

Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Aufnahmeangaben:

Zuweisungsart	Zuweiser	Rechtsgrundlage	Zuweisungsgrund

ICD-10 Diagnosekriterien - seit mind. 2 Wochen

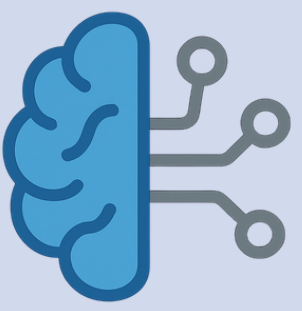
Hauptsymptome (mind. 2 von 3 erforderlich)		Nebensymptome (aus 7 Kriterien)	
<input type="checkbox"/>	Depressive Stimmung	<input type="checkbox"/>	Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
<input type="checkbox"/>	Verlust von Interesse und Freude (Anhedonie)	<input type="checkbox"/>	Vermindertem Selbstwertgefühl / Selbstvertrauen
<input type="checkbox"/>	Verminderter Antrieb / gesteigerte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	Schuldgefühle / Gedanken der Wertlosigkeit
		<input type="checkbox"/>	Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
		<input type="checkbox"/>	Suizidgedanken, -handlungen oder -versuche
		<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen (Ein-/Durchschlaf, Früherwachen)
		<input type="checkbox"/>	Appetitveränderungen (Gewichtsveränderung?)

Schweregrad	ICD-10	Kriterien A	Kriterien B	Zutreffend
Leichte Episode	F32.0 / F33.0	mind. 2	mind. 2	<input type="checkbox"/>
Mittelgradige Episode	F32.1 / F33.1	mind. 2	mind. 3-4	<input type="checkbox"/>
Schwere Episode (ohne PS)	F32.2 / F33.2	alle 3	mind. 4	<input type="checkbox"/>
Schwere Episode (mit PS)	F32.3 / F33.3	alle 3	mind. 4 + PS	<input type="checkbox"/>

*PS = Psychotische Symptome

Somatisches Syndrom (- mind. 4 von 8)		Ausschlusskriterien	
<input type="checkbox"/>	Interessenverlust / fehlendes emotionales Ansprechen	<input type="checkbox"/>	Keine organische Ursache (z. B. Hypothyreose, M. Parkinson, Demenz)
<input type="checkbox"/>	Früherwachen \geq 2 Std. vor gewohnter Zeit		
<input type="checkbox"/>	Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit	<input type="checkbox"/>	Kein Substanz- / Medikamenteneffekt als alleinige Ursache
<input type="checkbox"/>	Deutlicher Appetitverlust		
<input type="checkbox"/>	Gewichtsverlust $>$ 5 % im letzten Monat	<input type="checkbox"/>	Keine manische / hypomanische Episode in Vorgeschichte (\rightarrow F31.x?)
<input type="checkbox"/>	Deutliche Libidominderung		
<input type="checkbox"/>	Stimmungsschwankungen im Tagesverlauf	<input type="checkbox"/>	Nicht im Rahmen Schizophrenie / schizoaffektiver Störung
<input type="checkbox"/> Ja \rightarrow F32.x1 <input type="checkbox"/> Nein \rightarrow F32.x0 <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar			

*Kodierung F32.x1 nur bei F32.0 & F32.1 möglich



Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Suizidalität & Risikoeinschätzung:

Stufenmodell	Zuweiser
1. STUFE 0 – Keine Suizidalität Keine Todes- oder Suizidgedanken berichtet oder explorierbar.	<input type="checkbox"/>
2. STUFE 1 – Passive Todeswünsche Wunsch zu sterben oder nicht mehr aufzuwachen, ohne aktive Suizidideen. („Ich wäre froh, wenn ich nicht mehr wäre.“)	<input type="checkbox"/>
3. STUFE 2 – Aktive Suizidideen ohne Plan Gedanken, sich das Leben zu nehmen, jedoch ohne konkreten Plan oder Methode.	<input type="checkbox"/>
4. STUFE 3 – Suizidideen mit Plan und/oder Absicht <input type="checkbox"/> Konkreter Suizidplan vorhanden <input type="checkbox"/> Zugang zu Mitteln / Methode gegeben <input type="checkbox"/> Zeitliche Absicht geäußert <input type="checkbox"/> Abschiedsbriefe / -handlungen	<input type="checkbox"/>

