

Diagnose nach ICD-10	F32 Depressive Episode (DSM-IV: Major depressive disorder 296.20-296.36)																	
Definition Depression	Neurobiologisches Syndrom mit schweren psychischen, geistigen, körperlichen und sozialen Auswirkungen. Leitsymptome: gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Beeinträchtigung des Selbstwertes, der körperlichen Befindlichkeit und des Schlafs. Lebensprävalenz 15 %! Unerkannt und unbehandelt kann die Erkrankung zum Tod durch Suizid führen und den Verlauf vieler Krankheiten und die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen.																	
Anamnese	Typische subjektive Klagen: Schlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Appetitminderung, allgemeine Müdigkeit oder Erschöpfung, anhaltende Schmerzen. Risikofaktoren: Depressive oder bipolare Störungen und /oder Suizidversuche in der persönlichen und Familienanamnese. Psychosoziale Belastungen. Körperliche Erkrankungen (hoher psychischer burden, Genetik). Screening: Zwei-Fragen-Test 1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? 2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Auswertung: Werden beide Fragen mit JA beantwortet, dann hat eine dreiteilige Abklärung zu erfolgen.																	
Dreiteilige diagnostische Abklärung	1: Symptome der Depression (Tabelle Seite 4) • Hauptsymptome 1. Depressive Stimmung 2. Lust- und Freudlosigkeit, Interesseverlust 3. Ermüdbarkeit, Antriebsmangel • Zusatzsymptome 1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit 2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen 3. Schuldgefühle 4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven 5. Verminderter Appetit 6. Schlafstörungen 7. Suizidgedanken/Suizidhandlungen • Subtypisierung: 1. Somatisches Syndrom 2. Psychotische Symptome (Wahnsymptome, Halluzinationen)	2: Somatische Krankheiten und Medikamente können depressive Symptome verursachen und beeinflussen die Auswahl der Psychopharmaka. • Untersuchungen: Status, Labor: Hämatogramm V, CRP, Chemogramm klein, TSH. EKG (auf verlängerte QT-Zeit achten). • Zusatzuntersuchungen: B12 und MMS beim älteren Patienten. MRI Schädel bei schwerer, langdauernder Depression oder neurologischen Symptomen. • Medikamentenanamnese: depressive Symptome häufig (> 10 %) bei Steroiden, Antimalarika (Mefloquin), Interferon-α, Flunarizin (Sibelium®), Antiepileptika (Topiramat, Vigabatrin), HIV-Medikamenten (Efavirenz), Phenobarbital.	3: Psychische Begleiterkrankungen und Ressourcen • Vervollständigung des Psychostatus: Angst-, Zwangs-, manische Symptome, Sucht. • Psychosoziales Assessment: Alltagsbewältigung • Ressourcen: Gute und sichere Situation in Beziehungen, Arbeit, Geld. Wohnen, Aufenthaltsstatus, Spiritualität, Sport, Bewegung.															
Diagnose	Die diagnostischen Kriterien für eine Depression sind erfüllt, wenn seit mindestens 4 Wochen ≥ 2 Hauptsymptome und insgesamt ≥ 4 Haupt- und Zusatzsymptome vorliegen, die nicht durch eine somatische oder eine andere psychische Erkrankung oder Medikamente verursacht sind.																	
