.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	<i>unklar</i>	Weitere Problematisierung des möglichen tatsächlichen Einflusses (z.B. einziger Sponsor der CCG) außer dem Hinweis auf den erfolgten „unrestricted grant“ erfolgt nicht.

#### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Verantwortliche Autoren werden mit Funktion genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	In der Arbeitsgruppe sind verschiedene Wissenschaftler und Kliniker vertreten, kein Hinweis auf Beteiligung von Sozialarbeitern, Pflegern und Patientenvertretern.

#### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<b>ja</b>	Es erfolgte ein systematisches Review der verfügbaren Evidenz zu den Punkten: Diagnose, klinischen Bild, Epidemiologie, Pathophysiologie, Behandlung der SAD inkl. Medlinesuche. Vorauswahl erfolgte nach Bewertung durch zwei Mitglieder der Arbeitsgruppe.
1.7 DoKu Suchstrategie	<b>ja</b>	Empfehlungen wurden aus der Literatur abgeleitet. Die Quellen sind in der Diskussion und im Anhang zu den jeweiligen Unterkapiteln dargelegt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	<b>ja</b>	Kanadisches System der Levels of Evidence (5 Stufen) fand Anwendung.

#### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	<i>unklar</i>	Es wurden Aussagen in den Empfehlungen berücksichtigt, die klinisch und wissenschaftlich bedeutungsvoll sind.
1.10 Konsensusverfahren	<i>unklar</i>	Nur Hinweise auf durchgeführtes Konsensusverfahren vor Erstellung der Draft Version, die Methodik ist jedoch nicht näher beschrieben.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

#### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	<b>ja</b>	Zwei externe Reviewer sind namentlich genannt, Verfahren ist jedoch nicht näher beschrieben worden.
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

#### Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

1.18 Datum der Überprüfung	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 8	Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder: a summary of the report of the Canadian Consensus Group on SAD

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	nein	

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinie soll dem Kliniker bei der Identifikation und Therapie von Patienten mit „seasonal affective disorders“ (SAD) helfen und es ihm ermöglichen, Fragen von Patienten und Angehörigen zu SAD zu beantworten.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Patienten mit „seasonal affective disorder“, es erfolgt keine Einschränkung des Alters und Geschlechts.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<i>unklar</i>	<i>Allgemein wird von „clinicans“ gesprochen ohne das der Versorgungsbereich näher definiert wird.</i>
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	<b>ja</b>	Grundsätzlich erfolgt keine Therapie während der Remissionsphase im Sommer. Als spezielle Situationen in denen von dieser Empfehlung abgewichen werden soll sind aufgeführt: mangelnde Compliance, verlängerte Ansprechzeiten auf die Therapie, fehlende Erkennung von Frühzeichen, früher Beginn oder spätes Beenden der Symptome, Erfahrung mit Symptomen im Sommer.
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der Empfehlungen mit Angabe der zugrundeliegenden Evidenz.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Insbesondere auf Auswahlkriterien zwischen Lichttherapie und Therapie mit Antidepressiva und ggf. auch Kombination wird ausführlich eingegangen.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf spezifisch notwendige Maßnahmen der Differential-Diagnostik und Therapiedurchführung wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Relative Kontraindikationen und eventuell durchzuführende ergänzende Maßnahmen (z.B. Augenarztkontrolle) werden beschrieben.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und mögliche Ineffektivität der unterschiedlichen Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Auf mögliche Nebenwirkungen, ihre klinische Bedeutung und Maßnahmen zur Verhinderung wird hingewiesen.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	<b>ja</b>	Jahrestherapiekosten 300-500 Can\$, ein geeignetes Lichttherapiegerät kostet einmalig 300-500 Can\$.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>unklar</i>	<i>Der Vergleich Lichttherapie / Medikation bezieht auch eine Kostenbetrachtung ein. Einschließlich des Hinweis, dass die Hilfsmittel nicht erstattet werden, obwohl sie ungefähr den Jahrestherapiekosten entsprechen. Es erfolgt jedoch keine direkte Abwägung der Vor-/Nachteile der Therapieformen.</i>

**Strukturierte Leitlinien-Abstracts**

Leitlinie 8	Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder: a Summary of the Report of the Canadian Consensus Group on SAD
-------------	---

**3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie**

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

**Verbreitung und Implementierung**

3.1 a) Methode der Implement.	<b>ja</b>	Die Disseminierung der Leitlinie erfolgt durch Publikation der Kurzversion im Canadian Journal of Diagnosis und im Internet.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

**Überprüfung der Anwendung**

3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

**Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)**

1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	19 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

### E.3.9 Canadian Task Force for Preventive Health Care, Early detection of depression und Prevention of Suicide

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 9	Early detection of depression (chapter 39), Prevention of suicide (chapter 40)
Quelle	Early detection of depression. In: Guide to clinical preventive services; 2001. p. 450-54. Prevention of suicide. In: Guide to clinical preventive services; 2001. p. 456-67. (Leitlinie chapter 39 und 40 sind von 1994) www.ctfphc.org

#### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

#### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	ja	Canadian Task Force for Preventive Health Care (CTFPHC)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	ja	Als Sponsoren der CTFPHC zur Leitlinienentwicklung wird "Health Canada" genannt.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	nein	

#### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	unklar	Als Autor wird nur JW Feightner genannt, nur die Co Autoren der Ursprungsfassung sind im Anhang aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

#### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Im allgemeinen Methodikteil wird auf die Medline-Suche hingewiesen. Die spezifischen Suchwörter die zu den Empfehlungen führten sind angegeben.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Empfehlung sind mit Literatur verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die „Quality of Published Evidence“ wurde systematisch in Klassen I-III bewertet.

#### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	ja	Ausführliche Beschreibung des Konsensprozess als alleinige Grundlage zur Auswahl und Formulierung der Empfehlungen. Die Ergebnisse des Konsens sind statistisch ausgewertet worden.
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Empfehlungsklassifikation A bis E ist notwendigerweise mit der Evidenz verknüpft. Sie unterscheidet auch nach Einschluss (A) und guter Evidenz zum Ausschluss eines Verfahrens (E)

#### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	ja	In „recommendations others“ erfolgt ein Vergleich mit den Empfehlungen des U.S. Preventive service Task Force (USPSTF).

#### Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

1.18 Datum der Überprüfung	unklar	Leitlinien sind ein update eines Reports aus dem Jahre 1990. In der Gesamtausgabe der Präventionsleitlinien sind neuere Leitlinien enthalten, die depressionsrelevanten Kapitel stammen jedoch aus dem Jahre 1994.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

#### Transparenz der Leitlinienerstellung

1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	unklar	„In Method of Developing“ wird nur allgemein Methodik der CTFPHC dargestellt, kein direkter Bezug zur Erstellung der vorliegenden Kapitel.

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 9	Early detection of depression (chapter 39), Prevention of suicide (chapter 40)	
<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Leitlinien sollen dem Arzt effektive und sinnvolle Präventions- und Screeningstrategien anbieten.
<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Gesunde „Screening-Leitlinie“ ohne spezifisches Risiko. Bei der Empfehlung zur Prävention des Suizid sind die Risikogruppen beschrieben.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<i>unklar</i>	<i>Alle Ärzte ohne Einschränkung, teilweise auch Empfehlungen zur Prävention in Schulen und Gemeinden.</i>
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	
<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Pro Kapitel jeweils eine eindeutige Empfehlung
2.9 Handlungsalternativen	nein	
2.10 Amb./Stationär	<i>unklar</i>	<i>Die Empfehlung für auffällige Personen mit vorangegangenem Suizidversuch bleibt letztendlich mangels Evidenz offen.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Die notwendigen Massnahmen zur Prävention sind mit Bezug zur Evidenz angegeben.
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	
<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>unklar</i>	<i>Keine direkte Angabe von Kosten, nur Abwägung die zum Ausschluss vom Screening führt.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 9	Early detection of depression (chapter 39), Prevention of suicide (chapter 40)

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	nein	
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	0 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste



E.3.10 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde,  
Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 10	Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen
Quelle	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen; 2000. Kurzfassung: <a href="http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psypn05.htm">http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psypn05.htm</a>

**1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung**

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

**Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung**

1.1 Verantw. Institution	ja	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

**Autoren der Leitlinien**

1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren sind genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

**Identifizierung und Interpretation der Evidenz**

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	unklar	<i>Es wurden RCT sowie Ergebnisse des Expertenkonsens berücksichtigt die das erfolgsversprechendste Vorgehen beschreiben.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	unklar	<i>Literaturliste im Anhang ohne direkten Bezug zu den Aussagen.</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	

**Formulierung der Leitlinienempfehlungen**

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	unklar	<i>Beratung eines Entwurfes in einer Konsensuskonferenz während des DGPPN Kongress 1996 nach Überarbeitung erneute Stellungnahme durch das Expertenpanel, Verabschiedung durch den DGPPN Vorstand. Insbesondere die Konsensprozesse im Expertenpanel sind unklar.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	unklar	<i>Es geht nicht hervor wie weit die Konsensuskonferenz während des DGPPN Kongress auch für Interessierte offen war.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

