

DGBS · DGPPN



DGBS
Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

S3-Leitlinie **Diagnostik** **und Therapie** **bipolarer Störungen**



 **Springer**

S3-Leitlinie

Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
(Herausgeber)

S3-Leitlinie

Diagnostik und

Therapie bipolarer

Störungen

Herausgeber

DGBS DGPPN
Kempten Berlin

Leitung und Koordination

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer (Projektleiter) und Prof. Dr. Andrea Pfennig (Projektkoordination)
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Unterstützung

Die Leitlinienentwicklung wurde durch die AWMF (besonders durch Frau Prof. Ina Kopp und Frau Dr. Cathleen Muche-Borowski) und durch das Koordinationsteam der S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (besonders durch Herrn Prof. Dr. Martin Härter, Herrn Prof. Dr. Matthias Berger und Herrn Dipl.-Psych. Christian Klesse) und das der S3-Leitlinie Schizophrenie (besonders durch Herrn Prof. Dr. Peter Falkai) maßgeblich unterstützt.

Dies ist eine um den Passus zum off-label use ergänzte Version aus der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009)

Korrespondenz

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Offizielle Zitierweise

DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen, Langversion, 2013

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können.

Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse dem Redaktionsteam der Leitlinie (siehe oben) mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In dieser Leitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Einige Wirkstoffe werden zur Anwendung in einer Indikation empfohlen, für die sie nicht zugelassen sind. Dies ist mit der Bemerkung »off-label-use« gekennzeichnet. Jeder Benutzer muss sich über die mit dem Einsatz trotz fehlender Zulassung in der jeweiligen Indikation verbundenen potenziellen rechtlichen Konsequenzen (inklusive veränderter Aufklärungs-, Dokumentations- und Begründungspflicht) und potenziell veränderten Bedingungen der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung informieren und danach handeln. Alle oben formulierten Hinweise zur Verantwortlichkeit für jede Applikation, Medikation und Dosierung durch den Benutzer gelten auch hier.

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

ISBN-13 978-3-642-37773-0
DOI 10.1007/978-3-642-37774-7

ISBN 978-3-642-37774-7 (eBook)

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

Springer Medizin

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

© DGBS (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen) und
DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde)

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg
Lektorat: Monika Liesenhoff, Bonn
Projektkoordination: Barbara Karg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

»Der Widerspruch ist es, der uns produktiv macht.«

Johann Wolfgang von Goethe

Diese S3-Leitlinie ist auf Initiative der trialogisch geführten Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) als gemeinsames Projekt mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) entstanden. Der Entwicklungsprozess wird durch die Projektgruppe um Prof. Dr. Dr. Michael Bauer an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden organisiert.

Das hier vorliegende Dokument ist die Langversion der Leitlinie mit Stand Mai 2012¹. Wir sind uns dessen bewusst, dass die meisten Leser vornehmlich die Statements und Empfehlungen sowie die Übersichten und Algorithmen konsultieren werden. Wir erachten es gleichwohl als sinnvoll, dem Leser die Möglichkeit zu geben, nachvollziehen zu können, wie die jeweilige Empfehlung entstanden ist. Absichtlich sind die Statements und Empfehlungen *nicht* zu Beginn ohne den Begleittest aufgeführt, da wir empfehlen, zumindest die zusammenfassenden Kommentare mitzulesen, um den Kontext erfassen zu können.

Im Entwicklungsprozess einer Leitlinie ist die Veröffentlichung ein wesentlicher, aber nicht der wichtigste Schritt. Sie als Leser entscheiden mit, ob unser Leitlinienprojekt erfolgreich ist. Nutzen Sie die Leitlinie und teilen Sie uns Ihre Ansichten und Erfahrungen mit. Auf unserer Homepage (► www.leitlinie-bipolar.de) finden Sie ein Kontaktformular. Einen Überblick über einige wesentliche Leitlinieninhalte erhalten Sie auch in einem aktuell zeitgleich publizierten Schwerpunkttheft der Zeitschrift »Der Nervenarzt«. Wie im ► Kap. 9 (Konzept für Verbreitung und Einführung der Leitlinie etc.) beschrieben, beginnen wir aktuell die Erarbeitung einer Kurzversion der Leitlinie und einer Version für Patienten und Angehörige. Anwendungen (»Apps«) zur Nutzung der Leitlinie auf Mobilplattformen (iPhone/iPad, Android) werden vorbereitet.

An der Entwicklung der vorliegenden Leitlinie haben sehr viele Personen mit hohem Engagement gearbeitet, die allermeisten ehrenamtlich. Die Finanzierung des Entwicklungsprozesses und der Veröffentlichung erfolgte ohne finanzielle Unterstützung durch pharmazeutische Unternehmen und Medizinprodukte-Hersteller. Allen voran gilt unser Dank den Vorständen und Mitgliedern der DGBS und der DGPPN, die das Projekt über Mitgliedsbeiträge und Spenden finanziert und auch darüber hinaus in jeder Hinsicht unterstützt haben. Ohne sie wäre das Projekt nicht zu Stande gekommen. Vom Projektteam in Dresden sollen vor allem Frau Dr. Beate Weikert, Frau Dipl.-Psych. Maren Schmink, Frau Dipl.-Psych. Marie Henke, Herrn Björn Jabs, M. PH. und Frau Steffi Pfeiffer, B. Sc. Erwähnung und Dank erfahren. Die Mitglieder der einzelnen Leitliniengruppen sind im ► Kap. 2 (Einleitung und Methodik) aufgeführt. Für die Unterstützung der AWMF gilt unser besonderer Dank Frau Prof. Dr. Ina Kopp und Frau Dr. Cathleen Muche-Borowski. Das Koordinationsteam der S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (insbesondere Herr Prof. Martin Härter, Herr Prof. Matthias Berger und Herr Dipl.-Psych. Christian Klesse)