Differentialdiagnose	• Trauerreaktion: nach Verlusterlebnis erhaltene Fähigkeit sich trotz gedrückter Stimmung zu freuen oder zu interessieren. • Anpassungsstörung: ≤ 4 depressive Symptome nach einem entscheidenden oder belastenden Ereignis. • Bipolare affektive Störung: Anamnese mit manischen Episoden nebst vorgängigen depressiven Episoden. • Angsterkrankung, Zwangserkrankung. • Schizophrenie bei Negativsymptomatik (Antriebsmangel, Apathie, Sprachverarmung, sozialer Rückzug). • Substanzmissbrauch: Alkohol, Kokain, Cannabis, Opiate. In dieser Situation kann die Diagnose Depression als Komorbidität (Doppeldiagnose) durch den Facharzt für Psychiatrie gestellt werden. Die Suchttherapie hat Vorrang. Cave: Körperliche Symptome immer ernst nehmen und abklären, insbesondere Gewichtsverlust. Somatische Begleiterkrankungen immer behandeln. <table><tr><td>Depression</td><td><=></td><td>Trauer</td></tr><tr><td>Anhaltende Freudlosigkeit</td><td><=></td><td>Freudlosigkeit im Wechsel mit Freude</td></tr><tr><td>schlecht einfühlbare Schuldgefühle</td><td><=></td><td>nachvollziehbare Schuldgefühle</td></tr><tr><td>Suizidgedanken</td><td><=></td><td>Festhalten an Verlorenem</td></tr><tr><td>Todeswünsche</td><td><=></td><td>Sehnsucht nach Verlorenem</td></tr></table>			Depression	<=>	Trauer	Anhaltende Freudlosigkeit	<=>	Freudlosigkeit im Wechsel mit Freude	schlecht einfühlbare Schuldgefühle	<=>	nachvollziehbare Schuldgefühle	Suizidgedanken	<=>	Festhalten an Verlorenem	Todeswünsche	<=>	Sehnsucht nach Verlorenem
Depression	<=>	Trauer																
Anhaltende Freudlosigkeit	<=>	Freudlosigkeit im Wechsel mit Freude																
schlecht einfühlbare Schuldgefühle	<=>	nachvollziehbare Schuldgefühle																
Suizidgedanken	<=>	Festhalten an Verlorenem																
Todeswünsche	<=>	Sehnsucht nach Verlorenem																
Assessment	Das kombinierte Depressions-Assessment besteht aus einer Synthese von Suizidrisiko, Schweregrad der Depression und Punktezahl im PHQ9-Monitoring-Fragebogen . Ziel des Assessments ist die Erarbeitung einer patientenspezifischen Behandlungsstrategie. 1. Suizidrisiko: bei einer Depression muss die Suizidalität bei jeder Konsultation evaluiert werden. • hohes Risiko vollendeter Suizid: Zusatzsymptome 4 u. 7 stark ausgeprägt, eher männlich, Alter > 65, allein, geschieden, kürzlich verwitwet, soziale Problematik, Arbeitslosigkeit, Migration, verfügbare tödliche Methode, Suizidversuche und psychiatrische Erkrankungen in der Anamnese (insbes. Sucht, Schizophrenie, Depression). • tieferes Risiko vollendeter Suizid: Eher weiblich, Alter < 30, gute Ressourcen, tragfähiges soziales Netz. Pat. schildert und reflektiert Erleben und Probleme. Junge Frauen mit ohnmächtiger Wut, in einer subjektiv als ausweglos empfundenen Situation, drücken ihre Not oft im Suizidversuch aus. 2. Schweregrad der Depression nach ICD-10: diese Klassifikation ist therapie relevant (siehe Tabellen Seite 4). • leicht: 2 Hauptsymptome plus 2 Zusatzsymptome = F32.00 (mit Somatischem Syndrom F32.01) • mittelgradig: 2 Hauptsymptome plus 3–4 Zusatzsymptome = F32.10 (mit Somatischem Syndrom F32.11) • schwer: 3 Hauptsymptome plus 4–7 Zusatzsymptome = F32.2 (mit psychotischen Symptomen F32.3) Bei der schweren depressiven Episode ist das somatische Syndrom immer vorhanden und wird deshalb nicht speziell codiert. 3. Punktezahl in der Ausgangsuntersuchung: PHQ9-Monitoring-Fragebogen (Die Veränderung der Punktezahl beschreibt die Wirksamkeit der Therapie, siehe Tabelle Seite 4).																	

