

Report zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“

Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3)
AWMF-Registernummer 028 - 043

Herausgebende AWMF-Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Federführend beteiligte Organisationen:

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Weitere beteiligte Organisationen:

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ)

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (bkj)

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (BVVP)

Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (BVKJ)

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSTF)

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)

Koordination und Redaktion

Dipl.-Psych. Kathrin Dolle und Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der
Universität München

Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München

Direktion

Nußbaumstr. 5a

80336 München

E-Mail: kjp@med.uni-muenchen.de

Finanziell unterstützt durch die gemeinnützige Erich-Benjamin-Stiftung (www.erich-benjamin-stiftung.de) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Inhalt

1. Geltungsbereich und Zweck	5
1.0. Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas	5
1.1. Zielorientierung der Leitlinie	5
1.2. Patientenzielgruppe	5
1.3. Versorgungsbereich	6
1.4. Anwenderzielgruppe	6
2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen	8
3. Methodologische Exaktheit	10
3.1. Formulierung von Schlüsselfragen	10
3.2. Verwendung existierender Leitlinien zum Thema	13
3.3. Systematische Literaturrecherche	16
3.3.1. Interventionssetting	18
3.3.2. Psychotherapie im deutschsprachigen Raum	19
3.3.3. Psychotherapie mit Einbezug der Eltern	19
3.3.4. RCTs zu Psychotherapie seit 2005	20
3.3.5. Psychodynamische Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie	20
3.3.6. Johanniskraut	21
3.3.7. Lithium und Carbamazepin	22
3.3.8. RCTs zu Pharmakotherapie seit 2005	22
3.3.9. Elektrokonvulsionstherapie	23
3.3.10. Biblio- und computergestützte Therapie	23
3.3.11. Maßnahmen der Jugendhilfe	24
3.3.12. Entspannungsverfahren	24
3.3.13. Ergotherapie	25
3.3.14. Kunsttherapie	25
3.3.15. Lichttherapie	25
3.3.16. Massage	26
3.3.17. Musiktherapie	26
3.3.18. Omega-3-Fettsäuren	26
3.3.19. Schlafdeprivation	26
3.3.20. Sportliche Aktivität (Exercise)	27
3.3.21. Transkranielle Magnetstimulation	27
3.3.22. Vagusnervstimulation	28
3.3.23. Suche nach unveröffentlichten Studien	28

3.3.24. Handsuche in Zeitschriften und Kongressberichten.....	29
3.4. Auswahl der Evidenz	29
3.5. Bewertung der Evidenz	30
3.6. Erstellung von Evidenztabelle n	30
3.7. Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung.....	31
3.8. Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes.....	32
3.9. Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenz- und Empfehlungsgraden.....	32
4. Externe Begutachtung und Verabschiedung.....	34
4.1. Pilottestung und externe Begutachtung.....	34
4.2. Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen	34
5. Redaktionelle Unabhängigkeit	34
5.1. Finanzierung der Leitlinie	34
5.2. Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten	35
6. Verbreitung und Implementierung.....	35
6.1. Konzept zur Verbreitung und Implementierung	35
6.2. Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie	36
6.3. Diskussion möglicher Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen	36
6.4. Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren	37
7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren.....	37
7.1. Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status.....	37
7.2. Aktualisierungsverfahren.....	38
Anhang A: Suchfilter für die Datenbankenrecherchen	39
Suchfilter für The Cochrane Library	39
Suchfilter für Medline (ab 1947).....	43
Suchfilter für Embase (ab 1988)	48
Suchfilter für PsycINFO	52
Suchfilter für PSYNDEX zu Jugendhilfemaßnahmen in Deutschland.....	56
Anhang B: Checklisten zur Bewertung der Studienqualität	57
Anhang C: Formular zur Erklärung von Interessenkonflikten	63
Anhang D: Erklärungen über Interessenkonflikte: Tabellarische Zusammenfassung.....	66
Tabellenverzeichnis.....	73
Literatur.....	74

1. Geltungsbereich und Zweck

1.0. Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit [1]. Sie können sehr früh beginnen, verlaufen häufig chronisch und führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung. Zudem sind sie mit einem erhöhten Risiko für weitere psychiatrische und organische Erkrankungen verbunden [2, 3]. Nicht alle betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten bisher eine optimale Behandlung [4]. Evidenz zur Wirksamkeit verschiedener Behandlungsansätze liegt vor allem aus internationalen Studien vor und ist für Anwenderinnen und Anwender jedoch häufig nicht verfügbar oder nicht überschaubar. Empfehlungen aus dem Erwachsenenbereich können nicht pauschal übertragen werden, da sowohl die Symptomatik als auch die Angemessenheit und Wirksamkeit der Behandlungsansätze von Alter und Entwicklungsstand abhängen.

1.1. Zielorientierung der Leitlinie

Die Leitlinie soll umfassend über den aktuellen Erkenntnisstand zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter informieren. Sie soll als Hilfestellung die Auswahl und Planung einer wirksamen Behandlungsstrategie erleichtern. Ihre Verbreitung und Umsetzung soll dazu führen, dass mehr betroffene Kinder und Jugendliche die für sie optimale Behandlung erhalten. Diese Behandlung soll die depressive Symptomatik, die Erkrankungsdauer und das Wiedererkrankungsrisiko und das Risiko für weitere, damit verbundene Erkrankungen verringern und gleichzeitig möglichst geringe unerwünschte Neben- und Folgewirkungen (z.B. Verstärkung von Suizidgedanken) mit sich bringen.

Angesichts begrenzter Ressourcen kann die Leitlinie keine Informationen zur Symptomatik, Epidemiologie, Diagnostik und Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter bereitstellen, auch wenn eine Erweiterung der Leitlinie in diesen Bereichen wünschenswert wäre. Zu diesen Themen sei auf aktuelle Übersichtsarbeiten verwiesen (z.B. [5-8]) und bezüglich depressiver Störungen auf die S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ für Erwachsene (abrufbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html>).

1.2. Patientenzielgruppe

Die Leitlinie bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren mit depressiven Störungen gemäß den ICD-10-Kriterien, d.h. mit

- depressiven Episoden (F32),
- rezidivierenden depressiven Störungen (F33),
- Dysthymia (F34.1),
- Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0),

einschließlich Patientinnen und Patienten, bei denen darüber hinaus noch weitere psychische oder somatische Erkrankungen (Komorbiditäten) vorliegen.

Sie bezieht sich ausdrücklich *nicht* auf

- subklinisch betroffene Kinder und Jugendliche, welche die diagnostischen Kriterien für eine depressive Störung nicht erfüllen,
- Kinder und Jugendliche mit bipolaren Störungen,
- Kinder und Jugendliche mit anderen psychischen (z.B. F93, F43) oder somatischen Erkrankungen, falls sie nicht auch die diagnostischen Kriterien für eine depressive Störung erfüllen,
- Erwachsene.

Auch zu depressiven Störungen während einer Schwangerschaft oder nach einer Geburt (postpartale Depression) sind keine Ergebnisse oder Empfehlungen enthalten, da dies ein eigenes Themenfeld darstellt, das zwar auch im Jugendalter, aber vor allem im Erwachsenenalter relevant ist.

Für das Erwachsenenalter liegt die S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ vor (abrufbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html>). Im Grenzbereich zwischen Jugend- und Erwachsenenalter und insbesondere bei Jugendlichen mit rezidivierenden depressiven Störungen sollte diese Leitlinie ebenfalls oder sogar vorrangig berücksichtigt werden, um eine kontinuierliche Behandlung zu ermöglichen.

1.3. Versorgungsbereich

Die Leitlinie soll für die Therapie im ambulanten, stationären und teilstationären Rahmen gelten.

1.4. Anwenderzielgruppe

Anwenderinnen und Anwender der Leitlinie sollen

- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

und weitere Personen sein, die professionell an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen beteiligt sind. Den Patientinnen und Patienten, ihren Bezugspersonen und anderen interessierten Personen soll die Leitlinie zur Information dienen.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

Die Zusammensetzung der Leitliniengruppe ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1. Mitglieder der Leitliniengruppe

Rolle	Name	Vertretung welcher Organisation
Koordinator	Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
Steuerungs- gremium	Dr. med. Ute Müller	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)
	Dr. med. Martin Jung	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG KJPP)
	Dr. Johannes Klein-Heßling	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
	Peter Lehndorfer	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
	PD Dr. med. Michael Kölch	DGKJP
	Prof. Dr. med. Georg Romer	DGKJP
Konsentierungs- gremium	PD Dr. Martina Pitzer	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ)
	Dr. med. Martin Fischer	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)
	Silke von der Heyde, M.S.	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (bkj)
	Dipl.-Psych. Inge Neiser Stellvertreter: Dipl.-Psych. Rainer Mannheim-Rouzeaud	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
	Katja Bonnländer Stellvertreter: Prof. Dr. Thomas Staroszynski	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT)
	Dipl.-Ing. Karl Heinz Möhrmann	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK)
	Dipl.-Soz.-Päd. Ariadne Sartorius	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (BVVP)
	Dr. Maria Elisabeth Ahle Stellvertreterin: Prof. Dr. Silvia Schneider	Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (BVKJ)
	Dr. med. Torsten Lucas	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
	Prof. Dr. Dr. Frank Schneider Stellvertreter: PD Dr. Cornelius Schüle	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
Prof. Dr. Wolfgang Ihle Stellvertreter: Prof. Dr. Gunter Groen	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs)	

Rolle	Name	Vertretung welcher Organisation
	Prof. Dr. med. Thomas Löw	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)
	Dr. med. Ullrich Raupp	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)
	Dr. med. Filip Caby Stellvertreter: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF)
	Dipl.-Psych. Franz Rudolf Merod Stellvertreterin: Dipl.-Psych. Sonja Stolp	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
	Michaela Willhauck-Fojkar, Dipl.-Soz.-Päd. (FH)	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV)
	Prof. Dr. med. Peter Henningsen Stellvertreterin: Sigrid Aberl	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
	Christine Röpke	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)
Beraterinnen	Prof. Dr. Sabine Walper, Dipl.-Psych. (wissenschaftliche Expertin im Steuerungsgremium) Lisa Degener (Vertreterin des Deutschen Hausärzterverbands e.V.)	

Weitere Angaben zu diesen Personen können Anhang D: Erklärungen über Interessenkonflikte: Tabellarische Zusammenfassung entnommen werden. Ebenfalls angefragt wurde die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), die eine Mitarbeit aufgrund personeller Engpässe ablehnte.

Die Leitliniengruppe konstituierte sich erstmals in einer Sitzung am 07.07.2010 und kam insgesamt vier weitere Male zusammen in drei Sitzungen des Steuerungsgremiums am 20.05.2011, 14.11.2011 und 14.12.2012 sowie zur Konsensuskonferenz am 22./23.10.2012.

Verantwortlich für Literaturrecherchen und Dokumentation war Kathrin Dolle, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München, mit Unterstützung von zwei wissenschaftlichen Hilfskräften, Chiara Helga Schlenz und Lydia Unterberger, Psychologiestudentinnen an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Weitere Unterstützung bei methodischen Fragen und administrativen Aufgaben erhielt das Projekt klinikintern durch Katharina Galuschka, Carolina Silberbauer, Rita Rupprecht und Jürgen Bartling.