¹ Langversion 1.6. Mai 2012, letzte Anpassung März 2013.

und das der S3-Leitlinie Schizophrenie (insbesondere Herr Prof. Peter Falkai) haben unser Projekt von Beginn an begleitet und ihre Expertise weitergegeben. Ein erheblicher Teil der komplexen systematischen Literaturrecherchen wurde durch Herrn Diplom-Bibliothekar Klaus-Dieter Papke der zentralen Informationsvermittlungsstelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für uns durchgeführt, dem wir ausdrücklich für seine Unterstützung danken möchten. Den an der Konsensuskonferenz beteiligten Fachgesellschaften danken wir für die anteilige Übernahme der Reisekosten. Den Teilnehmern der erweiterten Reviewgruppe und des Expertenpanels danken wir für ihre Geduld und die durchweg konstruktiven Kommentierungen und Vorschläge. Einige der Vorschläge wurden aktuell bereits integriert, andere werden ins Update der Leitlinie eingearbeitet.

■ Formales

In der Leitlinie wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen jeweils die männliche Form angewandt, um die Lesbarkeit zu verbessern. Bei der Darstellung der Evidenz wurden innerhalb einer Wirkstoffgruppe die Wirkstoffe alphabetisch aufgeführt. In den Algorithmen wurden alle Wirkstoffe und die anderen Therapiemöglichkeiten jeweils alphabetisch aufgeführt. In den Evidenztabelle wurden die Studien mit Placebo-Vergleichsgruppe zuerst und insgesamt die Studien vom höchsten Evidenzlevel absteigend dargestellt.

Wir werden das für uns Mögliche tun, um den Leitlinienentwicklungsprozess dialogisch und produktiv fortzusetzen.

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer
(Projektleitung)

Prof. Dr. Andrea Pfennig
(Projektkoordination)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Methodik	1
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
1.1	Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten der Leitlinie	2
1.2	Zusammensetzung der Leitliniengruppen	3
1.2.1	Projektgruppe	3
1.2.2	Steuergruppe	3
1.2.3	Themenspezifische Arbeitsgruppen	4
1.2.4	Konsensuskonferenz	4
1.2.5	Reviewgruppe	8
1.2.6	Expertenpanel	9
1.3	Methodik	9
1.3.1	Leitlinienfragestellungen	11
1.3.2	Evidenzgrundlage und Empfehlungsgenerierung	11
1.3.3	Aufgaben der Leitliniengruppen	15
1.3.4	Limitationen	16
2	Epidemiologie, Ätiopathogenese, Prognose und Prävention	19
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
2.1	Häufigkeit	20
2.2	Ursachen und Pathogenese	20
2.3	Prognose	20
2.4	Präventive Ansätze	21
3	Trialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe	23
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
3.1	Trialog Patient-Angehörige-Behandler	24
3.2	Voraussetzungen für das trialogische Handeln	25
3.3	Partizipative Entscheidungsfindung	26
3.4	Wissensvermittlung	26
3.5	Evidenzbasierte Patienteninformationen	28
3.6	Selbsthilfe	29
3.6.1	Selbstmanagement	29
3.6.2	Selbsthilfegruppen	30
3.6.3	Peer-Beratung	31
3.6.4	Familienhilfe	32
4	Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung	35
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
4.1	Einleitung	36
4.2	Klassifikatorische Diagnostik	36
4.2.1	Episoden affektiver Störungen nach ICD-10	37
4.2.2	Klassifikation der bipolaren Störungen nach ICD-10	40
4.3	Dimensionale Diagnostik	43
4.3.1	Selbstbeurteilung einer manischen Symptomatik	43
4.3.2	Fremdbeurteilung einer manischen Symptomatik	43

4.3.3	Selbstbeurteilung einer depressiven Symptomatik	44
4.3.4	Fremdbeurteilung einer depressiven Symptomatik	44
4.4	Screening von Risikopersonen mit Verdacht auf das Vorliegen einer bipolaren Störung.	46
4.5	Differenzialdiagnostik.	47
4.6	Komorbidität.	50
4.6.1	Psychische Komorbidität	50
4.6.2	Somatische Komorbidität	53
4.7	Verlaufsdiagnostik	53
4.8	Somatische und laborchemische Diagnostik vor und während einer Pharmakotherapie	56
4.8.1	Diagnostik vor Beginn einer Pharmakotherapie	56
4.8.2	Diagnostik während einer Pharmakotherapie	57
4.8.3	Empfehlungen zur somatischen und laborchemischen Diagnostik vor und während einer Pharmakotherapie	60
4.9	Früherkennung	61
4.10	Algorithmen	65
5	Therapie	67
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
5.1	Grundsätzliches zur Behandlung und Behandlungsoptionen.	69
5.1.1	Allgemeine Aspekte	69
5.1.2	Ziele der Behandlung	69
5.1.3	Behandlungsoptionen	71
5.2	Phasenspezifische Behandlung der akuten Manie/Hypomanie	88
5.2.1	Pharmakotherapie	88
5.2.2	Psychotherapie	151
5.2.3	Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren	156
5.2.4	Unterstützende Therapieverfahren	161
5.2.5	Evidenzlage und konsentiierte Empfehlungsgrade zur phasenspezifischen Behandlung der Manie	161
5.2.6	Algorithmus zur phasenspezifischen Therapie der Manie	161
5.3	Phasenspezifische Behandlung der akuten Depression.	165
5.3.1	Pharmakotherapie	165
5.3.2	Psychotherapie	197
5.3.3	Nicht-medikamentöse somatische Verfahren	201
5.3.4	Unterstützende Therapieverfahren	212
5.3.5	Evidenzlage und konsentiierte Empfehlungsgrade zur phasenspezifischen Behandlung der akuten bipolaren Depression	213
5.3.6	Algorithmus zur phasenspezifischen Therapie der Depression	213
5.4	Phasenprophylaxe	213
5.4.1	Allgemeiner Hintergrund für alle Therapieoptionen	213
5.4.2	Pharmakotherapie	217
5.4.3	Psychotherapie	248
5.4.4	Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren	269
5.4.5	Unterstützende Therapieverfahren	272
5.4.6	Evidenzlage und konsentiierte Empfehlungsgrade zur Phasenprophylaxe	273