Behandlungsstrategie	Die Behandlungsstrategie resultiert aus den Erkenntnissen von Assessment und Klassifikation der Depression. Sie soll eine patientenspezifische individuelle Therapie ermöglichen, welche den Schweregrad der Depression, den Wunsch des Patienten, die Möglichkeiten des Hausarztes und das Ansprechen auf unterschiedliche Medikamente oder frühere Behandlungen berücksichtigt.	
Therapieziel	Genesung bzw. Remission, mindestens aber Symptomreduktion. Mortalität insb. durch Suizid verringern. Vermeidung bzw. Verminderung von Rückfällen und Rezidiven.	
Therapiemassnahmen	Allgemeine Massnahmen / Beratung (Counseling) Lifestylemassnahmen: Schlafhygiene, regelmässige Ernährung, körperliche Bewegung (mind. 2–3 x pro Woche 30–45 Min. Ausdauertraining). Schädliche Wirkung von Alkohol und Drogen auf den Krankheitsverlauf betonen. Aufklärung zu Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Behandlung in verständlicher Sprache. Psychoedukativ-supportive Gespräche: Vermittlung wissenschaftlich fundierter Informationen mit dem Ziel, bei Pat. und Angehörigen Verständnis, Akzeptanz und Mitarbeit zu verbessern. Partizipative Entscheidungsfindung: Behandlungsoptionen besprechen, Erwartungen und Befürchtungen explorieren, Nebenwirkungen antizipieren, gemeinsam das Procedere festlegen. Behandlungsvereinbarung: Regelmässige Termine. Verhaltensmassnahmen in Notfallsituationen. Pat. muss Compliance bestätigen. Aktivieren der Ressourcen (siehe Teil 3 der Diagnostik). Selbsthilfe mobilisieren: Online-Angebote (www.online-therapy.ch), Selbsthilfegruppen. Problemlöseansätze.	Pharmakotherapie Berücksichtigung von: Vorgeschichte, aktuelle Symptome, Komorbiditäten und potentielle Nebenwirkungen des Antidepressivums. Medikamente: 1. Wahl: SSRI 2. Wahl: SNRI 3. Spezialfälle: Mirtazapin (NaSSA) bei Schlafstörung. Duloxetin (SNRI) oder Amitriptylin (Trizyklikum) bei chronischer Schmerzkrankung. Strategien bei mangelnder Wirksamkeit: • Wechsel des Antidepressivums • Dosissteigerung • Kombination eines Antidepressivums mit Psychotherapie • Augmentation: Kombination SSRI plus Mirtazapin oder Venlafaxin plus Mirtazapin, Kombination eines Antidepressivums mit einem atypischen Neuroleptikum, mit einem Schilddrüsenhormon, oder mit Lithium.
	Psychotherapie Je nach Ausbildung und Kompetenz: Kognitive Verhaltenstherapie: Erkennen und Korrektur von depressiven, negativen Einstellungen und Denkautomatismen. Arbeiten im Hier und Jetzt. Gesprächspsychotherapie: Korrektur der Diskrepanz von Selbstbild zu Selbstideal mit der Folge von Selbstabwertung, Schuldgefühl und vergeblicher Suche nach Anerkennung. Psychodynamische / analytische Psychotherapie: Bearbeitet Verluste, Trennungen, Kindheitserfahrungen unsicherer Bindung sowie Selbstwertregulationsstörungen. Weitere wirksame Psychotherapieformen: Interpersonelle Psychotherapie, MBCT (mindfulness based cognitive therapy), Behavioral Activation.	mednetbern-Behandlungsalgorithmus <pre> graph TD LD[Leichte Depression] --> L1[Lifestylemassnahmen inkl. Sport- und Bewegungstherapie – Psychoedukation – Partizipative Entscheidung – Ressourcen aktivieren] MD[Mittelgradige Depression] --> L1 SD[Schwere Depression] --> L1 L1 --> W1[watchful waiting ↓ 14 Tage Besserung > 50 % Nein] L1 --> M1[Medikamente oder Psychotherapie] L1 --> M2[Medikamente oder Psychotherapie] L1 --> M3[Medikamente UND Psychotherapie] W1 --> M1 W1 --> M2 W1 --> M3 M1 --> M4[Monitoring wöchentlich, Wirkungsüberprüfung nach 4 Wochen] M2 --> M4 M3 --> M4 M4 --> B1[Besserung > 50 %] M4 --> B2[Besserung < 50 %] B1 --> F[Fortsetzen der Therapie] B2 --> C[Überprüfung der Compliance, Augmentation, Weiterweisung] </pre>