3. Methodologische Exaktheit

3.1. Formulierung von Schlüsselfragen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen ergeben sich folgende **klinische Fragen**, die durch die Empfehlungen beantwortet werden sollten:

- 1) In welchen Fällen reicht eine Beobachtung (vorerst) aus?
- 2) Wann ist eine ambulante Behandlung notwendig?
- 3) Wann ist eine stationäre Behandlung notwendig?
- 4) Was ist jeweils Therapie der ersten Wahl bei verschiedenen Schweregraden und bei Erstmanifestationen vs. rezidivierenden depressiven Störungen?
- 5) Welche Behandlungsansätze sind überflüssig?
- 6) Wann und wie wird der Therapieerfolg festgestellt?
- 7) Falls die Patientinnen und Patienten nicht ansprechen, welche Therapie folgt als Nächstes?
- 8) Wie lange wird die Behandlung fortgesetzt?
- 9) Wie wird sie beendet?
- 10) Wie können Rückfälle verhindert werden?
- 11) Wie kann das Wiederauftreten verhindert werden?

Dafür wurden die Ergebnisse wie folgt definiert (nach [9-11]):

- Ansprechen (response): Bedeutsame Reduktion der depressiven Symptome für mindestens eine Woche
- Remission (remission): Phase von mindestens zwei Wochen und weniger als zwei Monaten ohne oder mit nur wenigen depressiven Symptomen
- Erholung (recovery): Abwesenheit bedeutsamer depressiver Symptome (z.B. nicht mehr als 1-2 Symptome) für mindestens zwei Monate
- Rückfall (relapse): Erneutes Auftreten der depressiven Symptome während der Remissionsphase
- Wiederauftreten (Rezidiv, recurrence): Erneutes Auftreten der depressiven Symptome während der Erholungsphase.

Um die klinischen Fragen beantworten zu können, wurden 23 suchtaugliche Fragen festgelegt, die so weitgehend wie möglich dem PICO-Schema (Population [P] – Intervention [I] – Comparison [C] – Outcome [O]) folgen. Soweit nicht anders definiert, beziehen sich diese Recherchefragen auf die Population der Kinder und Jugendlichen mit depressiven Störungen (s. 1.2).

Interventionssetting

A1: Unter welchen Bedingungen ist eine teilstationäre oder stationäre Therapie (I) wirksamer zur kurzfristigen Reduktion von Depressivität (O) oder aus anderen Gründen adäquater als eine ambulante Therapie (C)?

Psychotherapie

B1: Wie wirksam sind psychotherapeutische Interventionen (I), u.a.

- Verhaltenstherapie (VT),
- Psychodynamische Psychotherapie (PP),
- Gesprächspsychotherapie (GT),
- Systemische Therapie (ST),
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

im Vergleich zu Nichtbehandlung (z. B. Wartegruppe, C1), im Vergleich zu einer Kontrollbehandlung (z. B. Entspannungstraining, C2) und im Vergleich zueinander (C3) zur kurzfristigen Reduktion von Depressivität (O)?

B2: Wie wirksam sind die genannten Interventionen (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, einer Kontrollbehandlung und im Vergleich zueinander (C1-3) zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O)?

B3: Welche Wirkung haben die genannten Interventionen (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Kontrollbehandlung und im Vergleich zueinander (C1-3) auf Suizidalität (O)?

B4: Welche unerwünschten Neben- und Folgewirkungen werden zu den genannten Interventionen berichtet?

B5: Wie wirksam sind psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern (I) im Vergleich zu Interventionen ohne Einbezug der Eltern (C) zur kurzfristigen Reduktion von Depressivität (O)?

B6: Welche (anderen) Merkmale der psychotherapeutischen Interventionen, der Therapeutinnen und Therapeuten sowie der therapeutischen Beziehung sind mit einer höheren oder geringeren Wirksamkeit verbunden?

Pharmakotherapie

C1: Wie wirksam ist die Verabreichung von Psychopharmaka (I), u.a.

- a) Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA; Amitriptylin, Amoxapin, Clomipramin, Desipramin, Dibenzepin, Doslepin, Dothiepin, Doxepin, Imipramin, Lofepramin, Maprotilin, Mianserin, Nefazodon, Nortriptylin, Protriptylin, Setiptilin, Trimipramin)
- b) Monoaminoxidasehemmer (MAOIs; Phenelzin, Tranylcypromin, Moclobemid)
- c) Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs; Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin)
- d) Selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRIs; Reboxetin)

- e) Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRIs; Duloxetin, Milnacipran, Venlafaxin)
- f) Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA; Mirtazapin)
- g) Serotoninantagonisten/Serotoninwiederaufnahmehemmer (SARIs; Trazodon)
- h) Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRIs; Bupropion)
- i) Melatoninrezeptoragonisten und selektive Serotoninrezeptorantagonisten (MT-Agonisten; Agomelatin)
- j) Phytopharmaka (Standardisierte Johanniskrautextrakte [Hypericum])

im Vergleich zu Nichtbehandlung (z.B. Wartegruppe, C1), im Vergleich zu Placebo (C2) und im Vergleich zueinander (C3) zur Reduktion von Depressivität (O)?

C2: Wie wirksam ist die Verabreichung der genannten Psychopharmaka (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Placebo und im Vergleich zueinander (C1-3) zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O)?

C3: Welche Wirkung hat die Verabreichung der genannten Psychopharmaka (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Placebo und im Vergleich zueinander (C1-3) auf Suizidalität (O)?

C4: Welche unerwünschten Neben- und Folgewirkungen der genannten Psychopharmaka werden berichtet?

C5: Wie wirksam ist bei Patientinnen und Patienten mit schweren rezidivierenden depressiven Störungen (P) die Verabreichung von Lithiumsalzen und Carbamazepin (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Placebo und im Vergleich zueinander (C1-3) zur Phasenprophylaxe (O)?

C6: Wie wirksam ist die Verabreichung einer Kombination der genannten Psychopharmaka (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Placebo und im Vergleich zur Verabreichung eines einzelnen Psychopharmakons (C1-3) zur kurzfristigen Reduktion von Depressivität (O)?

Psycho- und Pharmakotherapie im Vergleich und in Kombination

D1: Wie wirksam sind die genannten psychotherapeutischen Interventionen (I) im Vergleich zur Verabreichung der genannten Psychopharmaka (C) zur kurzfristigen (O1) sowie zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O2)?

D2: Welche Wirkung haben die genannten psychotherapeutischen Interventionen (I) im Vergleich zur Verabreichung der genannten Psychopharmaka (C) auf Suizidalität (O)?

E1: Wie wirksam ist eine Kombination aus einer der genannten psychotherapeutischen Interventionen mit der Verabreichung eines der genannten Psychopharmaka (I) im Vergleich zu einer einzelnen psychotherapeutischen oder psychopharmakologischen Intervention (C) zur kurzfristigen (O1) sowie zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O2)?

E2: Welche unerwünschten Neben- und Folgewirkungen einer Kombinationsbehandlung werden berichtet?

Weitere Behandlungsansätze

- F1: Wie wirksam ist Elektrokonvulsionstherapie (auch Elektrokrampftherapie genannt, EKT, I) im Vergleich zu den genannten Psychopharmaka und psychotherapeutischen Interventionen (C) zur kurzfristigen (O1) sowie zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O2)?
- F2: Welche unerwünschten Neben- und Folgewirkungen der EKT werden berichtet?
- F3: Wie wirksam ist strukturierte Selbsthilfe ohne persönliche, unmittelbare Interaktion mit einer Therapeutin/einem Therapeuten wie computerisierte/ internetbasierte Therapie oder Bibliotherapie (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Kontrollbehandlung sowie zu den genannten Psychopharmaka und psychotherapeutischen Interventionen (C) zur kurzfristigen (O1) sowie zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O2)?
- F4: Welche unerwünschten Neben- und Folgewirkungen kann strukturierte Selbsthilfe haben?
- F5: Wie wirksam sind Jugendhilfemaßnahmen (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Kontrollbehandlung sowie zu den genannten Psychopharmaka und psychotherapeutischen Interventionen (C) zur kurzfristigen (O1) sowie zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O2)?
- F6: Gibt es Befunde zu Wirksamkeit sowie Neben- und Folgewirkungen anderer Behandlungsansätze (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Kontrollbehandlung sowie zu den genannten Psychopharmaka und psychotherapeutischen Interventionen (C) zur kurzfristigen (O1) sowie zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O2)?

3.2. Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Zunächst wurden existierende Leitlinien mit systematischen Methoden gesucht und bewertet. Die Quellleitlinien wurden nach folgenden vorab festgelegten Einschlusskriterien ausgewählt:

- 1) Die Leitlinien beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen.
- 2) Sie wurden innerhalb der letzten sechs Jahre erstellt oder aktualisiert.
- 3) Sie liegen u. a. in deutscher, englischer oder französischer Sprache vor.
- 4) Sie sind evidenzbasiert (in Anlehnung an die methodischen Anforderungen der AWMF zur Klassifikation von Leitlinien), d.h.
 - a. bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt (DELBI-Kriterium 8, Beantwortung mit mindestens 3),
 - b. die Ein- und Ausschlussgründe für die Evidenz werden explizit dargelegt (DELBI-Kriterium 9, Beantwortung mit mindestens 3) und

- c. der Leitlinie ist eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen hinterlegt (DELBI-Kriterium 29, Beantwortung mit mindestens 3).

Anhand des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI [12]) wurde die Domäne methodologische Exaktheit (einschließlich der Kriterien 8 und 9) ebenso wie die Domäne Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem bewertet (einschließlich Kriterium 29), wenn die Einschlusskriterien 1-3 erfüllt waren. Die Beurteilung erfolgte durch zwei unabhängige Gutachterinnen. Bei Leitlinien, die sich hauptsächlich auf Erwachsene beziehen, wurden dabei insbesondere die Abschnitte zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt.

Zunächst wurden acht Datenbanken durchsucht, wobei die Suchstrategie jeweils an die Gegebenheiten der Suchmaschinen angepasst werden musste (s. Tabelle 2).