5.4.7	Algorithmus zur Phasenprophylaxe	273
5.5	Behandlung spezifischer Patientengruppen bzw. in speziellen Situationen	273
5.5.1	Einleitung.	273
5.5.2	Kinderwunsch/Schwangerschaft/Stillzeit	276
5.5.3	Altersspezifische Besonderheiten	286
5.5.4	Komorbidität.	291
5.5.5	Therapieresistenz einschließlich Rapid-Cycling.	299
5.5.6	Weitere Patientengruppen und Situationen	304
6	Spezifische Situation: Suizidalität	307
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
6.1	Epidemiologie	308
6.2	Risikopersonen	308
6.3	Diagnostik	309
6.4	Allgemeine Therapiemaßnahmen	310
6.5	Pharmakotherapie	313
6.5.1	Allgemeines	313
6.5.2	Wirkstoffe, für die eine potentielle antisuizidale Wirksamkeit explizit untersucht wurde	314
6.5.3	Antidepressiva	318
6.5.4	Neuroleptika	319
6.5.5	Gabapentin	320
6.5.6	Benzodiazepine	320
6.6	Psychotherapie von Suizidalität	320
6.7	Nicht-medikamentöse somatische Behandlungsmethoden	321
6.7.1	Elektrokonvulsionstherapie (EKT).	321
6.7.2	Andere Verfahren	321
6.8	Unterstützende Therapieverfahren	321
6.9	Bevölkerungsweite Suizidprävention	322
7	Versorgung und Versorgungssystem	323
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
7.1	Bedeutung der Analyse von Versorgungssituation und Versorgungskonzepten	324
7.2	Voraussetzungen für eine optimale Versorgung der Patienten und die Umsetzung der Empfehlungen der Leitlinie (Soll)	325
7.2.1	Herleitung notwendiger Rahmenbedingungen für eine optimale Versorgung und potentieller Qualitätsindikatoren.	325
7.2.2	Rolle der Angehörigen in der Versorgung.	326
7.3	Aktueller Zustand des deutschen Versorgungssystems (Ist)	327
7.3.1	Akteure.	327
7.3.2	Settings bzw. Versorgungsebenen.	328
7.3.3	Schnittstellen in der Versorgung	331
7.4	Perspektiven der Versorgung und deren Umsetzung in Deutschland	331
7.4.1	Umschriebene Versorgungsmodule	332
7.4.2	Weiterführende Versorgungsansätze	335
7.5	Ansätze zur Annäherung von Soll und Ist in der Versorgung der Patienten	336
7.5.1	Notwendige Rahmenbedingungen	336

7.5.2	Funktionen der am Betreuungsprozess beteiligten Partner	338
7.5.3	Ausblick Versorgungs- und Behandlungspfade als ein Grundbaustein für strukturierte und integrierte Versorgungsmodelle.	339
7.5.4	Bedeutung anderer Akteure und Systempartner in der Versorgung bei der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen und denkbare Bündnisse	339
8	Gesundheitsökonomie	341
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
8.1	Grundlagen	342
8.2	Finanzierungsfragen	342
8.3	Wirksamkeit und Kosten einzelner Behandlungsmaßnahmen	342
8.4	Grundsätzliche Hinweise	343
9	Konzept für Verbreitung und Einführung der Leitlinie, Qualitätsmanagement, Gültigkeitsdauer und Überarbeitung	345
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
9.1	Disseminierung und Implementierung	346
9.2	Vergleich der Versorgungssituation vor und nach Disseminierung	346
9.3	Qualitätsmanagement	347
9.4	Gültigkeitsdauer und Überarbeitung der Leitlinie	348
10	Conflict of Interest Statements	349
	<i>DGBS, DGPPN</i>	
	A Anhang	365
	Literatur	445
	Stichwortverzeichnis	475

Verzeichnis der Empfehlungen und Statements

	Seite
Trialog 1	25
Trialog 2	26
Trialog 3	26
Trialog 4	28
Trialog 5	28
Trialog 6	28
Trialog 7	29
Trialog 8	31
Trialog 9	31
Trialog 10	32
Trialog 11	33
Trialog 12	33
Trialog 13	33
Diagnostik 1	42
Diagnostik 2	42
Diagnostik 3	43
Diagnostik 4	44
Diagnostik 5	44
Diagnostik 6	45
Diagnostik 7	46
Diagnostik 8	47
Diagnostik 9	47
Diagnostik 10	47
Diagnostik 11	48
Diagnostik 12	48
Diagnostik 13	48
Diagnostik 14	48
Diagnostik 15	49
Diagnostik 16	49
Diagnostik 17	49
Diagnostik 18	50
Diagnostik 19	50
Diagnostik 20	53

Diagnostik 21	53
Diagnostik 22	53
Diagnostik 23	53
Diagnostik 24	55
Diagnostik 25	55
Diagnostik 26	56
Diagnostik 27	60
Diagnostik 28	61
Diagnostik 29	61
Diagnostik 30	61
Diagnostik 31	61
Diagnostik 32	63
Diagnostik 33	63
Therapie – Grundsätzliches 1	70
Therapie – Grundsätzliches 2	71
Therapie – Grundsätzliches 3	72
Therapie – Grundsätzliches 4	72
Therapie – Grundsätzliches 5	76
Therapie – Grundsätzliches 6	76
Therapie – Grundsätzliches 7	79
Therapie – Grundsätzliches 8	80
Therapie – Grundsätzliches 9	81
Therapie – Grundsätzliches 10	81
Therapie – Grundsätzliches 11	88
Therapie – Manie 1	92
Therapie – Manie 2	93
Therapie – Manie 3	98
Therapie – Manie 4	99
Therapie – Manie 5	106
Therapie – Manie 6	109
Therapie – Manie 7	111
Therapie – Manie 8	117
Therapie – Manie 9	119
Therapie – Manie 10	123
Therapie – Manie 11	125
Therapie – Manie 12	127