Verlaufskontrolle	Akuttherapie: alle 1–2 Wochen bis Ansprechen = Reduktion der depressiven Symptomatik um 50 % im Vergleich zum Ausgangswert zu Behandlungsbeginn (Punktezahl gemäss PHQ-9-Monitoring-Fragebogen). Stabilisierung: alle 2–4 Wochen (mit PHQ-9-Monitoring-Fragebogen). Ab dem 3. Monat monatlich. Erhaltungstherapie nach Remission (weitgehend symptomfreier Zustand) 4–9 Monate bei alleiniger Pharmakotherapie, 8–12 Monate bei alleiniger Psychotherapie. Genesung: symptomfreie Zeit 6 Monate nach Remission.	
Wann Weiterweisung?	Notfallmässige Weiterweisung an psychiatrischen Notfalldienst oder Klinik zwingend: • bei Selbst- oder Fremdgefährdung mit fehlender Absprachefähigkeit → fürsorgische Unterbringung (FU) evaluieren. • bei ambulant nicht behandelbaren schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Symptomen. Weiterweisung an niedergelassenen Psychiater oder an ambulante psychiatrische Dienste: • bei mittelschwerer bis schwerer depressiver Episode. • bei psychiatrischen Begleiterkrankungen bzw. -symptomen z. B. Angst-, Panik- oder Zwangsstörung, Substanzabusus, Demenz und/oder bei Therapieresistenz.	
Arbeitsfähigkeit	Bei leichten depressiven Episoden in der Regel gegeben (Ausnahme: Arbeitsplatzkonflikt). Bei mittelgradiger und schwerer Depression besteht in der Regel Arbeitsunfähigkeit.	
Fahreignung	Die Depression kann die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen. Bei mittelgradiger oder schwerer Depression bzw. unter Psychopharmaka: kein Personentransport bzw. Berufsverkehr.	
Therapieresistente Depression	Überprüfung der Compliance, Hinterfragung der Diagnose (Fallbesprechung im Qualitätszirkel, Balint-Gruppe), Augmentationstherapie, Weiterweisung an Psychiater oder Institution für Spezialtherapien (z. B. Schlafentzug, EKT, transkranielle Magnetstimulation, Ketamininfusion).	
Management der Suizidalität	Suizidalität direkt thematisieren, detailliert erfragen und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilen • Klärung und Bewältigung der Krise bzw. der Probleme, die zur akuten Suizidalität geführt haben. • Behandlung des Grundleidens und bei Bedarf Sedation. • Nicht-Suizidverträge über einen überschaubaren Zeitraum: je höher das Risiko desto kürzer das Intervall zwischen den Konsultationen. • Verfügbarkeit der Mittel und Gegenstände zur Verübung des Suizids evaluieren und möglichst sicherstellen • Soziales Netz des Patienten aktivieren. • Suizidales Handeln soll nicht grundsätzlich mit Krankheit gleichgesetzt werden (Exit, Bilanzsuizid). • Suizidrisiko steigt für den Patienten möglicherweise durch eine Einweisung, aber die (mediko)legalen Probleme sind für den einweisenden Arzt gelöst.	
Internistische Verlaufskontrolle	Cave QT-Zeit-Verlängerungen durch Psychopharmaka: Citalopram, Escitalopram, Amisulprid, Amitriptylin (Saroten®), Haloperidol, Imipramin (Tofranil®), Lithium, Risperidon. Beispiele für internistische Medikamente: Domperidon (Motilium®), Methadon, Chinolone (z. B. Ciproxin®), Clarithromycin, Cotrimoxazol, Mefloquin.	