Tabelle 2. Datenbanken und Strategien für die Suche nach vorhandenen Leitlinien

Institution/Datenbank	Webadresse	Suchstrategie	Datum
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html	Suche nach MeSH (Depressive Disorder, Dysthymic Disorder, Major Depressive Disorder, Depression)	17.03.2011
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	http://www.leitlinien.de/leitlinien-finden	Suche nach MeSH, automatische Umleitung auf den Begriff „Depression“	17.03.2011
Guidelines International Network (GIN)	http://www.g-i-n.net/library	(depress* OR dysthym*) AND (child* OR adolesc*), <i>Sprachen:</i> English, French, German, <i>Typ:</i> Guideline (3)	22.03.2011
Haute Autorité de Santé (HAS)	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil	Suche nach depress* in Recommandations de bonne pratique, Guides ALD und Synthèse d'avis et Fiche bon usage	22.03.2011
UK National Library for Health (Suchmaschine durchsucht auch: US National Guidelines Clearing House, New Zealand Guidelines Group - Guidelines Library sowie Australian National Health and Medical Research Council: Clinical Practice Guidelines)	http://www.library.nhs.uk/guidance/	(depress* OR dysthym*) AND (child* OR adolesc*)	23.03.2011
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html	Suche in Kategorien "Child Health" und "Mental Health"	23.03.2011
Canadian Medical Association (CMA)	http://www.cma.ca/index.php?ci_id=54293&la_id=1	Suche nach „depression“, <i>Zielpopulation:</i> child / adolescent	23.03.2011
Medline via Ovid	Zugang über die Homepage der Universitätsbibliothek München	Suche nach depress* OR dysthym* (Title) AND treat* OR behandlung* OR intervention* OR management (All Fields) AND guideline* OR practice parameter OR leitlinie* (All Fields) <i>Altersgruppen:</i> All Child (0 – 18), <i>Zeitraum:</i> 2005 – 2011 <i>Sprachen:</i> English, French, German	24.03.2011

Die Recherchen erbrachten insgesamt 286 Treffer, unter denen sieben Leitlinien identifiziert wurden, welche die Einschlusskriterien 1-3 erfüllten und eine Evidenzbasierung zumindest erkennen ließen (s. Tabelle 3).

Tabelle 3. Ergebnisse der Suche nach vorhandenen Leitlinien

Datenbank	Treffer	Ausschlüsse nach Kriterien	Vorläufige Einschlüsse
AWMF	110	109 nicht auf Zielpopulation bezogen, 1 nicht erkennbar evidenzbasiert [S1 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 13]	0
ÄZQ	23	16 nicht auf Zielpopulation bezogen oder vor 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1) Depression. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft [14] 2) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders [American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 15] 3) Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 28 [National Collaborating Centre for Mental Health/National Institute for Clinical Excellence [NICE], 16] 4) Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines [17] 5) Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management [18], II. Treatment and Ongoing Management [19] 6) Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care [New Zealand Guidelines Group/Ministry of Health, 20]
GIN	60	54 nicht auf Zielpopulation bezogen oder vor 2005, 2 basieren auf (4), 1 zu Screening (nicht Behandlung)	(1), (2), 7) Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement [US Preventive Task Force [USPSTF], 21]
HAS	10	10 nicht auf Zielpopulation bezogen	0
UK National Library for Health	5	3 basieren auf (4), 1 nicht auf Zielpopulation bezogen	(3)
SIGN	1	1 nicht auf Zielpopulation bezogen	0
CMA	3	1 nicht erkennbar evidenzbasiert	(5), (6)
Medline	74	37 Primärstudien, 31 Reviews, 2 nicht auf Zielpopulation bezogen	(2), (5), (6), (7)

Die Bewertungen im Hinblick auf die DELBI-Kriterien 8, 9 und 29 durch die beiden Gutachterinnen sowie die standardisierten Domänenwerte der Leitlinien sind in Tabelle 4 dargestellt. Ein standardisierter Wert von 1 bedeutet, dass alle Kriterien von allen Gutachtern mit der höchsten Ausprägung bewertet wurden, während ein Wert von 0 für eine Bewertung mit den niedrigsten Ausprägungen steht. Die einzelnen Kriterien 8, 9 und 29 wurden als hinreichend erfüllt betrachtet, wenn sie von mindestens einer Gutachterin mit ≥ 3 bewertet wurden.

Tabelle 4. Bewertung der gefundenen Leitlinien nach DELBI

Leitlinie	Kriterien zur Bewertung der Evidenzbasierung			Standardisierte Domänenwerte	
	8	9	29	Domäne 3: Methodologische Exaktheit	Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem
1) Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft [14]	2	2	2	.45	.31
	2	2	3		
2) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders [15]	3	3	2	.55	.39
	3	3	1		
3) Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [16]	4	4	3	.71	.50
	4	4	3		
4) Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants [17]	2	2	2	.48	.36
	2	2	3		
5) Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care [18, 19]	4	3	3	.43	.36
	2	3	3		
6) Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care [20]	3	2	3	.48	.44
	4	2	3		
7) Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents [21]	4	4	3	.62	.33
	4	4	3		

Anmerkung: Eingeschlossene Leitlinien sind fett gedruckt.

Die Leitlinien (1), (2), (4) und (6) wurden ausgeschlossen, weil sie jeweils mindestens ein Kriterium nicht hinreichend erfüllten. Die drei eingeschlossenen Leitlinien setzen mit fünf (NICE [16]), sieben (USPSTF [21]) und zehn Jahren (GLAD-PC [18, 19]) ein höheres Mindestalter der Kinder fest, für welche die Leitlinie jeweils gelten soll, und schließen teilweise nicht englischsprachige Studien explizit aus (GLAD-PC [18, 19] und USPSTF [21]). Daher wurden eigene Evidenzrecherchen durchgeführt, um auch deutschsprachige, sehr aktuelle auf jüngere Kinder bezogene Forschungsergebnisse systematisch zusammenzustellen. Die Leitlinien wurden in diesem Schritt als Evidenzquellen verwendet, ihre Evidenz wurde erneut geprüft (s. 3.4) sowie durch aktualisierende und ergänzende Recherchen erweitert (s. 3.2, vgl. DELBI-Kriterium 33). Wenn keine neue Evidenz gefunden wurde und Empfehlungen in ihren wesentlichen Aussagen beibehalten wurden, ist dies in der Langfassung der Leitlinie bei den jeweiligen Empfehlungen vermerkt.

3.3. Systematische Literaturrecherche

Zunächst wurde die Evidenz aus den existierenden, eingeschlossenen Leitlinien den Schlüsselfragen (s. 3.1) zugeordnet. Anschließend wurden Recherchen nach

systematischen Reviews für die Population der Kinder und Jugendlichen mit depressiven Störungen in den Datenbanken The Cochrane Library, Medline, Embase und PsycINFO durchgeführt. Dazu wurden nach dem Vorbild der NICE-Leitlinie für jede Datenbank ein Filter für die Zielpopulation (ähnlich [16, S. 285] mit Ausschluss von postpartaler Depression) mit einem vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) entwickelten methodischen Filter für systematische Reviews kombiniert (s. Anhang A: Suchfilter für die Datenbankenrecherchen). Nach Konfiguration der Filter zeigte sich, dass die Zahl der Treffer insgesamt überschaubar war (< 700 Treffer pro Datenbank). Daher wurde die Suche nach systematischen Reviews übergreifend durchgeführt, um nicht durch zusätzliche Filter zu den einzelnen Unterthemen relevante Arbeiten ungewollt auszuschließen.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Suche nach systematischen Reviews am 12.07.2011 und 17.11.2011. Zunächst wurden in einem Screeningverfahren die Titel aller Treffer von zwei Gutachterinnen unabhängig durchgesehen. Arbeiten, die sich eindeutig nicht auf die Zielpopulation bezogen, wurden ausgeschlossen. Hierbei erreichten die Gutachterinnen eine hohe Übereinstimmung von Cohens $\kappa \geq .80$; Nichtübereinstimmungen wurden mithilfe der Abstracts oder der Volltexte der betreffenden Arbeiten gelöst. Nach Durchsicht aller elektronisch zugänglichen Volltexte oder Abstracts wurden weitere Arbeiten ausgeschlossen, die sich entweder nicht auf die Zielpopulation bezogen (sondern z.B. ausschließlich auf Erwachsene), keine Interventionen bei diagnostizierten depressiven Störungen thematisierten (sondern z.B. ausschließlich präventive Ansätze bei subklinischer Symptomatik) oder bei denen eine methodische Systematik nicht erkennbar war (d.h. es waren keinerlei Ein- und Ausschlusskriterien für Primärstudien dargestellt oder die Auswahl wurde explizit als „selektiv“ oder „unsystematisch“ bezeichnet). Anschließend wurden die Ergebnisse der drei Datenbanken verglichen und Duplikate über die Datenbanken hinweg wurden zusammengeführt.

Tabelle 5. Ergebnisse der Suche nach systematischen Reviews

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	133	59	33	39
Medline	363	260	49	53
Embase	695	522	105	68
PsycINFO	185	134	20	31
Gesamt	1376 (100%)	975 (70.9%)	207 (15.0%)	191(13.9%)
			Nach Ausschluss von Duplikaten	88 (6.4%)

Dann wurden für alle Fragen, die nicht durch die Reviews zu beantworten waren, weitere Recherchen nach randomisiert kontrollierten Studien (RCTs) und anderen kontrollierten Studien, Beobachtungsstudien sowie ökonomischen Studien durchgeführt. Dazu wurden nach einer systematischen Suche in den ausgewählten Datenbanken zum jeweiligen Behandlungsansatz die Referenzlisten entweder pro Datenbank ausgedruckt und

per Hand durchsucht oder gesammelt in jeweils einer Endnote-Datenbank gespeichert. Aufgrund der teils recht hohen Trefferzahlen erwies sich das Arbeiten mit Endnote als praktikableres Vorgehen. Für jede Referenzliste sowie für jede Endnote-Datenbank fand ein Screeningverfahren durch zwei unabhängige Gutachterinnen statt. Die Suchfilter, die für die verschiedenen Behandlungsmethoden verwendet wurden, können Anhang A: Suchfilter für die Datenbankenrecherchen entnommen werden.

3.3.1. Interventionssetting

Zur Auswahl des Interventionssettings (ambulant vs. stationär) wurde eine Anschlussrecherche nach kontrollierten Studien, Beobachtungsstudien und ökonomischen Studien am 09.08.2011 und 22./23.11.2011 durchgeführt.

Tabelle 6. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zum Interventionssetting

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	171	155	16	0
Medline	64	56	8	0
Embase	108	105	3	0
PsycINFO	7	7	0	0
Gesamt	350 (100%)	323 (92.3%)	27 (7.7%)	0 (0%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				0 (0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .73$		

Tabelle 7. Ergebnisse der Suche nach Beobachtungsstudien zum Interventionssetting

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
Medline	271	248	12	11
Embase	156	151	2	4
PsycINFO	653	594	47	12
Gesamt	1080 (100%)	993 (91.9%)	61 (5.6%)	27 (2.5%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				19 (1.8%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .78$		

Anmerkung. In der Cochrane Library ist diese Suche nicht möglich.

Tabelle 8. Ergebnisse der Suche nach ökonomischen Studien zum Interventionssetting

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	0	0	0	0
Medline	32	22	8	2
Embase	76	70	5	1
Gesamt	108 (100%)	92 (85.2%)	8 (12.0%)	3 (2.8%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				2 (1.9%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .84$		

3.3.2. Psychotherapie im deutschsprachigen Raum

Weiterhin wurden am 27.09.2011 und 23.11.2011 Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen im deutschsprachigen Raum gesucht.