Therapie – Manie 13	132
Therapie – Manie 14	132
Therapie – Manie 15	134
Therapie – Manie 16	135
Therapie – Manie 17	138
Therapie – Manie 18	139
Therapie – Manie 19	142
Therapie – Manie 20	144
Therapie – Manie 21	145
Therapie – Manie 22	146
Therapie – Manie 23	147
Therapie – Manie 24	148
Therapie – Manie 25	151
Therapie – Manie 26	153
Therapie – Manie 27	156
Therapie – Manie 28	156
Therapie – Manie 29	158
Therapie – Manie 30	158
Therapie – Manie 31	158
Therapie – Manie 32	160
Therapie – Manie 33	160
Therapie – Manie 34	160
Therapie – Manie 35	161
Therapie – Depression 1	166
Therapie – Depression 2	166
Therapie – Depression 3	166
Therapie – Depression 4	166
Therapie – Depression 5	167
Therapie – Depression 6	167
Therapie – Depression 7	167
Therapie – Depression 8	167
Therapie – Depression 9	167
Therapie – Depression 10	167
Therapie – Depression 11	179
Therapie – Depression 12	179
Therapie – Depression 13	179

Therapie – Depression 14	179
Therapie – Depression 15	180
Therapie – Depression 16	180
Therapie – Depression 17	180
Therapie – Depression 18	180
Therapie – Depression 19	180
Therapie – Depression 20	180
Therapie – Depression 21	180
Therapie – Depression 22	181
Therapie – Depression 23	184
Therapie – Depression 24	187
Therapie – Depression 25	188
Therapie – Depression 26	188
Therapie – Depression 27	191
Therapie – Depression 28	196
Therapie – Depression 29	201
Therapie – Depression 30	202
Therapie – Depression 31	202
Therapie – Depression 32	203
Therapie – Depression 33	204
Therapie – Depression 34	205
Therapie – Depression 35	206
Therapie – Depression 36	207
Therapie – Depression 37	210
Therapie – Depression 38	210
Therapie – Depression 39	212
Therapie – Prophylaxe 1	217
Therapie – Prophylaxe 2	217
Therapie – Prophylaxe 3	221
Therapie – Prophylaxe 4	223
Therapie – Prophylaxe 5	223
Therapie – Prophylaxe 6	224
Therapie – Prophylaxe 7	231
Therapie – Prophylaxe 8	231
Therapie – Prophylaxe 9	234
Therapie – Prophylaxe 10	236

Therapie – Prophylaxe 11	237
Therapie – Prophylaxe 12	239
Therapie – Prophylaxe 13	240
Therapie – Prophylaxe 14	241
Therapie – Prophylaxe 15	247
Therapie – Prophylaxe 16	247
Therapie – Prophylaxe 17	247
Therapie – Prophylaxe 18	247
Therapie – Prophylaxe 19	247
Therapie – Prophylaxe 20	248
Therapie – Prophylaxe 21	248
Therapie – Prophylaxe 22	248
Therapie – Prophylaxe 23	250
Therapie – Prophylaxe 24	253
Therapie – Prophylaxe 25	255
Therapie – Prophylaxe 26	255
Therapie – Prophylaxe 27	256
Therapie – Prophylaxe 28	257
Therapie – Prophylaxe 29	259
Therapie – Prophylaxe 30	261
Therapie – Prophylaxe 31	262
Therapie – Prophylaxe 32	264
Therapie – Prophylaxe 33	266
Therapie – Prophylaxe 34	267
Therapie – Prophylaxe 35	269
Therapie – Prophylaxe 36	270
Therapie – Prophylaxe 37	270
Therapie – Prophylaxe 38	271
Therapie – Prophylaxe 39	271
Therapie – Prophylaxe 40	272
Therapie – Prophylaxe 41	272
Therapie – Prophylaxe 42	273
Therapie – spezifisch 1	278
Therapie – spezifisch 2	278
Therapie – spezifisch 3	279
Therapie – spezifisch 4	279

Therapie – spezifisch 5	280
Therapie – spezifisch 6	280
Therapie – spezifisch 7	281
Therapie – spezifisch 8	281
Therapie – spezifisch 9	281
Therapie – spezifisch 10	281
Therapie – spezifisch 11	281
Therapie – spezifisch 12	282
Therapie – spezifisch 13	282
Therapie – spezifisch 14	283
Therapie – spezifisch 15	285
Therapie – spezifisch 16	285
Therapie – spezifisch 17	285
Therapie – spezifisch 18	286
Therapie – spezifisch 19	287
Therapie – spezifisch 20	288
Therapie – spezifisch 21	288
Therapie – spezifisch 22	288
Therapie – spezifisch 23	289
Therapie – spezifisch 24	289
Therapie – spezifisch 25	290
Therapie – spezifisch 26	290
Therapie – spezifisch 27	290
Therapie – spezifisch 28	297
Therapie – spezifisch 29	298
Therapie – spezifisch 30	304
Therapie – spezifisch 31	304
Therapie – spezifisch 32	304
Therapie – spezifisch 33	304
Therapie – spezifisch 34	304
Suizidalität 1	309
Suizidalität 2	310
Suizidalität 3	311
Suizidalität 4	311
Suizidalität 5	313
Suizidalität 6	316