**Gutachterverfahren und Pilotstudien**

1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

**Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie**

1.18 Datum der Überprüfung	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

**Transparenz der Leitlinienerstellung**

1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	unklar	<i>Die wesentliche Entwicklungsschritte können nur aus den Vorworten nur indirekt abgeleitet werden.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 10	Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<b>ja</b>	Arbeit der DGPPN an der Entwicklung des konzeptionellen und instrumentellen Rüstzeugs für die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Leitlinien Entwicklung und der Praxistransfer wird dabei als Aufgabe der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften gesehen, wobei die Entwicklung ein erster Schritt auf dem Weg zu einer Optimierung von Diagnostik und Therapie ist.
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinien stellen ein Referenzsystem zur Verfügung, an dem der Therapeut sein Handeln ausrichten kann. Sie sollen dem praktisch tätigen Arzt helfen Diagnostik und Therapie nach den Regeln der Kunst zu gestalten.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Patienten mit Depression F30-F35 nach ICD 10, auch andere psychische Störungen mit affektiver Symptomatik und organisch affektive Erkrankungen sind differenzialdiagnostisch berücksichtigt.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<i>unklar</i>	<i>Psychiater sind häufig aufgeführt, aber nicht eingegrenzt.</i>
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Algorithmen.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Begründete Handlungsalternativen werden insbesondere bei den Empfehlungen zur Pharmakotherapie aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<b>ja</b>	Kriterien der ambulanten und teil-/stationären Behandlung werden genannt.
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Kontraindikationen sind genannt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Vorteile der Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Medikamentöse Nebenwirkungen werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 10	Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Internetkurzversion veröffentlicht
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	unklar	<i>Auf notwendige Maßnahmen der Therapiekontrolle einschließlich der Erfassung der Compliance wird hingewiesen. Eine klare Beschreibung von Evaluationskriterien und Indikatoren fehlt jedoch.</i>

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	15 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

## E.3.11 Duodecim Finish Medical Society, EBM Guidelines

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 11	Duodecim Finish Medical Society (FMS) EBM Guidelines Leitlinien zu „major depressive disorder“ und damit verbundene Dokumente / Leitlinien. "Drug Treatment of Anxiety and related disorders". Die Methodische Bewertung erfolgte unter Berücksichtigung der auf der CD_ROM dargestellten Methodik: Preface „What is Evidence-Based Medicine Guidelines; 30.05.2000 und Update vom 15.05.2001 Ilkka Kunnamo
Quelle	Duodecim Finish Medical Society. Major depressive disorder; 1998. Available from: URL: <a href="http://www.ebm-guidelines.com">http://www.ebm-guidelines.com</a>

**1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung**

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

**Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung**

1.1 Verantw. Institution	ja	Duodecim Finish Medical Society, sie ist auch Gesellschaft, die die Finnische Ursprungsversion erstellt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

**Autoren der Leitlinien**

1.4 Beteiligte	unklar	<i>Zu jedem Kapitel werden Verantwortliche des Herausgeberteams (Übersetzer?) genannt. Weitere Autoren des primären Konsensusprozess sind nicht erkennbar.</i>
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

**Identifizierung und Interpretation der Evidenz**

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	unklar	<i>Es wurde möglichst auf Cochrane Reviews und DARE Abstracts, andere systematische Reviews sowie auf die Suche in der Cochrane Library und spezifische Suche in medizinischen Journals zurückgegriffen.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	unklar	<i>In der bewerteten Auflage erfolgte nicht in allen Fällen ein Beleg der Empfehlungen.</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Einteilung erfolgte nach systematischer Bewertung des gesichteten Materials in Klassen A bis D. Hierbei wurden bei den verwendeten Primärquellen Evidenzzusammenfassungen erstellt.

**Formulierung der Leitlinienempfehlungen**

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

**Gutachterverfahren und Pilotstudien**

1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien -Vergleich	nein	

**Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie**

1.18 Datum der Überprüfung	unklar	<i>Erfolgt sowohl für die finnische Ursprungsversion als auch für die englische Übersetzung auf CD Rom alle 6 Monate. Es ist jedoch nicht klar, wie häufig die Einzelkapitel überarbeitet werden.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

**Transparenz der Leitlinienerstellung**

1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	unklar	<i>Aus der Einleitung geht der Erstellungsprozess nur unzureichend hervor. Insbesondere wird hier auch nicht deutlich, welche Informationen durch die Übersetzung verloren gehen.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 11	Duodecim Finish Medical Society (FMS) EBM Guidelines Leitlinien zu „major depressive disorder“ und damit verbundene Dokumente / Leitlinien.	

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinien sammeln das Wissen und fassen die Eckpunkte so zusammen, wie sie zur Behandlung in der hausärztlichen Praxis erforderlich sind.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Ambulante Patienten mit dem in der Einzelleitlinie definierten Krankheitsbild (major depressive disorder).
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<i>unklar</i>	<i>Die Leitlinien Kapitel sind übersichtlich sortiert nach Inhalt, Ziel, Diagnose / Indikationsgebiete, Management; Evidenz und Literatur. Eine Heraushebung der Schlüsselempfehlungen, z.B. in Tabellen, erfolgt jedoch nicht.</i>
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<b>ja</b>	Empfehlungen zur Hospitalisation werden gegeben.
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik und Therapieplanung wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Kontraindikationen sind genannt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Vorteile der Therapie werden für Psychotherapien diskutiert.
2.14 Therapiefolgen / NW	<i>unklar</i>	<i>siehe Anmerkung</i>
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 11	Duodecim Finish Medical Society (FMS) EBM Guidelines Leitlinien zu „major depressive disorder“ und damit verbundene Dokumente / Leitlinien.

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	<b>ja</b>	Die Leitlinien in der englischen Fassung werden vollelektronisch publiziert. Spezial-/ Kurzversionen diese können auch mit Handheldcomputern und Handyorganizern im mobilen Einsatz (Hausbesuch) genutzt werden.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	13 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

Auf der CD ROM befinden sich noch weitere Leitlinien mit speziellen Empfehlungen zur Diagnostik, Umgang mit speziellen Altersgruppen und insbesondere auch zur Pharmakotherapie in „antidepressants from general practitioner´s viewpoint“. Zu diesen Empfehlungen wird jedoch in der Leitlinien Datenbank nicht gelinkt, so dass diese bei der methodischen Bewertung hier auch nicht berücksichtigt wurden. Dies führte z. B. bei Frage 2.14 zur Abwertung.

E.3.12 Institute for Clinical Systems Improvement,  
Major Depression in Adults for Mental Health Providers

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 12	Major depression in adults for mental health providers
Quelle	Major depression in adults for mental health health providers; 2001. Available from: URL: <a href="http://www.icsi.org/guide/DeprSp.pdf">http://www.icsi.org/guide/DeprSp.pdf</a>

<b>1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung</b>		
1.1 Verantw. Institution	<b>ja</b>	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

<b>Autoren der Leitlinien</b>		
1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Verantwortliche Autoren sind namentlich genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	<i>Fachärzte, Pharmakologen, Sozialarbeiter, Gesundheitserzieher und Gesundheitsmanager sind vertreten, jedoch kein Hinweis auf Patientenbeteiligung</i>

<b>Identifizierung und Interpretation der Evidenz</b>		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	<i>unklar</i>	<i>Nur vereinzelte bewertete Literaturangaben zu den Aussagen.</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	<b>ja</b>	Zitierte Quellen wurden nach einem evaluierten Evidenzgrading Schema ( A, B, C, D, M, R, X) bewertet.

<b>Formulierung der Leitlinienempfehlungen</b>		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	<i>unklar</i>	<i>Hier Verweis auf zukünftige Anwendung, siehe auch :ICSI A practical approach to evidence grading. Joint Comission Journal on Quality Improvement 2000; 26:700 –12.</i>

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	<b>ja</b>	Review erfolgte durch Partnerorganisationen der ICSI
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	<b>ja</b>	Durch verschiedene medizinische Gruppen erfolgt ein Pilotversuch zu ausgewählten Gebieten.
1.16 Konsequenzen erwähnt	<i>unklar</i>	Es erfolgte Überarbeitung der Draft Version
1.17 Leitlinien -Vergleich	nein	

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	<b>ja</b>	Überprüfung der 6. Auflage ist in 18 Monaten geplant.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	<b>ja</b>	Überprüfung erfolgt durch Leitlinienarbeitsgruppe unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur und der Rückmeldungen der medizinischen Arbeitsgruppen.