Tabelle 9. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen im deutschsprachigen Raum

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	31	30	1	0
Medline	135	128	6	1
Embase	267	260	6	1
PsycINFO	5	3	0	2
Gesamt	438 (100%)	421 (96.1%)	13 (3.0%)	4 (0.9%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				3 (0.7%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .90$		

Tabelle 10. Ergebnisse der Suche nach Beobachtungsstudien zu psychotherapeutischen Ansätzen im deutschsprachigen Raum

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
Medline	295	289	5	1
Embase	233	231	2	0
PsycINFO	304	293	6	5
Gesamt	832 (100%)	813 (97.7%)	13 (1.6%)	6 (0.7%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				4 (0.5%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .84$		

Anmerkung. In der Cochrane Library ist diese Suche nicht möglich.

Tabelle 11. Ergebnisse der Suche nach ökonomischen Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen im deutschsprachigen Raum

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	0	0	0	0
Medline	39	37	2	0
Embase	79	78	1	0
Gesamt	118 (100%)	115 (97.5%)	3 (2.5%)	0 (0%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				0 (0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .80$		

3.3.3. Psychotherapie mit Einbezug der Eltern

Da schon ein systematischer Review zu diesem Thema gefunden wurde, der sich auf zwei RCTs bezog, wurde nicht mehr nach Beobachtungsstudien gesucht, sondern nur nach weiteren RCTs und ökonomischen Studien am 12.10.2011 und 23.11.2011.

Tabelle 12. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Psychotherapie mit Einbezug der Eltern

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	159	138	18	3
Medline	189	172	14	2
Embase	307	281	21	5
PsycINFO	57	57	0	0
Gesamt	712 (100%)	648 (91.0%)	53 (7.4%)	10 (1.4%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				6 (0.8%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .61$		

Tabelle 13. Ergebnisse der Suche nach ökonomischen Studien zu Psychotherapie mit Einbezug der Eltern

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	0	0	0	0
Medline	17	15	2	0
Embase	76	72	4	0
Gesamt	93 (100%)	87 (93.5%)	6 (6.4%)	0 (0%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				0 (0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .65$		

3.3.4. RCTs zu Psychotherapie seit 2005

Da die identifizierten Cochrane-Reviews nur RCTs zu Psychotherapie bis 2005 einschlossen, wurden am 21.03.2012 als Ergänzung RCTs zu Psychotherapie ab 2005 gesucht. Bei dieser Recherche wurden alle Suchtreffer nach einem ersten unabhängigen Screening der Begutachterinnen in einer Endnote-Datei gespeichert, wo Duplikate sowie die übereinstimmend als irrelevant beurteilten Einträge aussortiert wurden. Es wurden zahlreiche Treffer gefunden, die schließlich anderen Schlüsselfragen (vor allem der Kombination und dem direkten Vergleich von Psycho- und Pharmakotherapie) zugeordnet wurden.

Tabelle 14. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Psychotherapie seit 2005

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	148	Duplikate: 242 Ausschluss: 167	129	Psychotherapie: 6 Andere: 52 Schon berücksichtigt: 49
Medline	146			
Embase	203			
PsycINFO	148			
Gesamt	645 (100%)	409 (63.4%)	129 (20.0%)	107 (16.6%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .78$		

3.3.5. Psychodynamische Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie

Als Ergänzung zu den systematischen Reviews und den RCTs zu Psychotherapie seit 2005 wurde am 13.04.2012 nach Beobachtungsstudien zu psychodynamischer Psychotherapie und zu Gesprächspsychotherapie gesucht. Bei dieser Recherche wurden

alle Suchtreffer zunächst in einer Endnote-Datei gespeichert, die Duplikate entfernt und dann von zwei Begutachterinnen in der Originaldatei bzw. einer kopierten Version unabhängig nach Ein- und Ausschluss sortiert. Sieben schon zuvor identifizierte relevante Studien flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 15. Ergebnisse der Suche nach Beobachtungsstudien zu psychodynamischer Psychotherapie

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
Medline	37	Duplikate: 13 Ausschluss: 300	11	Schon berücksichtigt: 7 Neu: 14
Embase	51			
PsycINFO	257			
Gesamt	345 (100%)	313 (90.7%)	11 (3.2%)	21 (6.1%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .77$		

Anmerkung. In der Cochrane Library ist diese Suche nicht möglich.

3.3.6. Johanniskraut

Anders als bei den Recherchen zu Psychotherapie wurde zur Wirksamkeit verschiedener Psychopharmaka (Recherchefragen C1-C4) nur nach systematischen Reviews und RCT-Studien und nicht nach nichtrandomisierten Studien oder Studien ohne Kontrollbedingung gesucht. Es wurde angenommen, dass nur solche Psychopharmaka ggf. zu empfehlen sind, die sich in RCT-Studien als wirksam erwiesen haben. Dagegen können im Bereich der Psychotherapie auch Studien mit niedrigerem Evidenzgrad interessant sein, wenn sie beispielsweise eine deutschsprachige Adaptation eines international gut evaluierten Programms untersuchen. Eine Ausnahme wurde bei Johanniskraut gemacht, da dieses Medikament in Deutschland sehr häufig verschrieben wird [22] und daher die gesamte Evidenz erfasst werden sollte. Diese Recherchen fanden am 10.11.2011 und 20.12.2011 statt.

Tabelle 16. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Johanniskraut

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	42	33	9	0
Medline	8	5	3	0
Embase	38	27	11	0
PsycINFO	0	0	0	0
Gesamt	88 (100%)	65 (73.9%)	23 (26.1%)	0 (0%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				0 (0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .91$		

Tabelle 17. Ergebnisse der Suche nach Beobachtungsstudien zu Johanniskraut

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
Medline	2	1	0	1
Embase	6	4	1	1
PsycINFO	3	0	1	2
Gesamt	11 (100%)	5 (45.5%)	2 (18.2%)	4 (36.4%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				3 (27.3%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .79$		

Anmerkung. In der Cochrane Library ist diese Suche nicht möglich.

Tabelle 18. Ergebnisse der Suche nach ökonomischen Studien zu Johanniskraut

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	0	0	0	0
Medline	1	1	0	0
Embase	4	4	0	0
Gesamt	5 (100%)	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				0 (0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		Nicht berechenbar		

3.3.7. Lithium und Carbamazepin

Die Suche nach Evidenz zu Lithium und Carbamazepin wurde ohne methodische Filter durchgeführt, da nur wenige Treffer erwartet wurden und keine relevanten Studien durch unnötige Einschränkungen übersehen werden sollten. Bei dieser Recherche am 16./17.04.2012 wurden alle Suchtreffer zunächst in einer Endnote-Datei gespeichert, die Duplikate entfernt und dann von zwei Begutachterinnen in der Originaldatei bzw. einer kopierten Version unabhängig nach Ein- und Ausschluss sortiert. Eine schon zuvor identifizierte relevante Studie floss nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 19. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Lithium und Carbamazepin

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	146	Duplikate: 110 Ausschluss: 654	11	Schon berücksichtigt: 1 Neu: 4
Medline	167			
Embase	402			
PsycINFO	65			
Gesamt	780 (100%)	764 (97.9%)	11 (1.4%)	5 (0.6%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .80$		

3.3.8. RCTs zu Pharmakotherapie seit 2005

Da die Suche nach RCTs zu Pharmakotherapie in einem der identifizierten Cochrane-Reviews im Jahr 2005 abgeschlossen wurde, wurden als Ergänzung RCTs zu Pharmakotherapie ab 2005 am 17./18.04.2012 gesucht. Bei dieser Recherche wurden alle

Suchtreffer nach einem ersten unabhängigen Screening der Begutachterinnen in einer Endnote-Datei gespeichert, wo die Duplikate sowie die übereinstimmend als irrelevant beurteilten Einträge aussortiert wurden. 12 schon zuvor identifizierte Studien zur Pharmakotherapie und 66 Studien zum Vergleich oder zur Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 20. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Pharmakotherapie seit 2005

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	125	Duplikate: 149 Ausschluss: 271	7	Schon berücksichtigt: 78 Neu: 4
Medline	117			
Embase	243			
PsycINFO	24			
Gesamt	509 (100%)	420 (82.5%)	7 (1.4%)	82 (16.1%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .90$		

3.3.9. Elektrokonvulsionstherapie

Die Suche nach Evidenz zu Elektrokonvulsionstherapie wurde ohne methodische Filter durchgeführt, da nur wenige Treffer erwartet wurden und keine relevanten Studien durch unnötige Einschränkungen übersehen werden sollten. Bei dieser Recherche am 26.03.2012 wurden alle Suchtreffer zunächst in einer Endnote-Datei gespeichert, die Duplikate entfernt und dann von zwei Begutachterinnen in der Originaldatei bzw. einer kopierten Version unabhängig nach Ein- und Ausschluss sortiert. Fünf schon zuvor identifizierte relevante Studien flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 21. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Elektrokonvulsionstherapie

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	45	Duplikate: 103 Ausschluss: 325	7	Schon berücksichtigt: 5 Neu: 19
Medline	102			
Embase	235			
PsycINFO	77			
Gesamt	459 (100%)	428 (93.2%)	7 (1.5%)	24 (5.2%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .68$		

3.3.10. Biblio- und computergestützte Therapie

Zu Biblio- und computergestützter Therapie wurde am 28.03.2012 als Ergänzung zu den bereits identifizierten systematischen Reviews nur nach RCTs gesucht. Acht schon zuvor identifizierte relevante Studien flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 22. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Biblio- und computergestützter Therapie

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	79	Duplikate: 50 Ausschluss: 274	4	Schon berücksichtigt: 8 Neu: 1
Medline	72			
Embase	170			
PsycINFO	16			
Gesamt	337 (100%)	324 (96.1%)	4 (1.2%)	9 (2.7%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = 1.00$		

3.3.11. Maßnahmen der Jugendhilfe

Die Suche nach Evidenz zu Maßnahmen der Jugendhilfe wurde ohne methodische Filter durchgeführt, da nur wenige Treffer erwartet wurden und keine relevanten Studien durch unnötige Einschränkungen übersehen werden sollten. Deutschsprachigen Studien wurde eine besondere Relevanz für diesen Bereich eingeräumt. Daher wurde zusätzlich die auf deutschsprachige Studien fokussierte Datenbank PSYNDEX durchsucht. Eine weitere, nicht in den Datenbanken verzeichnete Studie wurde bei der Durchsicht von Referenzen identifiziert. Diese Recherchen fanden am 20.03.2012 statt.

Tabelle 23. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Jugendhilfemaßnahmen

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel	Ausschluss nach Volltext oder Abstract	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	3	3	0	0
Medline	24	22	2	0
Embase	25	22	2	1
PsycINFO	7	7	0	0
PSYNDEX	46	41	5	0
Gesamt	105 (100%)	95 (90.5%)	9 (8.6%)	1 (1.0%)
Nach Ausschluss von Duplikaten				1 (1.0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .81$		

3.3.12. Entspannungsverfahren

Zu Entspannungsverfahren wurde in Ergänzung zu den bereits identifizierten systematischen Reviews am 04.04.2012 nur nach RCTs seit 2007 gesucht.