Suizidalität 7	317
Suizidalität 8	318
Suizidalität 9	318
Suizidalität 10	319
Suizidalität 11	319
Suizidalität 12	320
Suizidalität 13	320
Suizidalität 14	321
Versorgung 1	330
Versorgung 2	331
Versorgung 3	334
Versorgung 4	336
Versorgung 5	337
Versorgung 6	337
Versorgung 7	338
Versorgung 8	338
Versorgung 9	339
Versorgung 10	339
Versorgung 11	339

Verzeichnis der Algorithmen

Kapitel 4	Seite
– Abschn. 4.10, Abb. 4.2 Algorithmus 1: Diagnostik I	164
– Abschn. 4.10, Abb. 4.3 Algorithmus 2: Diagnostik II	165
 Kapitel 5	
– Abschn. 5.2.6, Abb. 5.1 Algorithmus 3: Phasenspezifische Therapie der Manie	164
– Abschn. 5.3.6, Abb. 5.2 Algorithmus 4: Phasenspezifische Therapie der Depression ...	216
– Abschn. 5.4.7, Abb. 5.3 Algorithmus 5: Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen. ...	276

Verzeichnis wichtiger Tabellen

Kapitel 1	Seite
Abschn. 1.3.2, Tabelle 1.7: SIGN-Schema	11
 Kapitel 4	
Abschn. 4.2.1, Tabelle 4.1: Kodierbare affektive Episoden inklusive Diagnoseschlüssel der ICD-10	38
Abschn. 4.2.1, Tabelle 4.2: Überblick über formale Kriterien der 4 affektiven Episodenarten nach ICD-10	39
Abschn. 4.2.2, Tabelle 4.3: Kodierbare bipolare Störungen nach ICD-10	40
Abschn. 4.2.2, Tabelle 4.4: Instrumente zur Klassifikation bipolarer Störungen	43
Abschn. 4.3.1, Tabelle 4.5: Instrumente zur Selbstbeurteilung manischer Symptomatik	44
Abschn. 4.3.2, Tabelle 4.6: Instrumente zur Fremdbeurteilung manischer Symptomatik	44
Abschn. 4.3.3, Tabelle 4.7: Instrumente zur Selbstbeurteilung depressiver Symptomatik	45
Abschn. 4.3.4, Tabelle 4.8: Instrumente zur Fremdbeurteilung depressiver Symptomatik	45
Abschn. 4.4, Tabelle 4.9: Instrumente zum Screening auf Vorliegen einer bipolaren Störung	46
Abschn. 4.5, Tabelle 4.10: Differenzialdiagnose bipolarer Störungen	51
Abschn. 4.6.1, Tabelle 4.11: Komorbide psychiatrische Erkrankungen	52
Abschn. 4.6.2, Tabelle 4.12: Komorbide somatische Erkrankungen	54
Abschn. 4.7, Tabelle 4.13: Instrumente zur Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus	56
Abschn. 4.8.2, Tabelle 4.14: Empfohlene Diagnostik vor und während einer Pharmakotherapie bei Patienten mit einer bipolaren Störung	58
 Kapitel 5	
Abschn. 5.3.1, Tabelle 5.46: Unterschiede bipolarer Depressionen zu unipolaren Depressionen bzw. der Erkrankungen selbst	165
 Kapitel 10	
Tabelle 10.1 Übersicht zu potentiellen Interessenkonflikten	351
 Anhang	
Anhang A2, Abschn. A2.1, Tabelle A1 Wirkstoffgruppen relevanter Antidepressiva	373
Anhang A2, Abschn. A2.2, Tabelle A.2 Dosierungen und Plasmaspiegel bzw. Serumkonzentrationen relevanter Antidepressiva	374
Anhang A2, Abschn. A2.3, Tabelle A.3 Potenzielle unerwünschte Wirkungen unter relevanten Antidepressiva	375
Anhang A2, Abschn. A2.4, Tabelle A.4 Dosierungen, Plasmaspiegel und Interaktionspotential relevanter Stimmungsstabilisierer	376
Anhang A2, Abschn. A2.5, Tabelle A.5 Potenzielle unerwünschte Wirkungen unter relevanten Stimmungsstabilisierern sowie Kontraindikationen	377

Anhang A2, Abschn. A2.7, Tabelle A.6 Wirkmechanismen bzw.
Rezeptorprofile relevanter atypischer Neuroleptika 379

Anhang A2, Abschn. A2.8, Tabelle A.7 Dosierungen und potentielle
unerwünschte Wirkungen relevanter atypischer Neuroleptika 380

Anhang A3 Tabelle A.8 Ausgeschlossene Studien und Ausschlussgründe 380

Anhang A4 Abschn. A4.1 Tabelle A.9 Aus dem Kapitel Trialog,
Wissensvermittlung und Selbsthilfe abgeleitete notwendige Rahmenbedingunge..... 412

Anhang A4 Abschn. A4.2 Tabelle A.10 Aus dem Kapitel Diagnostik abgeleitete
notwendige Rahmenbedingungen..... 414

Anhang A4 Abschn. A4.3 Tabelle A.11 Aus dem Kapitel Therapie abgeleitete
notwendige Rahmenbedingungen..... 418

Anhang A4 Abschn. A4.4 Tabelle A.12 Aus dem Kapitel Suizidalität abgeleitete
notwendige Rahmenbedingungen..... 425

Anhang A5 Tabelle A.13 Suchbegriffe für die Recherche zu weiteren Studientypen
und Fragestellungen..... 426