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	<i>unklar</i>	<i>In der beigefügten Übersicht des Ablaufs der Erstellung fehlen einige Schritte der Leitlinien - Erstellung.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 12	Major depression in adults for mental health providers

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinien der ICSI sollen die Wirksamkeit, den Wirkungsgrad und die Beständigkeit der Gesundheitsversorgung verbessern. Leitlinien sollen als Handwerkszeug dienen, um einen Zugang zum medizinischen Problem zu schaffen. Dabei soll durch diese Leitlinie die umfassende Diagnose und Behandlung von Depressiven durch „mental health clinicians“ verbessert werden.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Ambulante Patienten mit „major depression“
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	„mental health professionals“ = Klinische Sozialarbeiter, Psychiatriseschwestern, Psychologen, Psychiater
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in einem Handlungsalgorithmus.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden genannt.
2.10 Amb./Stationär	<b>ja</b>	Kriterien zur Einleitung einer stationären Therapie sind genannt.
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Vorteile der Therapieformen werden im Diskussionsteil anhand der Studien dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Medizinische Nebenwirkungen werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	<i>unklar</i>	<i>Es erfolgt nur eine übersichtsartige Angabe von Dosiskosten.</i>
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	



<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 12	Major depression in adults for mental health providers

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	<b>ja</b>	Die Verbreitung erfolgt über Buch und „quick reference guide“ als Praxishilfen.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	<i>unklar</i>	<i>Nur juristischer Hinweis, dass organisierte medizinische Gruppen Leitlinien der ICSI auch anpassen dürfen.</i>

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	<b>ja</b>	Ein Evaluationskonzept zur Überprüfung der Leitlinienanwendung in medizinischen Gruppen mit Beschreibung der Berechnungsmethode, Erhebungshäufigkeit und Methode der Datensammlung wird beschrieben.
3.4 Indikatoren	<b>ja</b>	Beispielhafte Nennung von Indikatoren zur Erfassung der Versorgungsqualität: -Anteil der Patienten mit dokumentierter an DSM IV ausgerichteter Diagnose -Anteil der Patienten, die eine Schulung über die Erkrankung erhielten, Diagnoseanteil komorbider Zustände

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	3 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	20 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

### E.3.13 Institute for Clinical Systems Improvement, Major Depression, Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder in Adults in Primary Care

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 13	Major depression, panic disorder and generalized anxiety disorder in adults in primary care
Quelle	Major depression, panic disorder and generalized anxiety disorder in adults in primary care; 2001. Available from: URL: <a href="http://www.icsi.org/guide/Anx.pdf">http://www.icsi.org/guide/Anx.pdf</a>

<b>1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung</b>		
1.1 Verantw. Institution	<b>ja</b>	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

<b>Autoren der Leitlinien</b>		
1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Verantwortliche Autoren sind namentlich genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	<i>Allgemeinmediziner, Internisten, Fachärzte, Pharmakologen, Gesundheitserzieher und Gesundheitsmanager sind vertreten, jedoch kein Hinweis auf Patientenbeteiligung.</i>

<b>Identifizierung und Interpretation der Evidenz</b>		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	<i>unklar</i>	<i>Nur vereinzelte bewertete Literaturangaben zu den Aussagen.</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	<b>ja</b>	Zitierte Quellen wurden nach einem evaluierten Evidenzgrading Schema ( A, B, C, D, M, R, X) bewertet.

<b>Formulierung der Leitlinienempfehlungen</b>		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	<i>unklar</i>	<i>Hier Verweis auf zukünftige Anwendung, siehe auch ICSI „A practical approach to evidence grading“; Joint Commission on Quality Improvement Vol 26:700 –712, 2000</i>

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	<b>ja</b>	Review erfolgte durch Partnerorganisationen der ICSI
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	<b>ja</b>	Durch verschiedene medizinische Gruppen erfolgt ein Pilotversuch zu ausgewählten Gebieten.
1.16 Konsequenzen erwähnt	<i>unklar</i>	<i>Es erfolgte Überarbeitung der Draft Version.</i>
1.17 LL-Vergleich	nein	

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	<b>ja</b>	Nächste Überprüfung der ICSI-Leitlinie ist in 18 Monaten geplant. Bis zur 5. Auflage im Mai 2001 wurde dies auch durchgeführt.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	<b>ja</b>	Überprüfung erfolgt durch Leitlinienarbeitsgruppe unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur und der Rückmeldungen der medizinischen Arbeitsgruppen.

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	<i>unklar</i>	<i>In der beigefügten Übersicht des Ablaufs der Erstellung fehlen einige Schritte der Leitlinien-Erstellung.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 13	Major depression, panic disorder and generalized anxiety disorder in adults in primary care

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die LL der ICSI soll die Wirksamkeit, den Wirkungsgrad und Beständigkeit der Gesundheitsversorgung verbessern. Diese LL soll dazu dienen, die Erkennung und Diagnose der Panikstörungen, Angststörungen und Depressionen durch die Hausärzten zu verbessern.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Ambulante erwachsene Patienten mit „major depression“, Panikstörungen und Angsstörungen“
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Grundversorger „Primary Care“
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in einem Handlungsalgorithmus.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden genannt.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Vorteile der Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Wesentliche Nebenwirkungen der pharmakologischen Therapie werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	<i>unklar</i>	<i>Angabe von Dosiskosten</i>
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 13	Major depression, panic disorder and generalized anxiety disorder in adults in primary care

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	<b>ja</b>	Die Verbreitung erfolgt über Buch und „quick reference guide“ als Praxishilfen.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	<i>unklar</i>	<i>Nur juristischer Hinweis, dass organisierte medizinische Gruppen Leitlinien der ICSI auch anpassen dürfen.</i>

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	<b>ja</b>	Ein Evaluationskonzept zur Überprüfung der Leitlinienanwendung in medizinischen Gruppen mit Beschreibung der Berechnungsmethode, Erhebungshäufigkeit und Methode der Datensammlung wird beschrieben.
3.4 Indikatoren	<b>ja</b>	Beispielhafte Nennung von Indikatoren zur Erfassung der Versorgungsqualität: -Anteil der Patienten mit dokumentierter an DSM IV ausgerichteter Diagnose -Anteil der Patienten, die eine Schulung über die Erkrankung erhielten, Diagnoseanteil komorbider Zustände

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	3 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	19 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.14 National Advisory Committee on Health and Disability,  
Guidelines for the Treatment and Management of Depression by Primary  
Healthcare Professionals

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 14	Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals
Quelle	Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals; 1996. Available from: URL: <a href="http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/depression/index.cfm">http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/depression/index.cfm</a>

<b>1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung</b>		
1.1 Verantw. Institution	<b>ja</b>	National Advisory Committee on Health and Disability (NACHD)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

<b>Autoren der Leitlinien</b>		
1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Verantwortliche Autoren sind genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	<b>ja</b>	In der Arbeitsgruppe sind Patienten, Gesundheitsbehörden, Berufsgruppen und Maori vertreten.

<b>Identifizierung und Interpretation der Evidenz</b>		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<i>unklar</i>	<i>Ergebnisse der Literatursuche zur AHCPR Leitlinie (1993) wurden ausgewertet und durch neuere und spezifische neuseeländische Literatur ergänzt. Suchverfahren wurde nicht näher beschrieben.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	<b>ja</b>	Die wesentlichen Empfehlungen sind mit Literaturangaben belegt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	

<b>Formulierung der Leitlinienempfehlungen</b>		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	<b>ja</b>	Neben der Einflussnahme über die Kommentierung der Draft Version wurde eine öffentliche und offene Anhörung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden im letzten update der Leitlinie vor Veröffentlichung berücksichtigt.
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	<b>ja</b>	<i>Es erfolgte während der Erstellung eine Verteilung einer Draft Version an 200- 300 verschiedene Personen und Organisationen.</i>
1.14 Konsequenzen erwähnt	<i>unklar</i>	<i>Die Namen derer, die eine Rückmeldung gegeben haben, sind genannt. Die Ergebnisse wurden im letzten update der Leitlinie vor Veröffentlichung berücksichtigt.</i>
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	nein	

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	<b>ja</b>	Im Appendix 10 wird der Erstellungsprozess dargestellt.