Vorgeschichte & Risiko-/Schutzfaktoren

Anamnestische Faktoren		Klinische Risikofaktoren		Schutzfaktoren	
<input type="checkbox"/>	Frühere Suizidversuche	<input type="checkbox"/>	Schwere depressive Episode	<input type="checkbox"/>	Tragfähiges soziales Netz
<input type="checkbox"/>	Suizid in der Familie	<input type="checkbox"/>	Psychotische Symptome	<input type="checkbox"/>	Familiäre Einbindung
<input type="checkbox"/>	Frühere psychiatr. Hospitalisationen	<input type="checkbox"/>	Ausgeprägte Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	Krankheitseinsicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	Chronische Suizidalität bekannt	<input type="checkbox"/>	Komorbide Angststörung / Agitiertheit	<input type="checkbox"/>	Therapiemotivation
<input type="checkbox"/>	Traumatisierungsgeschichte	<input type="checkbox"/>	Substanzkonsum / -missbrauch	<input type="checkbox"/>	Religiöse / spirituelle Überzeugungen
		<input type="checkbox"/>	Soziale Isolation	<input type="checkbox"/>	Verantwortung für Kinder / Angehörige
		<input type="checkbox"/>	Akute psychosoziale Belastung	<input type="checkbox"/>	Keine Mittel / kein Zugang

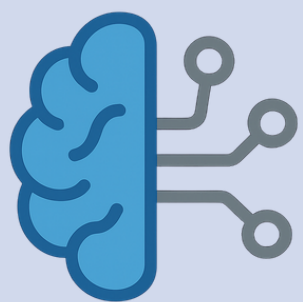
Fremdgefährdung

<input type="checkbox"/>	Keine Hinweise
<input type="checkbox"/>	Verbale Äusserungen
<input type="checkbox"/>	Konkreter Plan / Absicht

Gesamtrisikoeinschätzung

<input type="checkbox"/>	Niedrig
<input type="checkbox"/>	Mittel
<input type="checkbox"/>	Hoch

Abgeleitete Massnahmen (z. B. Absprachefähigkeit, Überwachung, Türschloss):



Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Labordiagnostik bei Eintritt

Hämatologie	Befund	Auffällig?
Hämoglobin (Hb)		<input type="checkbox"/>
MCV / MCH		<input type="checkbox"/>
Leukozyten		<input type="checkbox"/>
Thrombozyten		<input type="checkbox"/>

Schilddrüse	Befund	Auffällig?
TSH basal		<input type="checkbox"/>
ft3		<input type="checkbox"/>
ft4		<input type="checkbox"/>

Hämatologie	Befund	Auffällig?
Natrium (Na ⁺)		<input type="checkbox"/>
Kalium (K ⁺)		<input type="checkbox"/>
Calcium (Ca ²⁺)		<input type="checkbox"/>
Bilirubin gesamt		<input type="checkbox"/>

Leber/Niere	Befund	Auffällig?
GOT (AST) / GPT (ALT)		<input type="checkbox"/>
GGT / AP		<input type="checkbox"/>
Kreatinin / eGFR		<input type="checkbox"/>
Nüchtern glukose / HbA1c		<input type="checkbox"/>

Mangel/Entzündung	Befund	Auffällig?
Vitamin B12		<input type="checkbox"/>
Folsäure		<input type="checkbox"/>
25-OH-Vitamin D		<input type="checkbox"/>
Ferritin / Eisen		<input type="checkbox"/>
CRP		<input type="checkbox"/>

Erweitert	Befund	Auffällig?
Cortisol (morgens)		<input type="checkbox"/>
Homocystein		<input type="checkbox"/>
Lipidprofil (LDL / HDL / TG)		<input type="checkbox"/>
β-HCG (bei Frauen im GB-Alter)		<input type="checkbox"/>
Urin-Toxikologie		<input type="checkbox"/>