Tabelle 24. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Entspannung

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	33	Duplikate: 12 Ausschluss: 66	0	1
Medline	8			
Embase	36			
PsycINFO	2			
Gesamt	79 (100%)	78 (98.7%)	0 (0%)	1 (1.3%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = 1.00$		

3.3.13. Ergotherapie

Zu Ergotherapie wurde die Suche am 02.07.2012 ohne methodische Filter durchgeführt, da keine hohe Anzahl an Suchtreffern erwartet wurde und das Übersehen relevanter Studien durch unnötige Einschränkungen vermieden werden sollte.

Tabelle 25. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Ergotherapie

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	9	Duplikate: 10 Ausschluss: 99	2	0
Medline	11			
Embase	57			
PsycINFO	34			
Gesamt	111 (100%)	109 (98.2%)	2 (1.8%)	0 (0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen			$\kappa = .00$	

3.3.14. Kunsttherapie

Die Suche nach Evidenz zu Kunsttherapie am 03.04.2012 wurde ebenfalls ohne methodische Filter durchgeführt. Drei schon zuvor identifizierte Publikationen flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 26. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Kunsttherapie

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	5	Duplikate: 23 Ausschluss: 107	10	Schon berücksichtigt: 3 Neu: 0
Medline	21			
Embase	40			
PsycINFO	77			
Gesamt	143 (100%)	130 (90.9%)	10 (7.0%)	3 (2.1%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen			$\kappa = .30$	

3.3.15. Lichttherapie

Die Suche nach Evidenz zu Lichttherapie am 03.04.2012 wurde auch ohne methodische Filter durchgeführt. Fünf schon zuvor identifizierte Studien flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 27. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Lichttherapie

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	33	Duplikate: 30 Ausschluss: 118	4	Schon berücksichtigt: 5 Neu: 4
Medline	23			
Embase	79			
PsycINFO	26			
Gesamt	161 (100%)	148 (91.9%)	4 (2.5%)	9 (5.6%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen			$\kappa = .76$	

3.3.16. Massage

Die Suche nach Evidenz zu Massage am 03.04.2012 wurde ebenfalls ohne methodische Filter durchgeführt. Drei schon zuvor identifizierte Publikationen flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 28. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Massage

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	26	Duplikate: 37 Ausschluss: 104	6	Schon berücksichtigt: 3 Neu: 0
Medline	21			
Embase	71			
PsycINFO	32			
Gesamt	150 (100%)	141 (94.0%)	6 (4.0%)	3 (2.0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .90$		

3.3.17. Musiktherapie

Zu Musiktherapie wurde in Ergänzung zu den bereits identifizierten systematischen Reviews am 04.04.2012 nur nach randomisiert kontrollierten Studien seit 2007 gesucht.

Tabelle 29. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Musiktherapie

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	9	Duplikate: 7 Ausschluss: 13	0	Schon berücksichtigt: 1 Neu: 0
Medline	3			
Embase	9			
PsycINFO	0			
Gesamt	21 (100%)	20 (95.2%)	0 (0%)	1 (4.8%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		Nicht berechenbar		

3.3.18. Omega-3-Fettsäuren

Zu Omega-3-Fettsäuren wurde in Ergänzung zu den bereits identifizierten systematischen Reviews am 30.03.2012 nur nach RCTs seit 2009 gesucht.

Tabelle 30. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Omega-3-Fettsäuren

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	6	Duplikate: 6 Ausschluss: 42	0	0
Medline	8			
Embase	33			
PsycINFO	1			
Gesamt	48 (100%)	48 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		Nicht berechenbar		

3.3.19. Schlafdeprivation

Die Suche nach Evidenz zu Schlafdeprivation am 02.04.2012 wurde ohne methodische Filter durchgeführt, da nur wenige Treffer erwartet wurden und keine relevanten

Studien durch unnötige Einschränkungen übersehen werden sollten. Zwei schon zuvor identifizierte Studien flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 31. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Schlafdeprivation

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	7	Duplikate: 32 Ausschluss: 115	1	Schon berücksichtigt: 2 Neu: 0
Medline	39			
Embase	84			
PsycINFO	20			
Gesamt	150 (100%)	147 (98.0%)	1 (0.7%)	2 (1.3%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen			$\kappa = .00$	

3.3.20. Sportliche Aktivität (Exercise)

Zu sportlicher Aktivität am 04.04.2012 wurde in Ergänzung zu den bereits identifizierten systematischen Reviews nur nach RCTs seit 2005 gesucht. Zwei schon zuvor identifizierte Publikationen flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 32. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu sportlicher Aktivität

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	100	Duplikate: 62 Ausschluss: 221	1	Schon berücksichtigt: 2 Neu: 2
Medline	48			
Embase	139			
PsycINFO	1			
Gesamt	288 (100%)	283 (98.3%)	1 (0.3%)	4 (1.4%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen			$\kappa = 1.00$	

3.3.21. Transkranielle Magnetstimulation

Die Suche nach Evidenz zu Transkranieller Magnetstimulation am 03.04.2012 wurde ohne methodische Filter durchgeführt, da nur wenige Treffer erwartet wurden und keine relevanten Studien durch unnötige Einschränkungen übersehen werden sollten. Zwei schon zuvor identifizierte Publikationen flossen nicht in die Berechnung der Übereinstimmung ein.

Tabelle 33. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Transkranieller Magnetstimulation

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	29	Duplikate: 29 Ausschluss: 97	6	Schon berücksichtigt: 2 Neu: 4
Medline	14			
Embase	69			
PsycINFO	26			
Gesamt	138 (100%)	126 (91.3%)	6 (4.3%)	6 (4.3%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen			$\kappa = .73$	

3.3.22. Vagusnervstimulation

Die Suche nach Evidenz zu Vagusnervstimulation am 16.04.2012 wurde ohne methodische Filter durchgeführt, da nur wenige Treffer erwartet wurden und keine relevanten Studien durch unnötige Einschränkungen übersehen werden sollten.

Tabelle 34. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Vagusnervstimulation

Datenbank	Treffer	Ausschluss nach Titel oder Abstract	Ausschluss nach Volltext	Identifizierte Artikel
The Cochrane Library	1	Duplikate: 16 Ausschluss: 75	0	0
Medline	10			
Embase	70			
PsycINFO	10			
Gesamt	91 (100%)	91 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		Nicht berechenbar		

3.3.23. Suche nach unveröffentlichten Studien

Um weitere bislang unveröffentlichte Studien zu identifizieren, wurde zunächst die Datenbank „ClinicalTrials.gov“ der US-amerikanischen Institutes of Mental Health durchsucht (abrufbar unter www.clinicaltrials.gov). In dieser Datenbank können staatlich und privat geförderte Studien eingetragen und abgerufen werden. Ergebnisse der Studien können über verknüpfte Publikationen oder direkt innerhalb der Datenbank zugänglich gemacht werden. Aus allen Studien, die dem Thema „Depressive Disorder“ zugeordnet waren (2682 Studien) wurden über eine Einschränkung des Altersbereichs auf „Child (birth-17)“ im Menü „Refine Search“ diejenigen herausgefiltert, die sich auf Kinder und Jugendliche bezogen (410 Studien).

Darüber hinaus wurde das „Deutsche Register Klinischer Studien“ (DRKS, abrufbar unter https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/) durchsucht. In den Suchkriterien wurde als Studientyp „Interventionell“ und als Studienzweck „Therapie“ festgelegt. Eine Beschränkung des Altersbereichs auf das Kindes- und Jugendalter erbrachte keine Ergebnisse und auch die Kombination mehrerer Suchwörter mithilfe der Booleschen Operatoren AND/OR war nicht möglich, sodass nur die Begriffe „depress**“ und „dysthym**“ einzeln gesucht wurden (62 bzw. 3 Treffer).

Tabelle 35. Ergebnisse der Suche nach unveröffentlichten Studien

Register	Treffer	Ausschluss	Bereits berücksichtigt	Neu identifizierte Studien
ClinicalTrials.gov	410	312	17	81
Deutsches Register Klinischer Studien	65	64	1	0
Gesamt	475 (100%)	376 (79%)	18 (4%)	81 (17%)
Übereinstimmung der Gutachterinnen		$\kappa = .80$		

Von den insgesamt 475 Suchtreffern am 04., 05. und 12.06.2012 wurden 376 aufgrund der Studienbeschreibung ausgeschlossen, weil sie sich z.B. auf Erwachsene oder andere Störungen bezogen. 18 Studien waren bereits abgeschlossen und durch Publikationen in den Evidenztabelle berücksichtigt worden. 81 unveröffentlichte oder laufende Studien wurden ergänzt, wenn möglich mit Ergebnissen.

3.3.24. Handsuche in Zeitschriften und Kongressberichten

Um die Recherchen für den deutschsprachigen Raum möglichst zu vervollständigen, wurde eine Handsuche in ausgewählten deutschsprachigen Zeitschriften und Kongressprogrammen im Hinblick auf alle Schlüsselfragen durchgeführt. Hierzu wurden die Inhaltsverzeichnisse der drei auf das Kindes- und Jugendalter fokussierten Zeitschriften „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“, „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ sowie „Kindheit und Entwicklung“ aus den letzten fünf Jahren durchgesehen (Januar 2007 bis Juni 2012). Außerdem wurden die Programme der letzten beiden DGKJP-Kongresse (XXXI. Kongress 2009 und XXXII. Kongress 2011) nach relevanten Abstracts durchsucht. Diese Suche wurde von beiden Gutachterinnen unabhängig durchgeführt und ergab eine weitere veröffentlichte Fallstudie sowie Hinweise auf drei weitere laufende Studien, die zu den Evidenztabelle hinzugefügt wurden.

3.4. Auswahl der Evidenz

Über Ein- oder Ausschluss der Evidenz wurde nach folgenden Kriterien entschieden:

Einschlusskriterien

- Arbeiten zur Behandlung von Kindern und/oder Jugendlichen (3-18 Jahre) mit einer nach einem Klassifikationssystem diagnostizierten depressiven Störung
- Veröffentlichung oder Berichterstattung in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch

Systematische Reviews:

- Zeitraum: ca. aus den letzten 20 Jahren (01.01.1991 bis heute)
- Systematik: Das methodische Vorgehen ist beschrieben, d.h. es sind mindestens die durchsuchten Datenbanken sowie Ein- und Ausschlusskriterien für Primärstudien genannt.
- Mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Arbeiten beziehen sich auf Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen oder es sind separate Ergebnisse für diese Gruppe dargestellt.

Primärstudien:

- Ziel der Intervention war eine Reduktion von Depressivität und/oder Suizidalität.
- Mehr als die Hälfte der untersuchten Stichprobe waren Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen oder es sind separate Ergebnisse für diese Gruppe dargestellt.