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 14	Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<b>ja</b>	Depressionen wurden als psychische Störung mit der höchsten Prävalenz erkannt. Außerdem wird es als möglich angesehen, dass sie durch geeignete Information an die Primärversorger dort auch adäquat behandelt werden können.
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinie soll diagnostische und therapeutische Hilfestellung bei der Behandlung von leichten und mittelschweren Depressionen in der Allgemeinpraxis geben.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Ambulante Patienten mit Depression und Dysthymie ohne bipolare Erkrankungsformen (Behandlung durch Spezialisten).
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Primärversorger „primary healthcare workers“ auch unter Einschluss von Sozialarbeitern
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	<b>ja</b>	Aus organisatorischen Gründen kann es erforderlich werden, dass die Beurteilung der Suizidalität nicht vom Spezialisten vorgenommen werden kann, obwohl dieses Ziel der Diagnosequalität grundsätzlich angestrebt werden sollte.
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	<i>unklar</i>	<i>Nach Meinung der Autoren sollten aufgrund der Patientenpräferenzen psychologische Therapien als Ersttherapie angeboten werden.</i>

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen und Algorithmen.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<i>unklar</i>	<i>Für die Notwendigkeit der Mit- bzw. Weiterbehandlung werden Kriterien genannt. Eine vergleichbare klare Indikationsstellung zur Einleitung stationärer Therapie fehlt.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Kontraindikationen sind genannt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Vorteile der unterschiedlichen Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Medikamentöse Nebenwirkungen werden graduiert und übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	<i>unklar</i>	<i>In der Einleitung werden verschiedene Kosten bei depressiven Patienten genannt.</i>
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>unklar</i>	<i>Tagesdosiskosten werden angegeben, ohne dass diese einen Vergleich mit anderen Therapieformen oder dem Nutzen der anderen Medikamente ermöglichen.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 14	Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Patienteninformationen
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	ja	Nutzung der etablierten fachspezifischen Einrichtungen und Selbsthilfegruppen wird gefordert, durch ausführliche Adresslisten wird es auch erleichtert, einen geeigneten Ansprechpartner zu finden.
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	13 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	2 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	22 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.15 National Institutes of Health,  
Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 15	Diagnosis and treatment of depression in late life
Quelle	Diagnosis and treatment of depression in late life consensus development. Consensus Statement 1991;9(3):1-27. <a href="http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/086/086_statement.htm">http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/086/086_statement.htm</a> . Update: Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. JAMA 1997;278 (14):1186-90.

<b>1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung</b>		
1.1 Verantw. Institution	ja	National Institutes of Health
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

<b>Autoren der Leitlinien</b>		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren sind mit beruflichem Hintergrund und Funktion bei der Erstellung genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	<i>In der Arbeitsgruppe sind verschiedene Facharztgruppen, Epidemiologen, Sozialarbeiter und Pfleger jedoch keine Patientenvertreter vertreten.</i>

<b>Identifizierung und Interpretation der Evidenz</b>		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	

<b>Formulierung der Leitlinienempfehlungen</b>		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	unklar	<i>Während der Konferenz erfolgte nach Darlegung des Wissens durch Experten mit Diskussion in der Zuhörerschaft durch moderierte Expertengruppe ein Statement, das 6 Fragen beantwortet.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	unklar	<i>Mögliche Beteiligung während der Vorträge (s.o.)</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	unklar	<i>In der Internetversion wird auf Aktualisierungsartikel (update) verwiesen, es wird jedoch kein Prozess beschrieben.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	unklar	<i>Nur Konsensuskonferenz im Ablauf vorgestellt, systematische Formulierung und Herkunft der Evidenz ist nicht dargelegt.</i>



<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 15	Diagnosis and treatment of depression in late life

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<i>unklar</i>	<i>Depressionen werden wegen physischer Morbidität oder sozialer und ökonomischer Probleme der Älteren häufig nicht erkannt und auch nicht behandelt. Es erfolgt keine Verknüpfung dieser Angaben mit der Erstellung des Dokuments.</i>
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Entwicklung des Konsensusstatement wurde durch das NIH veranlasst, um offene Fragen zu beantworten. Die Autoren sehen Ihre Aufgabe darin, das in der Altersgruppe über Epidemiologie, Pathophysiologie, Prävention und Therapie Bekannte und Notwendiges für die zukünftige Forschung darzulegen.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Patienten mit „depression in late life“ sind dabei mit >65 Lebensjahren definiert, keine genauere Abgrenzung der Form und / oder Symptomatik.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<i>unklar</i>	<i>Teilweise richten sich die Empfehlungen an Pflegekräfte und Hausärzte, schwerpunktmäßig an Forscher.</i>
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche zusammenfassende Darstellung, in „conclusions and recommendations“.
2.9 Handlungsalternativen	<i>unklar</i>	<i>Teilweise werden nicht begründete Alternativen aufgeführt.</i>
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf spezifisch notwendige Maßnahmen der Differenzial-Diagnostik und Therapiekontrolle bei Älteren wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die mögliche Ineffektivität der unterschiedlichen Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Auf mögliche Nebenwirkungen wird hingewiesen, dabei wird insbesondere auch auf die Problematik eingegangen, dass wegen fehlender Studienlage bei „Älteren“ aufgrund klinischer Erfahrungen bestimmte Medikamente in der Anwendung bevorzugt werden.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 15	Diagnosis and treatment of depression in late life

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	nein	
3.1 b) Verhaltensänderung	<b>ja</b>	Das Thema soll in „continuing education programs“ der Leistungsanbieter aufgenommen werden, Begleitforschung soll Defizite in Kenntnis der Symptomatik und Therapie offen legen.
3.1 c) Organis.-Hindernisse	<b>ja</b>	Es wird auf Notwendigkeit von innovativen Modellen des „social services“, z.B. Tagesbetreuung, hingewiesen.
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	2 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	12 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

### E.3.16 North of England Evidence-Based Guideline Development Project, The Choice of Antidepressants for Depression in Primary Care

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 16	The choice of antidepressants for depression in primary care
Quelle	Centre for Health Services Research University of Newcastle upon Tyne; Centre for Health Economics University of York. The choice of antidepressants for depression in primary care: North of England Evidence-Based Guideline Development Project; 1998. Available from: URL: <a href="http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesdb/html/AFAntidepressants.HTM">http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesdb/html/AFAntidepressants.HTM</a>

#### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

#### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	<b>ja</b>	Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne and Centre for Health Economics, University of York
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	<b>ja</b>	Die Leitlinien-Entwicklung wurde über die Forschungsinitiative des Department of Health finanziert.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	<i>unklar</i>	<i>Nur Angabe zur Kostenerstattung der Autoren.</i>

#### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Verantwortliche Autoren sind genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	<i>Allgemeinmediziner und Psychiater, Pharmakologen Epidemiologen, Ökonomen und ein Moderator sind als Autoren beteiligt, jedoch kein Hinweis auf Patientenbeteiligung.</i>

#### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<b>ja</b>	Nach Formulierung der Fragen durch die Leitlinien Gruppe wurden die inhaltlich relevanten Studien identifiziert. Danach wurden die relevanten Studien nach ihrer methodischen Qualität bewertet. Suchstrategie und Methodik in Embase und Medline und Auswahlkriterien für die Reviews sind klar dargelegt.
1.7 DoKu Suchstrategie	<b>ja</b>	Die in das Review eingeschlossen Studien sind mit Eckdaten (Autoren, Quelle, Einschlusskriterien, Intervention, beobachtetes Outcome und statistische Angaben zur Effizienz und zum relativen Risiko) im Anhang aufgeführt. Dabei wurde auch eine Übersicht über nicht berücksichtigte Studien erstellt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	<b>ja</b>	Die Evidenzbewertung erfolgte in Anlehnung an die Kriterien der AHCPR (Ia, Ib, IIa, Iib, III, IV).

#### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	<b>ja</b>	Von der Leitlinien-Gruppe formulierte klinische Fragestellung => Ergebnisse der Suche und Bewertung => Einordnung in Stärke der Empfehlungen. Diskussion bei Evidenzkonflikt.
1.10 Konsensusverfahren	<i>unklar</i>	<i>Es wird nur beschrieben, dass vier Treffen der Leitlinien-Autoren stattgefunden haben.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	<b>ja</b>	Die Empfehlungsklassifikation (Grad A-D) ist mit der Evidenz notwendigerweise verknüpft, während die klinische Relevanz als Ergebnis des Konsensprozess als zweites Kriterium berücksichtigt wurde. Dabei wurden Gebiete ohne Evidenz aber mit klinischer Notwendigkeit einer Empfehlung herausgehoben dargestellt.

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 16	The choice of antidepressants for depression in primary care	

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Ein externes Review wurde durchgeführt, die Reviewer sind namentlich genannt.
1.14 Konsequenzen erwähnt	ja	Nur eine Deklaration, dass zwar Stil und Inhalt beeinflusst wurden, jedoch Verantwortlichkeit bei den Autoren verblieb.
1.15 Pilotversuch	unklar	<i>Die Leitlinie wurde im Rahmen der „Evidence-based OutReach (EBOR) Studie entwickelt, unklar bleibt ob erste Ergebnisse dieser Studie die vorliegende Version beeinflussten.</i>
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

<b>Gültigkeitsdauer / Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	unklar	<i>Nur eine Angabe, dass die Überarbeitung wsl. verfügbar sein wird, wenn neue Ergebnisse (nach 1999) die Empfehlungen beeinflussen.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	ja	Auf Probleme beim Review, insbesondere eine mögliche Verzerrung durch den Publikationsbias inkl. Dubletten von Studienergebnissen und kleine Fallzahlen wird eingegangen.
1.21 Leitlinien - Report	ja	Übersichtliche Zusammenfassung mit wesentlichen Eckpunkten der Leitlinie Entwicklung.