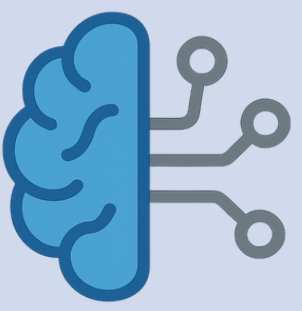
Psychiatrische Vorgeschichte

<input type="checkbox"/>	Frühere depressive Episoden
<input type="checkbox"/>	Manische / hypomanische Episoden
<input type="checkbox"/>	Psychotische Episoden
<input type="checkbox"/>	Frühere Suizidversuche
<input type="checkbox"/>	Ambulante Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Stationäre Psychiatrie

Aktuelle Medikation

Präparat	Dosis	Schema?

Allergien:



Leitfaden zu Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Aufnahmeangaben

Die Dokumentation des **Zuweisungsweges** (Notaufnahme, Zuweisung, Selbsteinweisung) ist für die Einschätzung der Dringlichkeit und Behandlungsplanung relevant. Die **Rechtsgrundlage** bei Eintritt (freiwillig vs. Unterbringung) hat direkte rechtliche Konsequenzen und muss sorgfältig festgehalten werden. Der **Zuweisungs-Aufnahmegrund** sollte die klinische Fragestellung klar benennen und als Ausgangspunkt für die Behandlungsplanung dienen.

Diagnosen (ICD-10)

Die **Hauptdiagnose** wird nach ICD-10 kodiert (F32.x für Einzelepisode, F33.x bei rezidivierendem Verlauf). Die **Episodendauer** ist diagnostisch relevant: ICD-10 fordert ein Mindestbestehen von 2 Wochen. **Nebendiagnosen** (somatisch und psychiatrisch) beeinflussen die Medikamentenwahl, Interaktionen und das Gesamtrisiko erheblich – insbesondere Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Schmerzerkrankungen und Angststörungen.

ICD-10 Diagnosekriterien

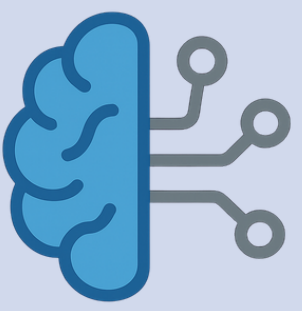
Die Diagnose einer depressiven Episode erfordert eine **strukturierte Symptomerhebung** anhand der ICD-10-Kriterien. Das Formular gliedert diese in vier Blöcke (A–D), deren Logik im Folgenden erläutert wird.

Block A & B – Haupt- und Zusatzsymptome

Block	Klinische Bedeutung	Häufige Fehlerquellen
A – Hauptsymptome (mind. 2 von 3)	Gedrückte Stimmung, Anhedonie und Antriebsminderung sind die Kernsymptome. Mindestens 2 dieser 3 Symptome müssen für die Diagnosestellung vorliegen.	Anhedonie wird von Patienten oft nicht spontan berichtet – aktiv erfragen. Antriebsminderung kann durch somatische Erkrankungen oder Medikamente maskiert sein.
B – Zusatzsymptome (min. 2 / 3–4 / 4)	Die Anzahl bestimmter Zusatzsymptome definiert den Schweregrad. Suizidgedanken sind als Zusatzsymptom gelistet, erfordern aber immer eine eigene Risikoerfassung (Abschnitt 4).	Schuldgefühle können kulturell unterschiedlich ausgedrückt werden. Schlafstörungen sind unspezifisch – Art und Muster (v. a. Früherwachen) genauer erfassen.

Block C – Somatisches Syndrom

Das somatische Syndrom (früher: «melancholische Depression») wird durch die Zusatzkodierung **F32.x1** abgebildet und ist klinisch relevant, da es auf eine stärkere biologische Komponente hinweist. Dieses Syndrom spricht erfahrungsgemäss besser auf **trizyklische Antidepressiva** und **EKT** an. Mindestens 4 der 8 Kriterien müssen erfüllt sein – das Morgentief und Früherwachen sind dabei besonders charakteristisch.