Medikamentengruppen	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Empfehlung	Kontraindikationen / Cave
SSRI Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Escitalopram (Ciprallex®) 10–20 mg 1.00 CHF	Sertralin (Zoloft®) 50–100 mg 1.50 CHF	Fluoxetin (WHO) (Fluctine®) 20 mg 0.80 CHF	Standard 1. Wahl	Kombination mit MAO-Hemmern, schwere Leberinsuffizienz. Cave KHK, DM, Manie, instabile Epilepsie, Gewichtszunahme, EKG-Kontrolle (keine Gabe bei Verlängerung des QT-Intervalls). Fluoxetin: Cave CYP450-Inhibitor (Interaktionen), lange Halbwertszeit.
SNRI Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Venlafaxin (Efexor®) 37.5–225 mg 0.70–2.70 CHF	Duloxetin (Cymbalta®) 30–60 mg 1.05–1.30 CHF		Standard 2. Wahl Venlafaxin: bei schwerer D. 1. Wahl Duloxetin: Schmerzpatienten	Kombination mit MAO-Hemmern. Cave Raucher: bei Duloxetin wegen beschleunigter Clearance ev. Dosisanpassung notwendig.
In Spezialfällen					
NaSSA (α2-Rez. Antagonist) Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Mirtazapin (Remeron®) 15–45 mg 1.00 CHF			Mirtazapin: weniger ED als SSRI und Trizyklika	Kombination mit MAO-Hemmern Gewichtszunahme, Cave Fahrtauglichkeit
Trizyklische Antidepressiva Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Amitriptylin(WHO) (Saroten®) 25–300 mg 0.30–1.70 CHF	Clomipramin (Anafranil®) 25–250 mg 0.30–1.75 CHF	Trimipramin (Surmontil®) 25–300 mg 0.20–1.60	Schlafstörung, Schmerztherapie Clomipramin: Zwangsstörung	Kombination mit MAO-Hemmern Hohe Toxizität, nur Kleinpackungen!
NDRI Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Bupropion (Wellbutrin®, Zyban®) 150–300 mg 2.20 CHF			Rauchentwöhnung (Zyban). Off-Label-Einsatz bei ADHS.	Kombination mit MAO-Hemmern Cave Krampfanfälle
Melatoninrezeptoragonist Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Agomelatonin (Valdoxan®) 25 mg–50 mg 2.00–8.00 CHF				Eingeschränkte Leberfunktion Kombination mit Ciprofloxacin, Fluvoxamin
Reversibler MAO-Hemmer Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Moclobemid (Aurorix®) 150–300 mg 0.70–1.20 CHF				Kombination mit SSRI, trizyklische Antidepressiva, Pethidin
Nicht klassifiziert Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Trazodon (Trittico®) 50–300 mg 0.50–1.00 CHF			Off-Label-Einsatz bei Schlafstörung. Weniger ED als SSRI und Trizyklika.	Akuter Myokardinfarkt, Alkohol. Cave Priapismus.
Phytotherapie Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Johanniskraut (Deprivita®) 900 mg 1.00 CHF			Leichte bis mittelgradige Depression	Cave Interaktionen, insbesondere mit Digoxin, Marcoumar, Hormonale Kontrazeptiva.
Augmentationstherapien					
Atypische Antipsychotika Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Quetiapin (Seroquel®) 25–300 mg 0.50–2.00 CHF	Aripiprazol (Abilify®) 2.5–10 mg 3.00–5.00 CHF	Risperidon (Risperdal®) 1–3 mg 0.50–1.50 CHF		Cave Risperidon erhöht die Gesamt mortalität
Schilddrüsenhormone Äquivalenzdosis Kosten/Tag	T3/T4 (Novothyral®) T3: 10–20 µg T4: 50–100 µg 0.30 CHF			Empfohlene Augmentation mit T3 in CH nur in Kombination mit T4 (Novothyral 100 mcg T4/20 mcg T3).	Herz-Kreislauf-erkrankungen Hyperthyreose
Lithium Kosten/Tag	Lithium (Quilonorm®, Lithiofor®) 0.30 CHF			Zielblutspiegel: 0.6–0.8 mmol/l	