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll Hausärzten durch Bereitstellung evidenzbasierter Informationen eine Hilfestellung beim Gebrauch von Antidepressiva und bei der Therapie der Depression geben.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	ja	Ambulante Patienten mit Depression in der hausärztlichen Therapie
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	„primary health care professionals“
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	unklar	<i>Nur allgemeiner Hinweis, dass sich aus den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Umständen, Situationen ergeben können, bei denen Leitlinien keine Anwendung finden.</i>
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche in den Kapiteln.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	unklar	<i>Aus der zusammenfassenden Darstellung der wesentlichen Empfehlungen geht nicht klar hervor, unter welchen Bedingungen, welches Antidepressiva gewählt werden soll.</i>
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden im Studienvergleich (Wirkung, Nebenwirkungen, Kosten) begründet.
2.10 Amb./Stationär	unklar	<i>Aus der Nutzen-Kosten-Betrachtung geht nur indirekt hervor, dass Hospitalisation bei toxischen Effekten der trizyklischen Antidepressiva erforderlich sein kann.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 16	The choice of antidepressants for depression in primary care	

2.11 Notwendige Maßnahmen	<i>unklar</i>	<i>Durch fehlende Verknüpfung zwischen Effizienz-, Nutzen - Betrachtung geht nicht klar hervor, wie diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt werden soll.</i>
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Teilweise sind relative Kontraindikationen (z.B. kein Gebrauch von MAO Hemmern im medizinischen Alltag) genannt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Vorteile der Antidepressiva wird für die verschiedenen Antidepressiva dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Nebenwirkungen werden im Kapitel Toxizität und Sicherheit anhand von Studien ausführlich diskutiert.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	<b>ja</b>	Angabe und Diskussion der Dosiskosten inklusive der Gesamttherapiekosten, dabei Vergleich des Kostenanstiegs zur Mortalität.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>unklar</i>	<i>Der Nutzen der Leitlinien Anwendung als Globalmaßnahme ist nicht klar. Die dargestellten Ergebnisse der Mortalitätsenkung zeigten keine statistische Signifikanz.</i>

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	nein	
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	<i>unklar</i>	<i>Nur allgemeiner Hinweis, dass Entscheidungswege unter Betrachtung der verfügbaren Ressourcen angepasst werden müssen.</i>

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	0 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	21 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

## E.3.17 Psychguides, Medication treatment of bipolar disorder

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 17	Medication treatment of bipolar disorder 2000
Quelle	Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. Medication treatment of bipolar disorder 2000. New York: McGraw-Hill; 2000. Available from: URL: <a href="http://www.psychguides.com/gl-treatment_of_bp2000.html">http://www.psychguides.com/gl-treatment_of_bp2000.html</a>

**1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung**

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

**Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung**

1.1 Verantw. Institution	<i>unklar</i>	<i>Mc-Graw-hill Healthcare Informations Programms als CME in Abstimmung mit dem Accreditation (ACCME) und Expert Knowledge Systems LLC. Inc. Die Zuordnung der Verantwortlichkeiten ist unklar.</i>
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	<b>ja</b>	Angaben zum Funding und Sponsoring durch Pharmafirmen liegen vor
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	<b>ja</b>	Liste der Pharmafirmen ist aufgeführt, durch „unrestricted educational grant“ wird Einflussnahme ausgeschlossen. Auf mögliche Verbindungen der Autoren zu den Pharmafirmen wird hingewiesen, wobei keine Unabhängigkeitserklärung gefordert wurde.

**Autoren der Leitlinien**

1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Herausgeberautoren und Expert consensus Panel Group sind namentlich aufgeführt, die Qualifikation und der berufliche Hintergrund ist ableitbar.
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	<i>Patientenbeteiligung ist nicht erkennbar und auch nicht aufgeführt.</i>

**Identifizierung und Interpretation der Evidenz**

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<i>unklar</i>	<i>Aus der Literatur wurde eine Übersicht für 48 formulierte klinische Situationen und 166 „subsections“ konsentiert. Dies ergab primär 1276 Möglichkeiten einer Intervention. Die Erstellung der Diskussionsbasis (Primäralgorithmus) wurde nicht dokumentiert.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	<i>unklar</i>	<i>Die Evidenz wurde nicht bewertet, es erfolgte nur eine subjektive Einschätzung der vorformulierten Empfehlungen in einer 9-stufigen Skala durch die Experten.</i>

**Formulierung der Leitlinienempfehlungen**

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	<b>ja</b>	Ausführliche Beschreibung des Konsensprozess als alleinige Grundlage zur Auswahl und Formulierung der Empfehlungen. Die Ergebnisse des Konsens sind statistisch ausgewertet worden.
1.10 Konsensusverfahren	<b>ja</b>	Formalisiertes Konsensverfahren ist beschrieben.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	<i>Die Empfehlungsklassifikation richtet sich alleine nach den Ergebnissen des Konsensverfahrens (Grad der Übereinstimmung) und wird auch so dargestellt.</i>

**Gutachterverfahren und Pilotstudien**

1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien -Vergleich	<b>ja</b>	Empfehlungen wurden mit der Altauflage (ähnliches Konsensverfahren) verglichen. Ebenso erfolgte ein Vergleich dieser Leitlinie mit der Leitlinie der APA, wobei teilweise die Experten personenidentisch sind.

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 17	Medication treatment of bipolar disorder 2000	

<b>Gültigkeitsdauer / Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	<i>unklar</i>	<i>Leitlinie ist die Revision der Konsensus-Leitlinie von 1996, es ist jedoch keine planmäßige Revision vorgesehen.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	<i>n.a.</i>	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	<b>ja</b>	Im Kapitel „limitations and advantages“ werden relativ ausführlich mögliche Fehlerquellen bei der Anwendung vor dem Hintergrund des Erstellungsprozesses (Abweichungen im Konsens, Ergebnisse von Experten, Pharma-Sponsoring, Zusammenfassung) diskutiert.
1.21 Leitlinien -Report	<b>ja</b>	In „method of developing“ sind wesentliche Schritte der Entwicklung dargestellt.

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<i>nein</i>	
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinie soll als praktisches Handwerkzeug sowohl dem Arzt als auch den „mental health educators“ dienen.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	<i>Patienten mit Bipolaren Störungen, ohne weitere Spezifikation oder Einschränkungen (Alter, Behandlungsstufe)</i>
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Psychiater, andere Ärzte und „mental Health educators“
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	<i>nein</i>	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	<i>nein</i>	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Wesentliche „key recommendations“ werden hervorgehoben dargestellt.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<i>nein</i>	
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen wird hingewiesen, es erfolgt gewichtete Darstellung nach Ergebnissen des Konsensusprozesses.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<i>nein</i>	

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<i>nein</i>	
2.14 Therapiefolgen / NW	<i>nein</i>	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	<i>nein</i>	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>nein</i>	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 17	Medication treatment of bipolar disorder 2000

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Es werden zeitgleich Patienten- und Angehörigeninformationen erstellt. Eine systematische Implementierung wird im Texas Implementation of Medication Algorithms (TIMA) erprobt.
3.1 b) Verhaltensänderung	unklar	Die Leitlinie soll zu Fortbildungsmaßnahmen herangezogen werden.
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	16 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste



E.3.18 Department of Veterans Affairs,  
Management of Major Depressive Disorder in Adults

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 18	VHA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder in adults.
Quelle	Veterans Health Administration/Department of Defense. VHA/DOD Clinical practice guideline for major depressive disorder in adults; 2000. Available from: URL: <a href="http://www.oqp.med.va.gov/cpg/MDD/MDD_Base.htm">http://www.oqp.med.va.gov/cpg/MDD/MDD_Base.htm</a>

### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

#### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	<b>ja</b>	Department of Veterans Affairs (VHA) und Department of Defense (DoD). Herausgabe erfolgte über das „VHA National Clinical Practice Council“
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	<i>unklar</i>	<i>Regierungsorganisation (in der Sekundärliteratur wird dieses Funding angegeben)</i>
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

#### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Die Personen der Expertengruppe und andere Beteiligte sind namentlich unter Nennung des beruflichen Hintergrundes und der Kontaktadresse aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	<b>ja</b>	Alle relevanten Berufsgruppen einschließlich Ökonomen und „Patientenanwälte“ sind beteiligt.

#### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<b>ja</b>	Als Basis diente systematisches Review des evidence-based practice center, ergänzend wurde für die Jahre 1997 bis 1999 Medlinesuche durchgeführt. MeSH Begriffe und Strategie zur Einordnung der Suchergebnisse im Hinblick auf die Relevanz werden aufgeführt. Des Weiteren wurde auf bestehende Leitlinien (APA, AHCPH und VHA-Pharm zurückgegriffen).
1.7 DoKu Suchstrategie	<b>ja</b>	Die Empfehlungen wurden mit Literatur belegt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	<b>ja</b>	Ein von der U.S. Preventive Services Task force verwendetes Bewertungsschema (I, II-1,II-2, II-3; III) wurde angewendet.

#### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	<b>ja</b>	Bei fehlenden und widersprüchlichen Angaben in der Literatur basieren die Empfehlungen auf der Expertenmeinung der Autoren.
1.10 Konsensusverfahren	<i>unklar</i>	<i>Es wird auf moderierte Konferenzen hingewiesen.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	<b>ja</b>	Die Stärke der Empfehlungen ist in fünf Kategorien (A-E) eingeteilt, dabei ist diese notwendigerweise mit der Evidenz verknüpft, sie kann jedoch auch in speziellen Fällen abweichen.

#### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	<i>unklar</i>	Die Hinzuziehung von „external peer review physicians, and expert consultants in the field of guideline and algorithm development“ wird erwähnt.
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 18	VHA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder in adults.	

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	<i>unklar</i>	<i>Diese Leitlinie ist ein Update der Leitlinie von 1997, es soll ein periodisches update erfolgen. Angaben zur Häufigkeit oder Verantwortlichkeit fehlen.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	<b>ja</b>	In der Einleitung sind wesentliche Informationen zum Hintergrund und zur Leitlinien Entwicklung dargelegt.

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<i>unklar</i>	<i>Es erfolgt die Darstellung der Prävalenz und Unterversorgung. Kein direkter Bezug zur Entwicklung dieser Leitlinie.</i>
2.2 Ziele	<b>ja</b>	Die Leitlinie soll als erster Schritt zur Verbesserung der Behandlung der Depression dienen.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Major depressive disorder und dysthymia
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Drei Leitlinien-Module für Primärversorger, Spezialversorger und stationäre Patienten.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen und Algorithmen.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<b>ja</b>	Für die Notwendigkeit der Behandlung durch Spezialisten wie auch zur stationäre Behandlung werden Kriterien genannt.
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<b>ja</b>	Kontraindikationen sind genannt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	<b>ja</b>	Der Nutzen und die Vorteile der unterschiedlichen Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<b>ja</b>	Medikamentöse Nebenwirkungen werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>unklar</i>	<i>Es wird erwähnt, dass Forschungsergebnisse zeigten, dass durch die Leitlinien-Entwicklung die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Kein direkter Bezug zur Entwicklung dieser Leitlinie.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>		
Leitlinie 18	VHA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder in adults.	

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	<b>ja</b>	Algorithmen und Kurzversionen wurden erstellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	<b>ja</b>	Eine Schulung der Ärzte „continuing medical education“ ist Bestandteil des Leitlinien Programms.
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	<i>unklar</i>	<i>„performance measurment“ ist bei der VHA als Verfahren etabliert, nach Entwicklung der Leitlinien. Zukünftig soll auch für Depression ein vergleichbares Programm mit Kriterien erstellt werden.</i>
3.4 Indikatoren	<i>unklar</i>	<i>siehe oben</i>

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	2 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	23 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

### E.3.19 Department of Veterans Affairs, The Pharmacologic Management of Major Depression in the Primary Care Setting

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 19	The Pharmacologic management of major depression in the primary care setting
Quelle	Veterans Health Administration/Medical Advisory Panel for the Pharmacy Benefits Management Strategic Health Group. The pharmacologic management of major depression in the primary care setting; 2000. Available from: URL: <a href="http://www.vapbm.org/guidelines/depressionguidelines_1.pdf">http://www.vapbm.org/guidelines/depressionguidelines_1.pdf</a>

#### 1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

#### Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	ja	Veterans Health Administration / Department of Veterans Affairs
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

#### Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	ja	Die Mitglieder des „Medical Advisory Panel for the Pharmacy Benefits Management Strategic Health Group“ sind als verantwortliche Autoren namentlich aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	<i>Alle relevanten Ärztegruppen, einschließlich der Hausärzte, sind beteiligt, jedoch kein Hinweis auf Patientenbeteiligung.</i>

#### Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Als Basis der VHA-Leitlinie dienten evidenzbasierte, multidisziplinäre nationale Konsensusstatements, diese sind aufgelistet. Die Suchstrategie für die weiterhin durchgeführte Medline Suche (1995-2000) des Update wurde angegeben. Die Evidenz der Quellen wurde bewertet.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die Empfehlungen wurden mit Literatur belegt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Ein von der U.S. Preventive Services Task force verwendetes Bewertungsschema (I, II-1,II-2, II-3; III) wurde angewendet.

#### Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	ja	Aussagen basieren auf Evidenz, wenn keine gefunden wurde, erfolgten diese auf Grund der Expertenmeinung der Autoren.
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Stärke der Empfehlungen ist in fünf Kategorien (A-E) eingeteilt, dabei ist diese notwendigerweise mit der Evidenz verknüpft.

#### Gutachterverfahren und Pilotstudien

1.13 Begutachtung erfolgt	unklar	<i>Ein Peer Review erfolgte vor Fertigstellung durch verschiedene nur teilweise genannte Institutionen / Personen.</i>
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien -Vergleich	nein	

#### Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie

1.18 Datum der Überprüfung	unklar	<i>Es erfolgt ein regelmäßiges Review durch das PBM (Häufigkeit fehlt), ein Update erfolgt dann, wenn neue Information durch gute Studien und Outcome-Daten verfügbar sind. Diese Leitlinie ist ein Update der Leitlinie von 1997.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 19	The pharmacologic management of major depression in the primary care setting

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	ja	Im Abschnitt „Guideline development process“ dargestellt.

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	ja	Der Herausgeber soll die Qualität der Versorgung verbessern. Die Leitlinien-Entwicklung ist Teil des Auftrags. Durch diese evidenzbasierte Leitlinie soll ein Update der Leitlinie von 1997 erfolgen..
2.2 Ziele	ja	Ziel ist es, dem Hausarzt bei der klinischen Entscheidung zu helfen, um die Behandlung zu standardisieren und die Qualität der Behandlung sowie die Kosteneffektivität der medikamentösen Verordnung zu verbessern.

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	ja	„Major depressive disorder“, wobei die Behandlungsempfehlungen nur für Patienten mit leichten oder mittleren Depressionen ohne Komorbiditäten gelten (sonst Behandlung durch Spezialisten).
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Primärversorger/ Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine übersichtliche zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen und Algorithmen.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	unklar	<i>Für die Notwendigkeit der Behandlung durch Spezialisten werden Kriterien genannt. Eine vergleichbare Indikationsstellung zur Einleitung stationärer Therapie fehlt.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Kontraindikationen sind genannt.

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen und die Vorteile der unterschiedlichen Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Medikamentöse Nebenwirkungen werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 19	The pharmacologic management of major depression in the primary care setting

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	<b>ja</b>	Verfügbarkeit im Internet, Erstellung von Kurzversionen.
3.1 b) Verhaltensänderung	<b>ja</b>	Schulungsprogramme sollen entwickelt werden. Ebenso wird eine Schulung in der Einrichtung empfohlen.
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	2 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	22 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

## E.3.20 World Health Organization, WHO guide to mental Health in Primary Care

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 20	WHO guide to mental health in primary care
Quelle	World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health. WHO guide to mental health in primary care. London: Royal Society of Medicine Press; 2001 <a href="http://www.roysocmed.ac.uk/pub/bkwho.htm">http://www.roysocmed.ac.uk/pub/bkwho.htm</a>

**1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung**

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

**Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung**

1.1 Verantw. Institution	<b>ja</b>	World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	<i>unklar</i>	<i>Es wird sich auf dem Titelblatt für finanzielle Unterstützung der Leitlinien Entwicklung und Druck, Im Anhang für Überlassung von Rechten bedankt. Ob diese Angaben vollständig sind ist nicht ersichtlich.</i>
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

**Autoren der Leitlinien**

1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Die Mitglieder des Editorial Board; der UK National Consensus Group und auch die Kommentatoren sind namentlich aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	<i>Alle relevanten Berufsgruppen, einschließlich der Pflegekräfte, sind beteiligt, Patienten sind jedoch nur bei den Kommentatoren genannt.</i>

**Identifizierung und Interpretation der Evidenz**

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<i>unklar</i>	<i>Diagnoseteil basiert auf dem Konsensergebnis des ICD 10, Kapitel V. Für die Therapieempfehlungen wurden möglichst Cochrane reviews, sonstige reviews und Studien guter Qualität genutzt. Eine systematische Suchstrategie ist jedoch nicht beschrieben.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	<i>unklar</i>	<i>Literatur belegt Empfehlungen nur im Therapiebereich.</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	<b>ja</b>	In der Einleitung wird „Strength of the evidence supporting the recommendation (I-V)“ als Klassifikationsschema der Evidenz der bei der Formulierung der hinzugefügten Therapieempfehlungen genutzten Studien genutzt.