Leitfaden zu Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Block D – Ausschlusskriterien

Organische Ursachen müssen aktiv ausgeschlossen werden, da sie eine depressive Symptomatik vollständig erklären können. Besonders relevant: Hypothyreose (TSH), Hyponatriämie, Hyperkalzämie, Anämie, Morbus Parkinson und frühe Demenzen. Ebenso muss eine **bipolare Störung** (manische/hypomanische Vorgeschichte) ausgeschlossen werden, da die alleinige Gabe eines Antidepressivums eine Manie triggern

Suizidalität & Risikoeinschätzung

Die Suizidprävention ist eine der zentralen Aufgaben in der psychiatrischen Akutversorgung. Eine strukturierte Erfassung reduziert das Risiko, relevante Informationen zu übersehen, und stellt die **Nachvollziehbarkeit der klinischen Entscheidung** sicher. Das Formular orientiert sich an einem vierstufigen Ideationsmodell.

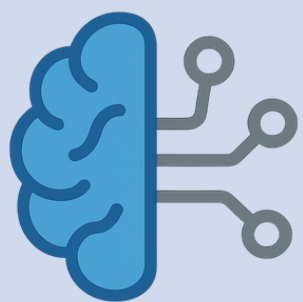
Stufe	Klinische Bedeutung	Empfohlene Massnahmen	Risiko
Stufe 0 Keine Suizidalität	Kein Anhalt für Todes- oder Suizidgedanken. Regelmässige Reevaluation bei schwerem Verlauf oder Zustandsänderung.	Standardmonitoring	NIEDRIG
Stufe 1 Passive Todeswünsche	Patient wünscht zu sterben oder nicht mehr aufzuwachen, ohne aktive Handlungsabsicht. Häufig bei schwerer Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit.	Tägliche Exploration, Schutzfaktoren stärken, enge Begleitung	NIEDRIG-MITTEL
Stufe 2 Aktive Suizidideen ohne Plan	Patient denkt aktiv an Suizid, hat jedoch keinen konkreten Plan. Übergang zu Stufe 3 jederzeit möglich – intensive Exploration notwendig.	Engmaschiges Monitoring, ggf. 1:1-Begleitung, Sicherung der Umgebung	MITTEL-HOCH
Stufe 3 Plan und/oder Absicht	Höchste Dringlichkeit. Konkreter Plan, Zugang zu Mitteln oder zeitliche Absicht erhöhen das Risiko exponentiell. Abschiedshandlungen sind ein starkes Warnsignal.	Sofortmassnahmen: 1:1-Überwachung, Mittelentfernung, ggf. Unterbringung (FU), Oberarzt informieren	HOCH

Wichtigste Risikofaktoren:

Früherer Suizidversuch ist der stärkste Einzelprädiktor. Suizid in der Familienanamnese, komorbider Substanzkonsum, ausgeprägte Hoffnungslosigkeit (Beck Hopelessness Scale) und schwere Schlafstörungen erhöhen das Risiko unabhängig voneinander. Agitierte Depression ist besonders gefährdet.

Schutzfaktoren aktiv nutzen:

Schutzfaktoren (Familie, Kinder, Therapiemotivation, fehlender Zugang zu Mitteln) mindern das Risiko und sollten in der Behandlung gezielt gestärkt werden. Absprachefähigkeit allein ist kein verlässlicher Schutzfaktor und darf nicht als alleiniges Kriterium für die Risikoeinschätzung dienen.

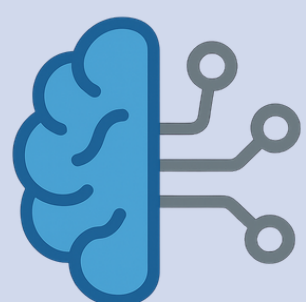


Leitfaden zu Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Labordiagnostik

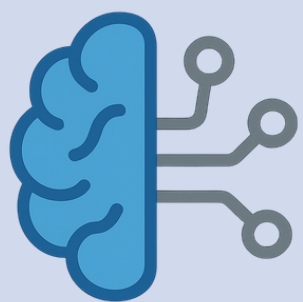
Laborwerte dienen beim depressiven Syndrom drei Zwecken: **(1) Ausschluss organischer Ursachen**, die eine Depression imitieren oder unterhalten, **(2) Therapiesicherheit** vor Beginn einer medikamentösen Behandlung und **(3) Erkennung von Mangelzuständen**, die den Verlauf ungünstig beeinflussen können.