Abkürzungsverzeichnis

■ Abkürzungen

ACKPA	Arbeitskreis der Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
ACKRA	Arbeitskreis der Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
ACTH	adrenocorticotropes Hormon
ADHS/ADHD	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADS	allgemeine Depressionsskala
AGNP	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatri
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
ÄZQ	ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
APA	American Psychological Association
APK	Angehörige psychisch Kranker
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BDI	Beck depression inventory
BDK	Bundesdirektorenkonferenz
BMI	Body Mass Index
BPD	bipolar disorder
B-PPH	brief patient health questionnaire
BRMES	Bech Rafaelsen Melancholie Skala
BSDS	bipolar spectrum diagnostic scale
BVDN	Berufsverband der Nervenärzte
CCT	craniale Computertomographie
CI	confidence interval
CIDI	composite international diagnostic interview
COGPACK	neurologisches kognitives Trainingspaket
CONSORT	consolidated standards of reporting trials
DAkKS	Deutsche Akkreditierungsstelle
DBS	deep brain stimulation
DD	Differenzialdiagnose
DELBI	deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DGBS	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen
DGCH	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
DIPS	diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
DLPFC	dorsolateraler präfrontaler Cortex

DNEBM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DPtV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
DSM (-V/-IV)	diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiogramm
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
EPMS	extrapyramidalmotorisches Symptom
FDA	U.S. Food and Drug Administration
FEWP	Free and Easy Wanderer Plus
FFT	familienfokussierte Therapie
GAD	generalized anxiety disorder
GAF	global assessment of functioning
GDS	geriatrische Depressionsskala
Gesök	Gesundheitsökonomie
ggw.	gegenwärtig
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GRADE	grading of recommendations assessment, development and evaluation
GT	Gesprächspsychotherapie
GWG	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
HAMA	Hamilton-Angst-Skala
HADS	hospital anxiety and depression scale
HAMD	Hamilton-Depressions-Skala
HCL-32	hypomania checklist-32 items
HR	Hazard ratio
ICD-10/-11	internationale Klassifikation der Krankheiten
IDS-C	Inventar depressiver Symptome, clinician rated
IGSLi	the international group for the study of lithium treated patients
IIT	investigator initiated trials
i. m.	intramuskulär
IPT	interpersonelle Psychotherapie
IPSRT	interpersonelle und soziale Rhythmustherapie
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISBD	International Society for Bipolar Disorders
i. v.	intravenös
ITT	intention-to-treat
KKP	klinischer Konsenspunkt – Standard in der Behandlung
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
LCM	Life Charting Methodology
MADR(A)S	Montgomery-Asberg depression rating scale
MAPS	(spezielles Psychoedukationsprogramm)
MDQ	mood disorder questionnaire
MKT	Magnetkonvulsionstherapie
MAO	Monoaminoxidase
MDD	major depressive disorder
MRT	Magnetresonanztomographie
MS	mood stabilizer

NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NICE	National Institute of Clinical Excellence
NIMH	National Institute of Mental Health
NL	Neuroleptika
NNT	number needed to treat
NSAR	nichtsteroidales Antirheumatikum
OR	odds ratio
PE	Psychoedukation
PLC	Palm Life Chart
PTSD	posttraumatische Belastungsstörung
QM	Qualitätsmanagement
RC	Rapid-Cycling
RCT	randomisierte kontrollierte Studie – randomized controlled trial
RR	relative Ratio/Risiko
rTMS	repetitive transkranielle Magnetstimulation
SE	Schlafentzugstherapie
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SKID	strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV
SMD	standardisierte Mittelwertdifferenz
SNRI	selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SPA	sleep phase advance
SQG	sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen
SSRI	selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren, Serotoninwiederaufnahmehemmer
TAU	treatment as usual
tDCS	transcranial direct current stimulation
THS	tiefe Hirnstimulation
TSH-Wert	Wert für Thyreoidea stimulierendes Hormon = Thyreotropin
TZA	trizyklisches Antidepressivum
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
VNS	Vagusnervstimulation
vs.	versus
VPA	Valproic Acid
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WT	Wachtherapie
YMRS	Young Mania Rating Scale

Einleitung und Methodik

DGBS, DGPPN

- 1.1 Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten der Leitlinie – 2**
- 1.2 Zusammensetzung der Leitliniengruppen – 3**
 - 1.2.1 Projektgruppe – 3
 - 1.2.2 Steuergruppe – 3
 - 1.2.3 Themenspezifische Arbeitsgruppen – 4
 - 1.2.4 Konsensuskonferenz – 4
 - 1.2.5 Reviewgruppe – 8
 - 1.2.6 Expertenpanel – 9
- 1.3 Methodik – 9**
 - 1.3.1 Leitlinienfragestellungen – 11
 - 1.3.2 Evidenzgrundlage und Empfehlungsgenerierung – 11
 - 1.3.3 Aufgaben der Leitliniengruppen – 15
 - 1.3.4 Limitationen – 16

1.1 Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten der Leitlinie

Leitlinien dienen dazu, das umfangreiche Wissen zu definierten Versorgungsfragen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und das derzeitige Vorgehen der Wahl unter Abwägung von Nutzen und Risiken zu definieren. Sie sollen Patienten, Angehörige und Therapeuten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Krankenversorgung unter spezifischen medizinischen Umständen unterstützen (AWMF 2001).

Die vorliegende Leitlinie fokussiert auf die folgenden Themenbereiche:

- Dialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe (► Kap. 3),
- Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung (► Kap. 4),
- Therapie (phasenspezifisch, zur Phasenprophylaxe und in spezifischen Situationen bzw. bei speziellen Personengruppen) (► Kap. 5),
- Suizidalität (► Kap. 6) und
- Versorgung und Versorgungssystem (► Kap. 7).