**Formulierung der Leitlinienempfehlungen**

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	<i>unklar</i>	<i>Die Empfehlungen zur Diagnose, Information und Unterstützung sowie Überweisung beruhen auf Konsens, während für die Therapieempfehlungen die Evidenz berücksichtigt wurde. Kriterien zum Ein- Ausschluss wurden jedoch nicht genannt.</i>
1.10 Konsensusverfahren	<i>unklar</i>	<i>Es wird die Durchführung verschiedener Konsensuskonferenzen erwähnt.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	<i>unklar</i>	<i>Eingaben von Beratern und Patienten werden beschrieben, ohne dass das Verfahren erkennbar ist.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	<i>unklar</i>	<i>In der Einleitung wird „Strength of the evidence supporting the recommendation (A-C)“ als Klassifikationsschema der hinzugefügten Therapieempfehlungen dargelegt. Es ist nicht beschrieben, dass diese mit den Ergebnissen der Evidenzbewertung verknüpft ist.</i>

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 20	WHO guide to mental health in primary care

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	<i>unklar</i>	<i>Nur „endorsement“ verschiedener Organisationen aufgeführt.</i>
1.14 Konsequenzen erwähnt	<i>unklar</i>	
1.15 Pilotversuch	<i>unklar</i>	<i>Nur die 1. Vorversion der direkten Adaptierung der diagnostischen Kriterien der WHO wurde in einem Praxisversuch getestet. (vor der Evidenzsuche zur Erstellung der Therapieempfehlungen).</i>
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien -Vergleich	nein	

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Datum der Überprüfung	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	<b>ja</b>	Erstellungsprozess ist im Kapitel „How the diagnostic and management summaries were developed“ dargestellt.

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	<b>ja</b>	Der Fortschritt in der Diagnostik durch die Revision des ICD bot Veranlassung, diese für die Anwendung in der Primärversorgung weiter auszuführen, da hier die meisten Patienten mit psychischen Störungen gesehen werden.
2.2 Ziele	<i>unklar</i>	<i>Unterstützung von „primary care professionals, organisations“ und lokalen Gesundheitsnetzen ohne genaue Zielnennung</i>

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	<b>ja</b>	Gesamtwerk bezieht sich auf ambulante Patienten mit „mental disorders“. Krankheiten, z.B. Depression F32, werden einzeln abgehandelt.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<b>ja</b>	Primärversorger „primary care professionals“, aber auch zur Unterstützung von Organisationen und lokalen Gruppen.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	<b>ja</b>	Therapieplan soll zusammen mit dem Patienten festgelegt werden. Falls Patient ein Medikament ablehnt, soll die Entscheidung akzeptiert werden und eine andere Vereinbarung getroffen werden.

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	<b>ja</b>	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	<b>ja</b>	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	<b>ja</b>	Es erfolgt eine übersichtliche Darstellung der wesentlichen Empfehlungen.
2.9 Handlungsalternativen	<b>ja</b>	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<i>unklar</i>	<i>Für die Notwendigkeit der Mit- Weiterbehandlung werden Kriterien genannt. Eine vergleichbare klare Indikationsstellung zur Einleitung stationärer Therapie fehlt.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	<b>ja</b>	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik und Therapie wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	



<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
Leitlinie 20	WHO guide to mental health in primary care

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen der Empfehlungen wird dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Die gedruckte Version enthält Vorlagen zur Erstellung von Kurz- und Patientinformation.
3.1 b) Verhaltensänderung	ja	Die Leitlinie soll als Trainingsmaßnahme für „primary care teams“ genutzt werden. Dabei wird ein Trainingsplan vorgegeben, und weitere Trainingsressourcen beschrieben.
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	unklar	<i>Die Leitlinie soll durch Therapienetze genutzt werden, jedoch keine methodischen Empfehlungen zur Anpassung.</i>

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	4 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	2 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	16 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

- E.3.21 Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin und Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychotherapie der Depression

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
LL 21	Psychotherapie der Depression
Quelle	<a href="http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psyt023.htm">http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psyt023.htm</a>

<b>1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung</b>		
1.1 Verantw. Institution	<b>ja</b>	Die Leitlinie wird gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), vom Deutschen Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) herausgegeben.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

<b>Autoren der Leitlinien</b>		
1.4 Beteiligte	<b>ja</b>	Die Mitarbeiter der Arbeitsgruppe sind mit Nennung der Institutsanschrift aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

<b>Identifizierung und Interpretation der Evidenz</b>		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<i>unklar</i>	<i>Über eine Literatursuche wurden alle Meta-Analysen aus dem Zeitraum 1985 und 2002 erfasst. Bei Fehlen dieser wurde auf Studien nächstniedriger Evidenzgrade zurückgegriffen. Es erfolgen keine Angaben zu Datenbanken und Suchstrategie.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	<b>ja</b>	Die wesentlichen Empfehlungen sind durch Literaturangaben belegt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	<b>ja</b>	Ein Verfahren zur Bewertung der Evidenzstärke (6 Stufen) wird beschrieben, aber nicht bei allen Literaturbelegen angewendet.

<b>Formulierung der Leitlinienempfehlungen</b>		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	<i>unklar</i>	<i>Es wird nur bei der Suche nach den Belegen zu den Aussagen ein abgestuftes Vorgehen beschrieben. (Siehe Frage 1.6).</i>
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

<b>Gutachterverfahren und Pilotstudien</b>		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien Vergleich	nein	

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
LL 21	Psychotherapie der Depression

<b>Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie</b>		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	ja	Leitlinie soll im Frühjahr 2004 überarbeitet werden.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	unklar	<i>Rückmeldungen sollen an den federführenden Autor erfolgen, die weitere Verfahrensweise ist jedoch nicht beschrieben.</i>

<b>Transparenz der Leitlinienerstellung</b>		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien Report	nein	

<b>2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Ziele der Leitlinie</b>		
2.1 Gründe	ja	Wegen der epidemiologischen und versorgungspolitischen Bedeutung depressiver Erkrankungen sowie der großen Vielfalt entsprechender Behandlungsansätze wurde es als sinnvoll erachtet, der Psychotherapie, als einem besonders wirksamen Therapieansatz bei depressiven Erkrankungen, eine eigene Leitlinie zu widmen.
2.2 Ziele	unklar	<i>Ziele sind nur indirekt aus der Begründung abzuleiten.</i>

<b>Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)</b>		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Depressionen, wobei auf die eingeschränkte Verwendung der Leitlinie bei Patienten mit bipolaren Störungen hingewiesen wird. Zur Pharmakotherapie wird auf die Leitlinie der DGPPN (LL 10) verwiesen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Klinisch tätige ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Psychiater und Nervenärzte, aber auch Allgemeinärzte und Gebietsärzte, die anderweitig mit der Behandlung depressiver Patienten befasst sind.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

<b>Klarheit, Eindeutigkeit</b>		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	nein	
2.9 Handlungsalternativen	unklar	<i>Es werden verschiedene Therapieformen dargestellt, es erfolgen jedoch nur vereinzelt Angaben von Kriterien zur Indikation und Auswahl einer dieser spezifischer Therapieformen.</i>
2.10 Amb./Stationär	ja	Indikationen zur stationären Einweisung und zur stationären Psychotherapie sind aufgeführt.
2.11 Notwendige Maßnahmen	unklar	<i>Teilweise wird auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik und Therapieplanung hingewiesen, es erfolgt jedoch keine begründete und graduierte Darstellung.</i>
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Kontraindikationen zur psychotherapeutischen Behandlung und weitere obsolete Maßnahmen (Nichtverordnung von Antidepressiva) sind genannt.