Basisliteratur: 1. WHO Media Centre Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> • 2. European Alliance against Depression. <http://ifightdepression.com/en/index.php?id=5869> • 3. S3-Leitlinie und Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-nvl-unipolare-depression-lf.pdf • 4. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen 1. Teil. http://edoc.unibas.ch/23805/1/PUBL_Holsboer-Trachler_1_SwissMedicalForum_2010-46-346_ext.pdf • 5. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen 2. Teil. <http://zad.ch/wp-content/uploads/Somatische-Behandlung-unipolare-Depressionen-Teil-2-SMF-2010.pdf>

Projektteam: Dres. med. Amato Giani, Stefan Schäfer, Andreas Rutishauser, – Beratender Arzt: Dr. med. Marzio Sabbioni

mednetbern-Depressionsfragebogen zur Ermittlung der 3 Haupt- und 7 Zusatzsymptome der Depression sowie des somatischen Syndroms und der psychotischen Symptome

Name

Vorname

Datum des Tests

Hauptsymptome	Ja = 1 Nein = 0	Beispielfrage
1. Depressive Stimmung		Sind Sie niedergeschlagen oder deprimiert?
2. Lust- und Freudlosigkeit, Interesseverlust		Haben Sie in der letzten Zeit die Lust oder die Freude an Beruf, Hobby oder Familie verloren?
3. Ermüdbarkeit, Antriebsmangel		Wie ist es mit der Energie? Fühlen Sie sich müde und abgeschlagen? Wie bewältigen Sie Ihren Alltag?
Punktezahl Hauptsymptome		
Zusatzsymptome	Ja = 1 Nein = 0	Beispielfrage
1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit		Wie ist es mit der Konzentration z. B. beim Lesen
2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen		Wie steht es mit Ihrem Selbstvertrauen?
3. Schuldgefühle		Machen Sie sich Vorwürfe oder fühlen Sie sich schuldig?
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven †		Wie sehen Sie die Zukunft? Positiv oder negativ?
5. Verminderter Appetit		Wie ist der Appetit?
6. Schlafstörungen		Wie geht es mit dem Schlafen? Wann wachen Sie auf?
7. Suizidgedanken/Suizidhandlungen †		Wie steht es mit ihrem Lebensmut und ihrer Lebensfreude? Haben Sie bereits daran gedacht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen? Falls nein: Was hindert Sie, das zu tun? Falls ja: Woran haben Sie gedacht?
Punktezahl Zusatzsymptome		
Punktezahl Total		
Somatisches Syndrom (mindestens zwei Symptome müssen vorhanden sein)		Ja = 1 / Nein = 0
Schlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Morgentief		
Deutlicher Appetitverlust bzw. Gewichtsverlust über 5 % des Körpergewichtes in den letzten 4 Wochen		
Sexuelle Probleme (Libidoverlust, ED)		
Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung		
Psychotische Symptome	Beispielfrage	Ja = 1 / Nein = 0
Wahnsymptomatik	Haben sie das Gefühl, etwas Schlimmes getan zu haben, zu verarmen, an einer Krankheit zu leiden oder bedroht zu sein?»	
Halluzinationen	Hören Sie manchmal Stimmen, die Bemerkungen machen oder sie zu etwas auffordern?	

PHQ-9-Monitoring-Fragebogen

9 Fragen, welche die depressive Symptomatik mit einer Skala von 0 («überhaupt nicht») bis 3 («beinahe jeden Tag») bewerten. Die Summe zwischen 0 und 27 wird zur Verlaufsbeurteilung eingesetzt: 0–4 minimale, 5–9 milde, 10–14 mittelgradig, 15–27 schwere depressive Symptomatik.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht = 0 Punkte	Einzelne Tage = 1 Punkt	Die Hälfte der Tage = 2 Punkte	Beinahe jeden Tag = 3 Punkte
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten?				
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?				
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf?				
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben?				
Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis zu essen?				
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben?				
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen?				
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil «zappelig» oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?				
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich ein Leid zufügen möchten?				
Punkte				
Punktezahl Total				

Monitoring alle 2 Wochen mittels PHQ-9.

> 50 % Symptomreduktion = Besserung: Fortsetzen der Therapie

< 50 % Symptomreduktion: Überprüfung der Compliance, Augmentation, Weiterweisung

Massgebend ist der Ausgangswert (Summe der 9 Items) beim Assessment.