Ausschlusskriterien

- Arbeiten zu anderen psychischen Störungen (z.B. bipolare Störungen)
- Arbeiten zu ante-, peri- und postpartaler Depression oder zu Depression bei Schwangeren oder jungen Müttern
- Arbeiten ausschließlich zu präventiven Interventionen bei ungefährdeten, gefährdeten oder subklinisch betroffenen Kindern und Jugendlichen (welche die Diagnosekriterien einer depressiven Störung nicht erfüllen oder bei denen dies nicht überprüft wurde)

Die Recherchen waren *nicht* beschränkt auf veröffentlichte Studien oder Arbeiten, die in Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren erschienen sind.

3.5. Bewertung der Evidenz

Alle systematischen Reviews und Studien mit Kontrollgruppen, die entweder in den vorhandenen Leitlinien oder durch die Recherchen identifiziert wurden, wurden mit Hilfe strukturierter Checklisten des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) geprüft (in englischer Sprache abrufbar unter <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>). Die für die Arbeit an dieser Leitlinie ins Deutsche übersetzten Checklisten können Anhang B: Checklisten zur Bewertung der Studienqualität entnommen werden.

Insgesamt wurden 77 Arbeiten von zwei unabhängigen Gutachterinnen bewertet. Zunächst ergab sich eine Übereinstimmung in 70.4% der Bewertungen. Abweichende Bewertungen wurden bei einer erneuten kritischen Durchsicht der Volltexte diskutiert und im Konsens gelöst.

Studien ohne Kontrollgruppen und ökonomische Studien wurden nicht mithilfe von Checklisten geprüft; hier wurde lediglich der Evidenzgrad festgestellt (s. 3.9). Bei systematischen Reviews, zu denen eine Bewertung des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) vorlag, wurde diese CRD-Bewertung herangezogen und nur der Evidenzgrad von den beiden Beurteilerinnen im Konsens festgelegt.

3.6. Erstellung von Evidenztabelle

Zu den Recherchefragen (A) Interventionssetting, (B) Psychotherapie, (C) Pharmakotherapie, (D und E) direkter Vergleich und Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie sowie (F) weitere Behandlungsansätze wurde jeweils eine Evidenztabelle erstellt. Die Evidenztabelle enthalten folgende Informationen:

- Kürzel der Studie (Erstautor und Jahr) und bei Primärstudien das Land, in dem die Daten mehrheitlich erhoben wurden
- Typ (z.B. systematischer Review mit oder ohne Metaanalyse)
- Evidenzgrad (gemäß Tabelle 36, nach Konsens der Beurteilerinnen)
- Inhalt/Stichprobe (Informationen zu den in den systematischen Reviews enthaltenen Studien oder zu den in den Primärstudien untersuchten Probanden)

- Interventionen/Bedingungen der Primärstudie(n)
- Zeitpunkte der Datenerhebung
- Outcomes (abhängige Variablen/Ergebnisvariablen)
- Effektgrößen und Ergebnisse der Studie, Schlussfolgerungen der Autoren und Einschränkungen/Kritik (nicht erfüllte Qualitätskriterien oder sonstige Anmerkungen, die für die Bewertung der Studie relevant sein könnten)

Jede Studie wurde von einer der Beurteilerinnen eingetragen. Anschließend wurden die Angaben von der anderen Beurteilerin korrigiert. Alle Mitglieder des Leitliniengremiums hatten im Online-Forum über mehrere Monate Gelegenheit, die Tabellen einzusehen und Korrektur- und Ergänzungsvorschläge dazu zu machen.

3.7. Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

In der Konsensuskonferenz wurde, moderiert von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin der AWMF, Dr. Cathleen Muche-Borowski, über jede Empfehlung in einem „Nominalen Gruppenprozess“ in folgenden Schritten diskutiert und abgestimmt:

- (1) Vorstellung eines Entwurfs der Empfehlung,
- (2) Stellungnahmen zum Entwurf
(Hierbei sollte die frühzeitige Fokussierung auf einzelne Ideen vermieden werden; diskutiert werden sollte über Inhalte und nicht über redaktionelle formale Dinge. Es sollten klare Alternativvorschläge oder Ergänzungen genannt und begründet werden. Die Registrierung der Vorschläge erfolgte in einem Umlaufverfahren, in dem sich alle Stimmberechtigten nacheinander äußerten. Alle Änderungswünsche wurden aufgelistet und für die gesamte Gruppe sichtbar über Beamer projiziert.),
- (3) Diskussion der Änderungswünsche,
- (4) Abstimmung der Änderungswünsche,
- (5) Abstimmung der finalen Formulierung der Empfehlung.

In diesem Verfahren hatte jede Fachgesellschaft eine Stimme. Wenn mehrere Vertreterinnen oder Vertreter einer Fachgesellschaft anwesend waren, musste eine Verständigung erfolgen und nur eine Person konnte das Stimmrecht ausüben. Für alle Empfehlungen und Statements konnte ein Konsens gefunden werden.

Nach der Konsensuskonferenz wurden alternative Formulierungen zu zwei Empfehlungen vorgeschlagen, über die erneut abgestimmt wurde. Diese Abstimmung wurde im Delphi-Verfahren per E-Mail mithilfe eines Formulars nach Vorlage der AWMF durchgeführt.

3.8. Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes

Wie aus den Evidenztabelle und der Langfassung der Leitlinie hervorgeht, wurden zum Nutzen einer Intervention, wenn möglich, drei Outcomes berücksichtigt: die kategorial gemessene Reduktion der depressiven Symptomatik (z.B. Ansprechen auf die Behandlung festgestellt vs. nicht), die dimensional gemessene Reduktion der depressiven Symptomatik (z.B. Gesamtwert in einem Fragebogen) und die Verbesserung des Funktionsniveaus. Nebenwirkungen in Form von „adverse events“ (nachteiligen Ereignissen) sowie das Risiko einer Verstärkung der Suizidalität wurden möglichst durchgängig miteinbezogen. Eine Verwendung von Maßzahlen wie der „number needed to treat“ (NNT) oder „number needed to harm“ (NNH) war nicht sinnvoll, da zu wenig Evidenz verfügbar war, um eine verlässliche Schätzung dieser Parameter abgeben zu können. Auch ein abwägender Vergleich von verschiedenen Interventionen untereinander sowie mit dem natürlichen Verlauf war aufgrund der mangelnden Evidenz nur sehr eingeschränkt möglich. Kosten-Nutzen-Analysen wurden gezielt recherchiert (s. 3.3), standen aber kaum zur Verfügung und wiesen inkonsistente Ergebnisse auf, sodass sie nur einen geringen Einfluss auf die Formulierung der Empfehlungen hatten.

3.9. Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenz- und Empfehlungsgraden

In der Langfassung der Leitlinie werden zu allen Empfehlungen die jeweils berücksichtigten Studien mit ihrem Evidenzgrad genannt. Zur Bewertung der Literatur wurde die Einteilung der Evidenzgrade nach Tabelle 36 herangezogen, die das Schema des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) [23] darstellt. Nach diesem Schema werden zuerst systematische Reviews von RCTs und dann einzelne RCTs gesucht und mit Evidenzgrad 1 bzw. 2 bewertet. Diese hohe Gewichtung von RCTs ist bei Studien zu Psychotherapie umstritten. Im Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie [24] sind andere Kriterien für Psychotherapiestudien beschrieben, die zur Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und –methoden nach §11 PsychThG eingesetzt werden. Diese Kriterien ermöglichen jedoch keine Vergabe von Evidenz- und Empfehlungsgraden und sind nicht auf andere Behandlungsansätze anwendbar. Daher wurde das OCEBM-Schema gewählt, das sowohl bei AWMF-Leitlinien als auch international verbreitet und anerkannt ist.

Tabelle 36. Evidenzgrade des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine [23] und zugeordnete Empfehlungsgrade

Frage	Schritt 1 Evidenzgrad 1*	Schritt 2 Evidenzgrad 2*	Schritt 3 Evidenzgrad 3*	Schritt 4 Evidenzgrad 4*	Schritt 5 Evidenzgrad 5
Was passiert, wenn wir keine Therapie anbieten/ hinzufügen? (Prognose)	Systematischer Review von frühzeitig beginnenden Kohortenstudien	Frühzeitig beginnende Kohortenstudien	Kohortenstudie oder Kontrollarm eines RCTs	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder prognostische Kohortenstudien von schlechter Qualität**	---
Hilft diese Intervention? (Nutzen einer Behandlung)	Systematischer Review von RCTs oder <i>n-of-1</i> -Studien	RCT oder Beobachtungsstudie mit dramatischem Effekt	Nichtrandomisierte kontrollierte Kohorten- oder Follow-up-Studie	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischer Kontrollgruppe**	Beweisführung aufgrund von Mechanismen
Was sind häufige Nachteile der Behandlung?	Systematischer Review von RCTs oder genesteten Fall-Kontroll-Studien, <i>n-of-1-Studie</i> mit Patient aus Zielpopulation oder Beobachtungsstudie mit dramatischem Effekt		Nichtrandomisierte kontrollierte Kohorten- oder Follow-up-Studie mit ausreichend großer Stichprobe und ausreichend langem Follow-up		
Was sind seltene Nachteile der Behandlung?	Systematischer Review von RCTs oder <i>n-of-1-Studie</i>				
Empfehlungsgrad	A: Starke Empfehlung ↑↑ Konsistente Studien mit Evidenzgrad 1 oder 2		B: Empfehlung ↑ Konsistente Studien mit Evidenzgrad 3 oder 4 oder Extrapolationen*** aus Studien mit Evidenzgrad 1 oder 2		0: Offene Empfehlung ⇔ Studien mit Evidenzgrad 5 oder Extrapolationen*** aus Studien mit Evidenzgrad 3 oder 4

Anmerkungen: OCEBM Table of Evidence Working Group: Jeremy Howick, Iain Chalmers (James Lind Library), Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, Hazel Thornton, Olive Goddard und Mary Hodgkinson. RCT (randomised controlled trial): Studie mit mindestens einer Interventions- und mindestens einer Kontrollgruppe, zu denen die Probanden zufällig zugewiesen wurden. *Evidenzgrad herabsetzen aufgrund der Studienqualität, Ungenauigkeit, einem indirekten Bezug auf die PICO-Frage, sehr kleiner absoluter Effektstärke oder bei inkonsistenten Studien; Evidenzgrad heraufsetzen bei großer oder sehr großer Effektstärke. **Systematische Reviews im Allgemeinen bevorzugen vor Einzelstudien. ***Gemeint ist die Übertragung von Ergebnissen auf Situationen, die sich in klinisch bedeutsamer Weise von den Situationen unterscheiden können, in denen die Studien durchgeführt wurden.

Für Reviews wurde zuerst in Erwägung gezogen, welche Art von Primärstudien darin eingeschlossen waren (z.B. ausschließlich RCTs, Hinweis auf Evidenzgrad 1). Dabei wurden nur die Primärstudien berücksichtigt, die für die jeweilige Schlüsselfrage relevant waren und sich auf die Zielpopulation bezogen. Wenn die Schlussfolgerungen eines Reviews auf Primärstudien mit verschiedenen Designs beruhten (z.B. RCTs und andere kontrollierte Studien), wurde der niedrigere Evidenzgrad als Ausgangspunkt gewählt (im Beispiel: 3). Im zweiten Schritt wurde die methodische Bewertung einbezogen: Reviews und auch Primärstudien wurden herabgestuft, wenn mindestens ein Qualitätskriterium nach Konsens der Beurteilerinnen unzureichend erfüllt war (s. „Kritik“ in den Evidenztabelle).