<b>Strukturierte Leitlinien-Abstracts</b>	
LL 21	Psychotherapie der Depression

<b>Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse</b>		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Es erfolgt eine Darstellung der Wirksamkeit der Therapieformen unter Bezug auf bewertete Literaturangaben. Es fehlen jedoch spezifische Angaben zum Nutzen der Maßnahmen.
2.14 Therapiefolgen / NW	unklar	<i>Es wird nur bei einigen Therapien auf das Rückfallrisiko nach Therapieende und Maßnahmen zur Prävention in der Ausleitungsphase hingewiesen.</i>
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

<b>3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie</b>		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

<b>Verbreitung und Implementierung</b>		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Internetversion, Hinweis auf Leitlinie in verschiedenen Publikationen.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

<b>Überprüfung der Anwendung</b>		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

<b>Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)</b>		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

## E.4 Recherche Datenbanken

### Recherche in Literaturdatenbanken (z. T. Schwerpunkt: Evidence-based Medicine)

Datenbankname	Trefferzahl	Vorauswahl	Bewertung geeignet
BANDOLIER Oxford Database of Evidence Based Medicine, NIH, GB	5	0	0
Best Evidence / ACP, EBM (CD-ROM 4, 2000), GB	10	0	0
BMJ Clinical Evidence, GB	2	0	0
CCMed (Current Contents Medizin), D	2	2 (Lit.)	0
Cochrane Library online (Database of Systematic Reviews) inkl. DARE, NHS EED, HTA	126	0	0
DIMDI-HTA, D	0	0	0
Xmed (Superbasegruppe inkl. Medline und Embase)	235	22 (2 LL/Dubl.)	0
INIST/Pascal (Institut de l'Information Scientifique et Technique), F	62	3 (Lit.)	0
INSIDE, GB	208	16 (Lit.)	0
LoC (Library of Congress), USA	89	1 (Lit.)	0
MJA (Medical Journal of Australia), AUS	0	0	0
NLM Locator Plus, USA	13	1	1
NTIS (National Technical Information Service)	0	0	0
XPsych ohne Medline	10	0	0
ZBMed-Opac, D	5	0	0
Bibliographien der Zschr.artikel	5	5 (Lit.)	0
Internetsuchmaschine	2	2	1
Sonstige Quellen	16	16	0

### Recherche in fachübergreifende Leitliniendatenbanken:

Datenbankname	Trefferzahl	Vorauswahl	Bewertung geeignet
AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality), USA	1 (2 Teile)	1	0
AMA (Alberta Medical Association), CDN	0	0	0
AMA (Australian Medical Association), AUS	0	0	0
AMDA (Am. Medical Directors Ass.), USA	1	1	0
American College fo Preventive Medicine, USA	0	0	0
Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft, D	1	1	1
Austr. Dep. of Health and Aged Care, AUS	0	0	0
AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften), D	4	4	1
Bundesärztekammer, D	0	0	0
British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines, USA	0	0	0
Canadian Task Force on Preventive Health Care, CDN	1(s. CMA)	0(s. CMA)	0(s. CMA)
CDC (Centers for Disease Control and Prevention),USA	0	0	0
CMA / CMAJ (Canadian Medical Association), CDN	2	2	2
College of Physicians & Surgeons of Manitoba, CDN	0	0	0
DOH (Department of Health), GB	0	0	0

eguidelines, GB	14	14 (2 Lit.)	1
equip, GB	0	0	0
Group Health Northwest, GB	1	1	0
HCFA (Health Care Financing Administration), USA	1 (s. AMDA)	0	0
Health Canada LCDC (Laboratory Centre for Disease Control) STD-Guidelines, CDN	0	0	0
HSTAT (Health Services Technology Assessment Texts), USA	2 (s. CMA)	0(s. CMA)	0(s.CMA)
Humana Quality Improvement, USA	0	0	0
ICSI (Institute for Clinical Systems Integration)	2	2	2
IHS (Institute of Health Sciences)/Univ. of Oxford, GB	0	0	0
Med. Ass. of South Africa	0	0	0
New Zealand Guidelines Group, NZ	1	1	1
NHMRC (National Health and Medical Research Council), AUS	3	3	0
NIH (National Institutes of Health), USA	1	1	1
NGC (National Guideline Clearinghouse), USA	22	16 (1 bew., 3 nb, 12 Dubletten)	1
NSW Health, AUS	0	0	0
Paralyzed Veterans of America, USA	1	1	0
Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group, USA	1	1	1
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), GB	0	0	0
St. George ´s Hospital Medical School, GB	1	1	1
UCSD (UC-San Diego Medical Center), USA	0	0	0
Univ. of California, USA	2	1	0
University of Washington Physicians, USA	1	1	0
Virtual Hospital, Univ. of Iowa, USA	1	1 (Lit.)	0
VPQHC (Vermont Program for Quality in Health Care), USA	0	0	0
WHO (World Health Organization)	2	2 (1 Lit.)	1
Wissenschaftlicher Beirat der BÄK, D	0	0	0
Veterans Affairs, Dep. of, USA	1	1	0

**Zusätzliche Recherche in franz., niederländ., finnischen Leitliniendatenbanken**  
(evtl. dt. oder engl. Übersetzungen)

Datenbankname	Trefferzahl	Vorauswahl	Bewertung geeignet
ANAES, F	2	2	0
ANDEM, F	0	0	0
ebm-guidelines Duodecim, SF	1	1	1
CBO, NL	0	1	0
NHG, NL	1	1	0
GRAS(Groupe de Recherche et d´Action pour la Santé), B	0	0	0

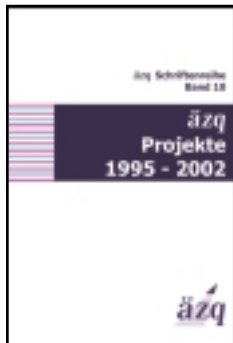
**Recherche in folgenden fachspezifischen Leitliniendatenbanken:**

<b>Datenbankname</b>	<b>Trefferzahl</b>	<b>Vorauswahl</b>	<b>Bewertung geeignet</b>
<b>Allgemeinmedizin:</b>			
AAFP (Am. Academy of Family Physicians), USA	2	2 (1 Lit.)	0
ABFP (American Board of Family Practice), USA	1	1	1
ACP-ASIM (American College of Physicians, American Society of Internal Medicine), USA	1 (2 Teile)	1	1
Royal College of Phys. of London, GB	0	0	0
Royal College of General Practitioners, GB	0	0	0
Royal College of General Practitioners, GB: Quick guides	0	0	0
Linksammlung der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin), D	1	1 (Lit.)	0
<b>Geriatric:</b>			
AGS (American Geriatrics Society), USA	0	0	0
<b>Pädiatrie:</b>			
AACAP (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry), USA	2	2	0
AAP (American Academy of Pediatrics), USA	0	0	0
Department of Pediatrics, Loyola Medical Center, USA	0	0	0
<b>Neurologie:</b>			
AAN (American Academy of Neurology), USA	0	0	0
<b>Psychiatrie:</b>			
APA (American Psychiatric Ass.), USA	2	2	2
The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, AUS	0	0	0
Royal College of Psychiatrists, GB	1	1	0

Trefferanzahl insgesamt (inkl. Literatur und Dubletten): 843

Vorauswahl (gesichtete Literatur und Leitlinien): 128

## Die Titel der ÄZQ Schriftenreihe



**Projekte 1995 - 2002**  
ÄZQ Schriftenreihe Band 10

132 Seiten, Paperback  
ISBN 3-89906-900-5  
€ 14,90



**Leitlinien-Clearingbericht  
"Koronare Herzkrankheit"**  
ÄZQ Schriftenreihe Band 11

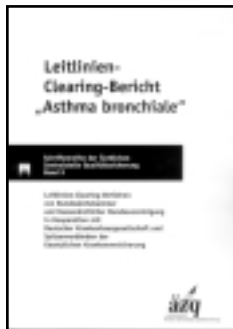
170 Seiten, Paperback  
ISBN 3-89906-901-3  
€ 14,90

Die ÄZQ Schriftenreihe ab Band 10 erscheint in der Edition Medizinische Schriften. Die Auslieferung erfolgt über den Buchhandel oder direkt ab Verlag.

Im Internet unter: **MediComBooks.de**

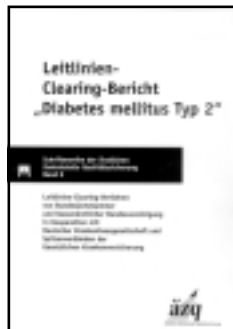


## Lieferbare Titel im Zuckschwerdt Verlag



**Leitlinien-Clearingbericht  
"Asthma bronchiale"**  
Band 9

174 Seiten, Paperback  
ISBN 3-88603-800-9  
€ 14,90



**Leitlinien-Clearingbericht  
"Diabetes mellitus Typ 2"**  
Band 8

244 Seiten, Paperback  
ISBN 3-88603-795-9  
€ 14,90



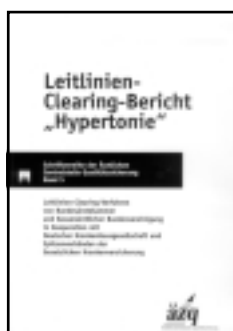
**Leitlinien-Clearingbericht  
"Akuter Rückenschmerz"**  
Band 7

172 Seiten, Paperback  
ISBN 3-88603-765-7  
€ 14,90



**Leitlinien-Clearingbericht  
"Schmerztherapie bei  
Tumorpatienten"**  
Band 6

196 Seiten, Paperback  
ISBN 3-88603-761-4  
€ 14,90



**Leitlinien-Clearingbericht  
"Hypertonie"**  
Band 5

168 Seiten, Paperback  
ISBN 3-88603-729-0  
€ 15,20

**Die Leitlinien-Clearingberichte  
Band 5 bis Band 9 sind erschienen im  
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH, Germering  
Der Bezug erfolgt über den Buchhandel.**





ISSN 1611-4906

ISBN 3-89906-902-1



9 783899 069020 0 1 4 9 0