Zum Themengebiet Gesundheitsökonomie wurde grundsätzlich Stellung genommen, ohne dass ökonomische Aspekte in den in der Leitlinie enthaltenen Empfehlungen unmittelbar berücksichtigt wurden. Die Themenbereiche Epidemiologie, Ätiopathogenese, Prognose und Prävention wurden sehr knapp umrissen, hier werden Verweise auf andere Quellen aufgeführt. Das abschließende Kapitel enthält die Beschreibung der Strategie zur Disseminierung und Implementierung der Leitlinie, die Analysestrategie zum Vergleich der Versorgungssituation bipolarer Patienten vor und nach Disseminierung der Leitlinie sowie Ausführungen zum Qualitätsmanagement im Leitlinienentwicklungsprozess und zur Gültigkeitsdauer und Überarbeitung der Leitlinie.

Wichtig ist den Leitlinienentwicklern zu betonen, dass eine Leitlinie kein Kochbuch ist (der Mensch und die Komplexität seiner Interaktionen funktionieren nicht nach einem Rezept) und dass sie auch explizit **keine Richtlinie** ist, welche verbindliche Vorschriften enthält. Von einer Leitlinienempfehlung kann und muss abgewichen wer-

den, sofern eine andere Entscheidung für den individuellen Patienten in einer gegebenen Situation sinnvoller ist. Die vorliegende Leitlinie darf nicht missbraucht werden. Auch Verfahren, die in der Leitlinie aufgrund mangelnder Evidenz oder fehlender Konsensfähigkeit nicht genannt oder nicht als »erster Schritt« aufgeführt werden, können im Einzelfall die erste Wahl darstellen. Gleichwohl kann die Leitlinie im Falle einer geforderten Begründung für eine Maßnahme unterstützend herangezogen werden. Zudem können Leitlinien als Instrumente der Qualitätsförderung dienen. Der Leitlinienentwicklungsprozess bietet die Chance mitzubestimmen, welche Qualitätsindikatoren aus Empfehlungen abgeleitet werden und zu diskutieren sind und unter welchen (strukturellen) Voraussetzungen die mit Hilfe dieser Indikatoren gemessene Versorgungsqualität verbessert werden kann.

Die vorliegende Leitlinie wurde **für Patienten mit bipolaren Störungen** in manischen, hypomanischen, depressiven oder gemischten Episoden und in euthymen Phasen mit einem **Alter von mindestens 18 Lebensjahren** sowie für deren Angehörige und Versorgende verfasst. Nur im Bereich Diagnostik, inklusive Früherkennung, wurden auch Kinder und Jugendliche betrachtet, da für Kinder und Jugendliche mit manischen und bipolaren Störungen eine eigene SI-Leitlinie vorliegt (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 1999, letzte Überarbeitung 2007). Da die Versorgung von Patienten mit bipolaren Störungen in ganz unterschiedlichen Behandlungssettings organisiert wird, richtet sich die Leitlinie an **Versorgende in all diesen Settings** (u. a. Hausarztsetting, Versorgung beim niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater und niedergelassenen Psychotherapeuten, stationäre Versorgung, Rehabilitation/Früherehabilitation, Institutsambulanz, Tagesklinik, Gemeindepsychiatrie, Selbsthilfegruppe). Die mit der Leitlinie angesprochenen an der Versorgung der Patienten direkt und indirekt beteiligten **Personengruppen und Institutionen** umfassen u. a. Angehörige, Hausärzte, niedergelassene Nervenärzte/Psychiater und niedergelassene Psychotherapeuten, stationär tätige Psychiater/Neurologen, Psychiater, Neurologen, Nervenärzte in entsprechender Weiterbildung, stationär tätige Psychotherapeuten, Vertreter der Institutsambu-

■ **Tab. 1.1** Mitglieder der Projektgruppe

Name/Funktion	Einrichtung/Organisation
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer Projektleitung	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
Prof. Dr. med. Andrea Pfennig, M. Sc., Juniorprofessur, Projektkoordination	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
Prof. Dr. med. Peter Falkai	DGPPN, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsmedizin Göttingen, Georg August Universität Göttingen
Dipl. Psych. Marie Henke	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
Prof. Dr. med. Ina Kopp	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
Dr. med. Johanna Sasse	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden ^a
PD Dr. med. Harald Scherk, M.A.	Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum Psychosoziale Medizin, Universitätsmedizin Göttingen ^b
Dipl. Psych. Maren Schmink	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Strech, Juniorprofessor	Medizinische Hochschule Hannover (MHH), CELLS – Centre for Ethics and Law in the Life Sciences, Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin
Dr. med. Beate Weikert	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden ^c
^a 07-12/2011 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam, aktuell: Zentrum für Verhaltensmedizin, Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrische Rehabilitation, Carolabad Chemnitz; ^b aktuell: AMEOS Klinikum Osnabrück; ^c aktuell: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin	

lanzen und Tageskliniken, Co-Therapeuten, das Pflegepersonal, weitere Personengruppen (u. a. Kinder- und Jugendpsychiater, spezifisch auf psychische Störungen spezialisierte Gesundheitsökonom) und Vertreter von Krankenkassen (wie jene des Spitzenverbandes Bund der Gesetzlichen Krankenkassen und des Dachverbandes Privater Krankenkassen) sowie von Rentenversicherungen.

1.2 Zusammensetzung der Leitliniengruppen

Am Leitlinienprozess waren eine Projektgruppe, eine Steuergruppe, 7 themenspezifische Arbeitsgruppen, eine Konsensuskonferenz und im Rah-

men des erweiterten Reviewverfahrens eine Reviewgruppe beteiligt. Daneben wurde zu Beginn ein Expertenpanel berufen.

1.2.1 Projektgruppe

Die Projektgruppe bestand aus folgenden Mitgliedern (■ Tab. 1.1).

1.2.2 Steuergruppe

Die Steuergruppe bestand aus folgenden Mitgliedern (■ Tab. 1.2).