Gruppe	Parameter	Indikation	Klinische Rationale
Schilddrüse	TSH basal	Organisch	Hypothyreose ist eine der häufigsten organischen Ursachen einer depressiven Symptomatik. TSH ist der sensitivste Parameter. Bei Auffälligkeit: fT3/fT4 zur Differenzierung.
	fT3	Organisch	Niedriges fT3 bei normalem TSH kann auf eine periphere Konversionsstörung oder Euthyroid-Sick-Syndrom hinweisen.
	fT4	Organisch	Differenzierung zwischen primärer und sekundärer (zentraler) Hypothyreose; relevant bei Lithiumtherapie (Lithium hemmt Schilddrüsenfunktion).
Hämatologie	Hämoglobin (Hb)	Organisch	Anämie verursacht Erschöpfung, Antriebsminderung und kognitive Einschränkungen, die eine Depression imitieren oder verstärken.
	MCV / MCH	Organisch	Makrozytose als Hinweis auf Vitamin-B12-/Folsäuremangel oder Alkoholkonsum. Mikrozytose spricht für Eisenmangel.
	Leukozyten / Thrombozyten	Basis	Ausgangswert vor antidepressiver Therapie; manche Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) können Leukopenie oder Thrombozytopenie verursachen.
Elektrolyte & Metabolismus	Natrium (Na ⁺)	Organisch Sicherheit	Hyponatriämie (häufig bei älteren Patienten) verursacht depressive Symptome und kognitive Störungen. Ausgangswert wichtig vor SSRI-Therapie (SSRI können SIADH/Hyponatriämie auslösen).
	Kalium (K ⁺)	Sicherheit	Hypokaliämie erhöht das kardiale Risiko (QTc-Verlängerung), besonders relevant bei TZA und einigen Antipsychotika. Ausgangswert vor EKT obligat.
	Calcium (Ca ²⁺)	Organisch	Hyperkalzämie (z. B. Hyperparathyreoidismus, Malignome) kann depressive Symptome, Erschöpfung und kognitive Verlangsamung verursachen.
	Nüchtern-glukose / HbA1c	Organisch Therapie	Diabetes mellitus ist häufig komorbid mit Depression (bidirektionale Assoziation). Ausgangswert relevant vor atypischen Antipsychotika (metabolische Nebenwirkungen).



Leitfaden zu Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Gruppe	Parameter	Indikation	Klinische Rationale
Leber & Niere	GOT, GPT, GGT, AP	Sicherheit Organisch	Erhöhte Leberwerte können auf Alkoholkonsum, Hepatitis oder Medikamenten-NW hinweisen. GGT ist sensitiver Marker für chronischen Alkoholismus. Leberinsuffizienz verändert den Metabolismus vieler Antidepressiva signifikant (v. a. TZA, Duloxetin).
	Kreatinin / eGFR	Sicherheit Therapie	Niereninsuffizienz erfordert Dosisanpassung bei renal eliminierten Substanzen (z. B. Lithium, Venlafaxin, Pregabalin). Bei eGFR < 30 ml/min besondere Vorsicht.
	Bilirubin	Basis	Ausgangswert; Hyperbilirubinämie kann auf Hämolyse, Hepatitis oder Gallenwegserkrankung hinweisen.
Mangelzustände & Entzündung	Vitamin B12	Organisch	B12-Mangel verursacht neuropsychiatrische Symptome inkl. Depression, Fatigue und kognitive Verlangsamung – auch ohne Anämie. Besonders häufig bei älteren Patienten, Vegetariern und unter Metformin-Therapie.
	Folsäure	Organisch Therapie	Niedriger Folsäurespiegel korreliert mit schlechterer Antidepressivum-Response. Substitution kann antidepressive Wirkung verstärken. Häufig erniedrigt bei Alkoholkonsum und Mangelernährung.
	25-OH-Vitamin D	Organisch	Vitamin-D-Mangel ist mit Depression assoziiert (epidemiologisch und pathophysiologisch über serotonerge und inflammatorische Mechanismen). In der Schweiz saisonal häufig und bei Hospitalisierung oft ausgeprägt.
	Ferritin / Eisen	Organisch	Eisenmangel (auch ohne Anämie) verursacht Erschöpfung, Konzentrationsstörungen und depressive Verstimmung. Ferritin ist sensitiver als Serumeisen (Akute-Phase-Protein beachten).
Erweitertes Screening (fakultativ)	CRP	Organisch	Inflammatorische Prozesse sind pathophysiologisch mit Depression verknüpft (Zytokin-Hypothese). Erhöhtes CRP kann auf organische Grunderkrankung hinweisen und ist mit schlechterer SSRI-Response assoziiert.
	Cortisol (morgens)	Organisch	Ausschluss Cushing-Syndrom (Hypocortisolismus als Ursache psychischer Symptome) bzw. Morbus Addison. Bei Verdacht auf HPA-Achsen-Dysregulation oder therapieresistenter Depression.
	Homocystein	Organisch	Erhöhtes Homocystein ist mit Depression und kognitiven Störungen assoziiert; Hinweis auf B12-/Folsäuremangel oder genetische Methylierungsstörungen (MTHFR).