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

4.1. Pilottestung und externe Begutachtung

Eine Befragung zur Anwendbarkeit der Leitlinie und ein Anwendungstest in der Praxis können aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht mehr vor der Veröffentlichung der Leitlinie durchgeführt werden. Die Kurzversion der Leitlinie soll im Deutschen Ärzteblatt nach einem Peer-Review-Verfahren veröffentlicht werden.

4.2. Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen

Die Leitlinie wurde von der DGKJP verabschiedet am 28.01.2013, von den anderen beteiligten Organisationen im Zeitraum vom 19.12.2012 bis 14.05.2013.

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

5.1. Finanzierung der Leitlinie

Das Leitlinienprojekt wurde mit Personalmitteln durch die gemeinnützige Erich-Benjamin-Stiftung unterstützt in Form der Finanzierung einer halben Stelle für eine wissenschaftliche Mitarbeiterin für zwei Jahre. Die Stiftung hatte keinen Einfluss auf die inhaltliche Arbeit. Außerdem stellte die DGKJP finanzielle Mittel für eine wissenschaftliche Hilfskraft und für Sachkosten in Höhe von insgesamt 5.460 € zur Verfügung. Weitere Kosten wurden durch Eigenmittel der Leitliniengruppe und durch Mittel der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München bestritten.

5.2. Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Potenzielle Interessenkonflikte aller Beteiligten (s. 2) wurden vor Beginn der Mitarbeit mithilfe einer formalisierten Interessenkonflikterklärung erfasst (s. Anhang C: Formular zur Erklärung) und in jeder gemeinsamen Sitzung aktualisiert. Die Inhalte der Erklärungen sind in Anhang D: Erklärungen über Interessenkonflikte: Tabellarische Zusammenfassung dargestellt. Die Formulare der Mitglieder des Steuerungsgremiums wurden jeweils den Vorständen der entsendenden Fachgesellschaften zur Bewertung vorgelegt. Die Formulare der Mitglieder des Konsentierungsgremiums wurden vom Steuerungsgremium bewertet.

Vereinzelt wurden die möglichen Interessenkonflikte als bedeutsam bewertet. In der Diskussion wurde angemerkt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erklärungen mit unterschiedlicher Genauigkeit ausgefüllt hätten. Diese Unterschiede könnten Einfluss auf die Bewertungen der Befangenheit gehabt haben. Abschließend wurde festgestellt, dass aufgrund der bewusst gewählten interdisziplinären Zusammensetzung des Gremiums die möglichen Interessenkonflikte einzelner als nicht so schwerwiegend einzuschätzen seien, dass eine Enthaltung bei bestimmten Abstimmungen gefordert werden müsse. Jedes Mitglied müsse bei jeder Abstimmung für sich entscheiden, ob die Befangenheit zur Enthaltung rate oder nicht. Die Zahl der Enthaltungen wurde bei jeder Abstimmung dokumentiert und bei der Berechnung der Zustimmungquote berücksichtigt, indem als Grundgesamtheit (100%) jeweils die Differenz aus der Gesamtzahl der Stimmen und der Zahl der Enthaltungen festgelegt wurde.

6. Verbreitung und Implementierung

6.1. Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Nach der Verabschiedung der Leitlinie werden PDF-Dokumente der Langfassung, dieses Methodenreports und der fünf Evidenztabellen auf der Homepage der AWMF (<http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>) zum Download zur Verfügung gestellt. Alle beteiligten Organisationen werden gebeten, ihre Mitglieder auf die Leitlinie aufmerksam zu machen und sie in Fortbildungsveranstaltungen einzubinden. Die Leitlinie wurde zudem auf dem XXXIII. DGKJP-Kongress in Rostock (März 2013) vorgestellt und soll auf weiteren Kongressen und Tagungen der möglichen Anwenderinnen und Anwender präsentiert werden, soweit dies personell möglich ist.

Eine schriftliche Fassung der Leitlinie zur Verfügung zu stellen, ist das am wenigsten aufwändige Vorgehen für die Implementierung; hierbei sind jedoch auch nur geringe Effekte zu erwarten [25]. Am wirksamsten erscheinen Implementierungsstrategien, die eine aktive fachliche Auseinandersetzung verlangen, und Strategien, die sich möglichst eng auf die klinische Entscheidungsfindung beziehen [26]. Jedoch ist noch unklar, welche spezifische

Ausgestaltung oder Kombination dieser Aspekte am erfolgversprechendsten ist [25, 26]. Daher wurde ein Konzept für die Durchführung einer Implementierungsstudie für die vorliegende Leitlinie entwickelt, die sich dieser Frage widmen soll. Hierfür soll eine didaktisch aufgewertete Online-Lernumgebung für die Implementierung erstellt und in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) evaluiert werden. Diese Online-Lernumgebung würde sich in erster Linie an Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie richten, könnte aber anschließend ggf. auch anderen möglichen Anwenderinnen und Anwendern der Leitlinie online zur Verfügung gestellt werden. Bislang stehen jedoch noch keine finanziellen Mittel zur Durchführung dieses Projekts zur Verfügung.

6.2. Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Als Materialien zur Leitlinie werden die Langfassung, dieser Methodenreport und die fünf Evidenztabellen bereitgestellt. Zur einfachen Anwendbarkeit enthält die Langfassung der Leitlinie eine übersichtliche Zusammenfassung der Empfehlungen einschließlich der Empfehlungsgrade auf vier Seiten. Die Kurzfassung soll im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht werden. Darüber hinaus wird angestrebt, eine computergestützte Anwendung des Behandlungsalgorithmus zu ermöglichen (s. [6.1](#)).

6.3. Diskussion möglicher Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen

Wenn die Anwenderinnen und Anwender die Empfehlungen dieser Leitlinie im medizinischen Versorgungsalltag berücksichtigen, werden sie nicht selten ihr Verhalten anpassen oder verändern müssen. An dieser Stelle können sich Hindernisse ergeben, welche die Umsetzung der Leitlinie bremsen. Diese Hürden sind auf verschiedenen Ebenen zu suchen [27, 28]: Erstens erleichtert oder erschwert die Ausgestaltung der Leitlinie selbst ihre Umsetzung, beispielsweise durch die Art der Darbietung oder die Klarheit der Empfehlungen. Zweitens spielen organisatorische, soziale und fachliche Faktoren auf Seiten der Anwenderinnen und Anwender eine Rolle wie (a) Zeitmangel, (b) die Präferenz, den Status quo aufrechtzuerhalten, oder (c) die Einstellung gegenüber der Leitlinie. Drittens können sich Merkmale des Versorgungssystems fördernd oder hemmend auswirken, zum Beispiel die lokale Verfügbarkeit bestimmter Strukturen. Über diese drei Bereiche hinaus ist auch die Information und Mitarbeit der Patientinnen und Patienten sowie der Bezugspersonen ein wichtiger Faktor, der sich auf die Implementierung einer Leitlinie auswirkt [28].

Zu diesen Hindernissen sind folgende Lösungsansätze möglich: Bei der Ausgestaltung der Leitlinie selbst wurde bereits darauf geachtet, die Empfehlungen möglichst klar zu formulieren sowie übersichtlich und leicht erkennbar darzustellen. Soziale

und fachliche Faktoren wie die Präferenz für den Status quo und die Skepsis gegenüber Leitlinien könnten bei der öffentlichen Präsentation der Leitlinie gezielt angesprochen werden. Ohne weitere Interventionen kann jedoch vermutlich nur langfristig eine Veränderung bei den Anwenderinnen und Anwendern erreicht werden, indem eine selbstkritische Haltung und die Wertschätzung von Evidenzbasierung gefördert werden. Die Gestaltung des Versorgungssystems, mit der organisatorische Schwierigkeiten wie Zeitmangel zusammenhängen, kann sich ebenfalls nur langfristig verändern.

Da bislang keine ökonomischen Analysen aus dem deutschen Gesundheitssystem dazu vorliegen, mit welchen direkten und indirekten Kosten verschiedene Behandlungsstrategien bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter verbunden sind, können keine hinreichend konkreten Aussagen zu den möglichen finanziellen Auswirkungen der Leitlinie gemacht werden. Denkbar wäre etwa ein vermehrter Wunsch nach psychotherapeutischen Leistungen, der zu höheren Kosten führen und eine Erweiterung des Angebots insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten erfordern könnte.

6.4. Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Mit den begrenzten Ressourcen, die für die Entwicklung dieser Leitlinie zur Verfügung standen, war es nicht möglich, Messgrößen für das Monitoring der Leitlinienumsetzung im Gremium zu erarbeiten. Solche Maße sollten in Bezug auf die Empfehlungen definiert werden und würden eine Evaluation auf verschiedenen Ebenen ermöglichen (Konformität der Versorgung mit den Empfehlungen, individueller Therapieerfolg einzelner Patientinnen und Patienten, Auswirkungen der Leitlinie auf die Zielpopulation insgesamt). Auf der Ebene der Versorgung könnte zumindest orientierend ein Monitoring anhand der Verschreibungszahlen der in den Empfehlungen 6-8 nicht empfohlenen Medikamente (trizyklische Antidepressiva, Moclobemid, Paroxetin, Venlafaxin und Mirtazapin) im Vergleich zu den in den Empfehlungen 4 und 5 empfohlenen selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRIs) Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram und Sertralin erfolgen. Im Rahmen der beantragten Implementierungsstudie (s. [6.1](#)) könnten auch individuelle Qualitätsindikatoren erfasst werden (z.B. der Rückgang der depressiven Symptomatik, Zufriedenheit mit der Behandlung, Lebensqualität etc.), was ohne eine finanzielle Förderung aber nicht durchführbar ist.

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

7.1. Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Die letzte Überarbeitung erfolgte am 01.07.2013. Gültig bis 30.06.2018.

7.2. Aktualisierungsverfahren

Die Gültigkeit der Leitlinie muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Eine Aktualisierung ist notwendig, wenn Evidenz verfügbar wird, welche die Empfehlungen der Leitlinie infrage stellt. Für die Aktualisierung können die Suchfilter verwendet werden, die in Anhang A enthalten sind. Die Suchtreffer, die jeweils ab dem Datum der letzten Ausführung neu hinzugekommen sind, müssen sortiert, ggf. bewertet und den Evidenztabelle hinzugefügt werden. Wenn nur kleinere Änderungen an den Empfehlungen abgestimmt werden müssen, kann das Konsentierungsgremium in einem Delphi-Verfahren einbezogen werden. Für grundlegende oder zahlreiche Änderungen ist die Einberufung einer weiteren Konsensuskonferenz notwendig. Ansprechpartner ist weiterhin der Koordinator der Leitlinie.