■ Tab. 1.2 Mitglieder der Steuergruppe

Name	Einrichtung/Organisation	
Prof. Dr. med. Peter Bräunig	Vivantes Humboldt Klinikum Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	AG-Leitung Diagnostik
Prof. Dr. med. Tom Bschor	Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Jüdisches Krankenhaus Berlin ^a	AG-Leitung Pharmakotherapie
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden	
Prof. Dr. phil. Thomas D. Meyer	Institute of Neuroscience, Newcastle University, Großbritannien	AG-Leitung Psychotherapie
PD Dr. med. Frank Padberg	Psychiatrische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München	AG-Leitung; nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren
PD Dr. med. Thomas Baghai	Psychiatrische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München ^b	
Dipl. Psych. Marie Henke	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden	
Prof. Dr. med. Peter Brieger	Bezirkskrankenhaus Kempten	AG-Leitung Versorgung und Versorgungssystem
Prof. Dr. med. Andrea Pfennig, Juniorprofessur	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden	
Dietmar Geissler	DGBS-Betroffenen-Selbsthilfe	
Name auf Anfrage	Bundesverband Psychiatrie Erfahrener (BPE)	
Name auf Anfrage	DGBS-Angehörigeninitiative	
Karl Heinz Möhrmann	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)	
Dr. med. Lutz Bode	Berufsverband deutscher Psychiater (BVDP)	
Dr. med. Roland Urban	Berufsverband deutscher Nervenärzte (BVDN)	
Prof. Dr. med. Tom Bschor	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	
Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Projektgruppe S3-Leitlinie unipolare Depression

^aaktuell: Abteilung für Psychiatrie, Schlosspark-Klinik Berlin;

^bPD Baghai aktuell: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg

1.2.3 Themenspezifische Arbeitsgruppen

Folgende themenspezifische Arbeitsgruppen aus folgenden Mitgliedern (■ Tab. 1.3).

1.2.4 Konsensuskonferenz

In der Konsensuskonferenz hatten folgende Mitglieder Stimmrecht (■ Tab. 1.4).

■ **Tab. 1.3** Themenspezifische Arbeitsgruppen mit folgenden Mitgliedern

Name/Funktion	Einrichtung/Organisation
AG Trialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe	
Dietmar Geissler	Betroffenenvertreter
Name auf Anfrage	Angehörigenvertreter
Prof. Dr. phil. Thomas Bock	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Dipl. Psych. Maren Schmink	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
AG Diagnostik	
Prof. Dr. med. Peter Bräunig, AG-Leitung	Vivantes Humboldt Klinikum Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Katrin Rathgeber, Stellv. AG-Leitung	Vivantes Humboldt Klinikum Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Dipl.-Psych. Dr. phil. Katja Salkow	Vivantes Humboldt Klinikum Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ^a
Dr. med. Emanuel Severus	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München ^b
Prof. Dr. med. Stephanie Krüger	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte ^c
Prof. Dr. phil. Stephan Mühlig	Institut für Psychologie, TU Chemnitz
Prof. Dr. med. Christoph Correll	The Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, NY, USA
Prof. Dr. med. Wolfgang Maier	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
PD Dr. med. Hans-Jörg Assion	Gemeindepsychiatrisches Zentrum Detmold Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum
Dr. med. Thomas Gratz	Praxis Neurologie, Berlin
Dr. med. Rahul Sarkar	Vivantes Humboldt Klinikum Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Name auf Anfrage	Betroffenenvertreter
Name auf Anfrage	Angehörigenvertreter
AG Pharmakotherapie	
Prof. Dr. med. Tom Bschor, AG-Leitung	Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Jüdisches Krankenhaus Berlin ^c
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer, AG-Leitung	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
Prof. Dr. med. Heinz Grunze	Institute of Neuroscience, Newcastle University, Großbritannien
PD Dr. med. Harald Scherk, M.A.	Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum Psychosoziale Medizin, Universitätsmedizin Göttingen ^d
Dr. med. Beate Weikert	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden ^e

■ Tab. 1.3 Fortsetzung

Name/Funktion	Einrichtung/Organisation
Dr. med. Johanna Sasse	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden ^f
Dr. med. Ute Lewitzka	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
Prof. Dr. med. Christopher Baethge	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum der Universität zu Köln sowie Medizinisch-Wissenschaftliche Redaktion, Deutsches Ärzteblatt
Dr. med. Dr. phil. Günter Niklewski	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg Nord
Dr. med. Roland Urban	Berufsverband deutscher Nervenärzte (BVDN)
Name auf Anfrage	Betroffenenvertreter
Name auf Anfrage	Angehörigenvertreter
AG Psychotherapie	
Prof. Dr. phil. Thomas D. Meyer, AG-Leitung	Institute of Neuroscience, Newcastle University Großbritannien
Prof. Dr. phil. Martin Hautzinger, stellv. AG-Leitung	Fachbereich Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie der Eberhard Karls Universität Tübingen
Dr. Dipl.-Psych. Britta Bernhard	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München ⁹
Prof. Dr. phil. Thomas Bock	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
PD Dr. med. Jens Langosch	Fachkrankenhaus für Psychiatrie u. Psychotherapie, Johanna-Odebrecht-Stiftung-Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Greifswald
Prof. Dr. med. Michael Zaudig	Psychosomatische Klinik Windach, Tagklinik Westend München
Prof. Dr. Anna Auckenthaler	Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin
Prof. Dr. rer. soc. Karin Tritt	Institut für Medizinische Soziologie, Uniklinikum Regensburg
Dipl.-Psych. Marie Henke	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
Name auf Anfrage	Betroffenenvertreter
Name auf Anfrage	Angehörigenvertreter
AG Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren	
PD Dr. med. Frank Padberg, AG-Leitung	Psychiatrische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München
PD Dr. med. T. Baghai, AG-Leitung	Psychiatrische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München ^h
Dipl. Psych. Marie Henke, AG-Leitung	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden
Dr. med. Anke Gross	Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, München