Leitfaden zu Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Gruppe	Parameter	Indikation	Klinische Rationale
Erweitertes Screening (fakultativ)	Lipidprofil	Therapie	Ausgangswert vor atypischen Antipsychotika (Olanzapin, Quetiapin). Niedrige Cholesterinwerte wurden mit erhöhtem Suizidrisiko in Verbindung gebracht (kontrovers).
	β-HCG	Sicherheit	Obligat bei Frauen im gebärfähigen Alter vor medikamentöser Therapie (Teratogenität vieler Psychopharmaka). Peripartale Depression als eigenständige Diagnose ausschliessen.
	Urin-Toxikologie	Organisch Sicherheit	Ausschluss Substanzintoxikation/-entzug als Depressionsursache. Relevant bei Verdacht auf Konsum, unklarer Klinik oder vor Beginn von Interaktionsrisiko-Substanzen (z. B. MAO-Hemmer, Tramadol).

*Organisch = Ausschluss organischer Ursachen; Sicherheit = Therapiesicherheit / Interaktionen; Therapie = Therapieplanung / Response; Basis = Ausgangswert / Verlaufparameter

Psychiatrische Vorgeschichte:

Früherer Suizidversuch ist der stärkste Einzelprädiktor. Suizid in der Familienanamnese, komorbider Substanzkonsum, ausgeprägte Hoffnungslosigkeit (Beck Hopelessness Scale) und schwere Schlafstörungen erhöhen das Risiko unabhängig voneinander. Agitierte Depression ist besonders gefährdet.

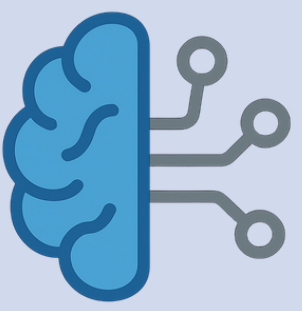
Medikation bei Eintritt:

Schutzfaktoren (Familie, Kinder, Therapiemotivation, fehlender Zugang zu Mitteln) mindern das Risiko und sollten in der Behandlung gezielt gestärkt werden. Absprachefähigkeit allein ist kein verlässlicher Schutzfaktor und darf nicht als alleiniges Kriterium für die Risikoeinschätzung dienen.

Rechtliches & Unterbringung

Die psychiatrische Aufnahme kann freiwillig oder im Rahmen einer **Unterbringung** erfolgen. Die rechtlichen Grundlagen unterscheiden sich je nach Land. Unabhängig vom Setting müssen **Aufklärung und Einwilligung** in die Behandlung schriftlich dokumentiert werden.

Land	Rechtsgrundlage	Voraussetzungen & Hinweise
Schweiz	ZGB Art. 426 ff. (FU)	Unterbringung durch Arzt (ärztliche FU) oder KESB möglich. Voraussetzung: psychische Störung oder geistige Behinderung + fehlende Selbstfürsorge oder Eigen-/Fremdgefährdung. Patient ist über Rechte zu informieren; Beschwerderecht besteht.
Deutschland	Deutschland PsychKG (je Bundesland) / BGB § 1831	Unterbringung bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung. Richterliche Genehmigung in der Regel innerhalb von 24 h erforderlich. Bei Betreuung: BGB § 1831 (früher § 1906).



Leitfaden zu Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Land	Rechtsgrundlage	Voraussetzungen & Hinweise
Österreich	UbG (Unterbringungsgesetz)	Unterbringung ohne Verlangen nur bei ernster und erheblicher Gefahr für Leben/Gesundheit. Richter entscheidet innerhalb von 4 Tagen. Patientenanwalt ist zu verständigen.

⚠ Wichtige Grundsätze:

- Freiheitsbeschränkende Massnahmen immer verhältnismässig und auf das Mindestmass beschränken.
- Absprachefähigkeit und Krisenplan bei freiwilliger Aufnahme schriftlich dokumentieren.
- Türschloss, 1:1-Begleitung oder andere freiheitsbeschränkende Massnahmen separat begründen und im Verlauf festhalten.
- Zwangsmassnahmen erfordern immer eine ärztliche Anordnung mit Begründung.

Einwilligung & Urteilsfähigkeit:

Bei schwer depressiven Patienten mit wahnhafter Überzeugung kann die Urteilsfähigkeit eingeschränkt sein. Ist ein Patient nicht urteilsfähig, muss die gesetzliche Vertretung (Beistand/Vorsorgeauftrag/Patientenverfügung) beigezogen werden. Urteilsfähigkeit ist immer handlungsbezogen und im Einzelfall zu prüfen – sie ist kein Alles-oder-nichts-Konzept.

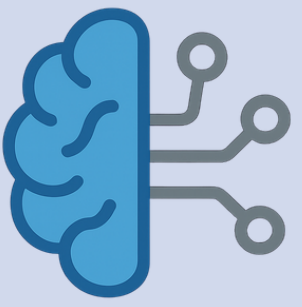
Leitlinienreferenz & Screening

Massgebliche Leitlinien

- **NVL Unipolare Depression V3.2** (DGPPN/AWMF, 07/2023, gültig bis 09/2027) – umfassendste deutschsprachige Leitlinie für Diagnostik und Behandlung.
- **AWMF-Register 038-013** – S3-Leitlinie Unipolare Depression
- **NICE Guideline CG90** – Depression in Adults (Royal College of Psychiatrists, UK, aktualisiert 2022)
- **ICD-10-GM Kapitel F3** – Affektive Störungen (F30–F39)
- **DSM-5-TR** – Major Depressive Disorder (zur ergänzenden Orientierung, insb. für Forschung)
- Alle AWMF-Leitlinien frei verfügbar unter awmf.org
NVL unter leitlinien.de

Empfohlene Screening Instrumente

- **PHQ-9** – Patient Health Questionnaire (Selbstbeurteilung, validiert auf Deutsch)
- **MADRS** – Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (Fremdbeurteilung)
- **HAMD-17** – Hamilton Rating Scale for Depression (Fremdbeurteilung, Therapiemonitoring)
- **BDI-II** – Beck Depressions-Inventar (Selbstbeurteilung)
- **Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)** – Suizidalitätserfassung
- PHQ-9 und MADRS sind für den stationären Verlauf besonders empfohlen (NVL V3.2).



Leitfaden zu Eintrittsdokumentation - depressives Syndrom

Haftungshinweis

Dieses Dokument dient ausschliesslich der Ausbildungsunterstützung und ersetzt nicht die individuelle ärztliche Beurteilung im Einzelfall. Alle klinischen Entscheidungen – insbesondere Diagnosestellung, Risikoeinschätzung, Medikamentenwahl und freiheitsbeschränkende Massnahmen – sind durch den behandelnden Arzt eigenverantwortlich und patientenbezogen zu treffen.

Die enthaltenen Informationen entsprechen dem Stand der zum Zeitpunkt der Erstellung gültigen Leitlinien. Leitlinien können aktualisiert werden – die Eigenverantwortung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes, aktuelle Evidenz zu prüfen, bleibt davon unberührt. **Bei klinischer Unsicherheit immer Rücksprache mit Oberarzt oder Facharzt.**