Anhang A: Suchfilter für die Datenbankenrecherchen

Suchfilter für The Cochrane Library

Methodischer Suchfilter nicht notwendig, da die Datenbanken nach Methoden aufgeteilt sind:

Für Reviews: Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE, weitere Reviews)

Für kontrollierte Studien: Cochrane Central Register of Controlled Trials

Für ökonomische Studien: The NHS Economic Evaluation Database

Populationsfilter

- | ID | Search |
|-----|---|
| #1 | MeSH descriptor Depression explode all trees |
| #2 | MeSH descriptor Adjustment Disorders explode all trees |
| #3 | MeSH descriptor Depressive Disorder explode all trees |
| #4 | MeSH descriptor Depressive Disorder, Major explode all trees |
| #5 | MeSH descriptor Dysthymic Disorder explode all trees |
| #6 | MeSH descriptor Mood Disorders explode all trees |
| #7 | (depress* or dysthym*):ti,ab,kw |
| #8 | (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7) |
| #9 | MeSH descriptor Child explode all trees |
| #10 | MeSH descriptor Adolescent explode all trees |
| #11 | MeSH descriptor Infant explode all trees |
| #12 | (child* or adoles* or teen* or youth* or infant* or toddler* or kind* or jugend* or kleinkind* or s*ugling* or enfant* or jeune* or nourrisson*):ti,ab,kw |
| #13 | (#9 OR #10 OR #11 OR #12) |
| #14 | (#8 AND #13) |
| #15 | MeSH descriptor Depression, postpartum explode all trees |
| #16 | (postpartum* or perinatal* or antenatal* or postnatal*):ti,ab,kw |
| #17 | (#15 OR #16) |
| #18 | (#14 AND NOT #17) |

Systematische Reviews aus den letzten 20 Jahren (nach Populationsfilter)

#19 (#18), from 1991 to 2011

(Schritt 18 beschränkt auf Cochrane Database of Systematic Reviews und Database of Abstracts of Reviews of Effects)

Interventionssetting (nach Populationsfilter)

- | | |
|-----|--|
| #19 | MeSH descriptor Inpatients explode all trees |
| #20 | (inpatient* OR residential* OR station* OR teilstation* OR tagesklini*):ti,ab,kw |
| #21 | (#19 or #20) |
| #22 | (#18 and #21) |

Deutschsprachige Interventionen (nach Populationsfilter)

- | | |
|-----|---|
| #19 | MeSH descriptor Germany explode all trees |
| #20 | MeSH descriptor Austria explode all trees |
| #21 | MeSH descriptor Switzerland explode all trees |
| #22 | (German*):ti,ab,kw |
| #23 | (#19 OR #20 OR #21 OR #22) |
| #24 | (#18 AND #23) |

Psychotherapie mit Einbezug der Eltern (nach Populationsfilter)

- | | |
|-----|---|
| #19 | MeSH descriptor Parents explode all trees |
| #20 | MeSH descriptor Mother-Child Relations explode all trees |
| #21 | (parent* or eltern*):ti,ab,kw |
| #22 | (#19 OR #20 OR #21) |
| #23 | MeSH descriptor Psychotherapy explode all trees |
| #24 | (psychotherap* or (psychosocial adj intervention*) or (cognitive* adj intervention*) or (kognitiv* adj therap*)):ti,ab,kw |
| #25 | (#23 OR #24) |
| #26 | (#18 AND #22 AND #25) |

Aktualisierung: RCTs zu Psychotherapie seit 2005 (nach Populationsfilter)

- | | |
|-----|--|
| #19 | MeSH descriptor Psychotherapy explode all trees |
| #20 | MeSH descriptor Psychoanalysis explode all trees |
| #21 | (psychotherap* or interperson* therap* or cognitive* therap* or cognitive behavi* therap* or behavi* therap* or counsel* or problem solv* or psychoanaly* or play therap* or psychodynam* or system* |

- therap* or family therap* or relaxation or supportive or psychodrama or role play* or transaction* or social skill* or client-centered or client centered):ti,ab,kw
#22 (#19 OR #20 OR #21), from 2005 to 2012
#23 (#22 AND #18) 901 Treffer
#24 (depress* or dysthym*):ti
#25 (child* or adoles* or teen* or youth* or juvenile*):ti
#26 (#23 AND #24 AND #25)

Johanniskraut (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Hypericum explode all trees
#20 (hypericum or John*s*wort or Phytotherap* or Johanniskraut):ti,ab,kw
#21 (#19 OR #20)
#22 (#21 AND #18)

Lithium und Carbamazepin (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Lithium Carbonate explode all trees
#20 MeSH descriptor Carbamazepine explode all trees
#21 (lithium* or carbamazepin*):ti,ab,kw
#22 (#19 OR #20 OR #21)
#23 (#18 AND #22)

Aktualisierung: RCTs zu Pharmakotherapie seit 2005 (nach Populationsfilter)

Anmerkung: Im Populationsfilter wurde nicht nach dem MeSH „Adolescent“ gesucht, um zahlreiche falsche Treffer zu vermeiden, nämlich Studien ausschließlich mit Erwachsenen, die nicht eindeutig verschlagwortet sind.

- #18 (#17), from 2005 to 2012
#19 MeSH descriptor Antidepressive Agents explode all trees
#20 MeSH descriptor Serotonin Uptake Inhibitors explode all trees
#21 MeSH descriptor Placebos explode all trees
#22 MeSH descriptor Amitriptyline explode all trees
#23 MeSH descriptor Amoxapine explode all trees
#24 MeSH descriptor Clomipramine explode all trees
#25 MeSH descriptor Desipramine explode all trees
#26 MeSH descriptor Dothiepin explode all trees
#27 MeSH descriptor Doxepin explode all trees
#28 MeSH descriptor Imipramine explode all trees
#29 MeSH descriptor Lofepamine explode all trees
#30 MeSH descriptor Maprotiline explode all trees
#31 MeSH descriptor Mianserin explode all trees
#32 MeSH descriptor Nortriptyline explode all trees
#33 MeSH descriptor Protriptyline explode all trees
#34 MeSH descriptor Trimipramine explode all trees
#35 MeSH descriptor Phenelzine explode all trees
#36 MeSH descriptor Tranylcypromine explode all trees
#37 MeSH descriptor Moclobemide explode all trees
#38 MeSH descriptor Citalopram explode all trees
#39 MeSH descriptor Fluoxetine explode all trees
#40 MeSH descriptor Fluvoxamine explode all trees
#41 MeSH descriptor Paroxetine explode all trees
#42 MeSH descriptor Sertraline explode all trees
#43 MeSH descriptor Trazodone explode all trees
#44 MeSH descriptor Bupropion explode all trees
#45 (#19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44)
#46 (amitriptyline* or amoxapin* or clomipramine* or desipramin* or dibenzepin* or doslepin* or dothiepin* or doxepin* or imipramine* or lofepramin* or maprotilin* or mianserin* or nefazodon* or nortriptylin* or protriptylin* or setiptilin* or trimipramin* or phenelzin* or tranylcypromine* or moclobemid* or citalopram* or escitalopram* or fluoxetin* or fluvoxamine* or paroxetine* or reboxetin* or duloxetine* or milnacipran* or venlafaxin* or mirtazapine* or trazodon* or bupropion* or agomelatin*):ti,ab,kw
#47 (#45 OR #46)
#48 (#18 AND #47)
#49 (#2 OR #3 OR #4 OR #5)
#50 MeSH descriptor Bipolar Disorder explode all trees
#51 MeSH descriptor Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders explode all trees
#52 (#50 OR #51)
#53 (#52 AND NOT #49)
#54 (#48 AND NOT #53)

Kombination von Psychopharmaka (nach Populationsfilter)

Anmerkung: Im Populationsfilter wurde nicht nach dem MeSH „Adolescent“ gesucht, um zahlreiche falsche Treffer zu vermeiden, nämlich Studien ausschließlich mit Erwachsenen, die nicht eindeutig verschlagwortet sind.

- #18 MeSH descriptor Antidepressive Agents explode all trees
- #19 MeSH descriptor Serotonin Uptake Inhibitors explode all trees
- #20 MeSH descriptor Placebos explode all trees
- #21 MeSH descriptor Amitriptyline explode all trees
- #22 MeSH descriptor Amoxapine explode all trees
- #23 MeSH descriptor Clomipramine explode all trees
- #24 MeSH descriptor Desipramine explode all trees
- #25 MeSH descriptor Dothiepin explode all trees
- #26 MeSH descriptor Doxepin explode all trees
- #27 MeSH descriptor Imipramine explode all trees
- #28 MeSH descriptor Lofepamine explode all trees
- #29 MeSH descriptor Maprotiline explode all trees
- #30 MeSH descriptor Mianserin explode all trees
- #31 MeSH descriptor Nortriptyline explode all trees
- #32 MeSH descriptor Protriptyline explode all trees
- #33 MeSH descriptor Trimipramine explode all trees
- #34 MeSH descriptor Phenelzine explode all trees
- #35 MeSH descriptor Tranylcypromine explode all trees
- #36 MeSH descriptor Moclobemide explode all trees
- #37 MeSH descriptor Citalopram explode all trees
- #38 MeSH descriptor Fluoxetine explode all trees
- #39 MeSH descriptor Fluvoxamine explode all trees
- #40 MeSH descriptor Paroxetine explode all trees
- #41 MeSH descriptor Sertraline explode all trees
- #42 MeSH descriptor Trazodone explode all trees
- #43 MeSH descriptor Bupropion explode all trees
- #44 (#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43)
- #45 (amitriptyline* or amoxapin* or clomipramine* or desipramin* or dibenzepin* or doslepin* or dothiepin* or doxepin* or imipramine* or lofepramin* or maprotilin* or mianserin* or nefazodon* or nortriptylin* or protriptylin* or setiptilin* or trimipramin* or phenelzin* or tranylcypromine* or moclobemid* or citalopram* or escitalopram* or fluoxetin* or fluvoxamine* or paroxetine* or reboxetin* or duloxetine* or milnacipran* or venlafaxin* or mirtazapine* or trazodon* or bupropion* or agomelatin*):ti,ab,kw
- #46 (#44 OR #45)
- #47 MeSH descriptor Drug Therapy, Combination explode all trees
- #48 (adjunct* or adjonct* or augment* or combin* or kombin* or polytherap* or polypharmac*):ti,ab,kw
- #49 (#47 OR #48)
- #50 (#17 AND #46 AND #49)
- #51 (tads or tordia or adapt):ti
- #52 (#50 AND NOT #51)

Elektrokonvulsionstherapie (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Electroconvulsive Therapy explode all trees
- #20 (electroconvulsi* therap* or electro convulsi* therap* or electro shock therap* or electroshock therap* or elektrokonvulsi* therap* or elektrokonvulsions\$therap* or elektroschock\$therap* or elektrokrampf\$therap*):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)

Jugendhilfemaßnahmen in Deutschland (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Child Welfare explode all trees
- #20 MeSH descriptor Foster Home Care explode all trees
- #21 (welfare* or jugendhilfe* or wohngruppe* or erziehungshilfe* or familienhilfe* or erziehungsbeistand* or tagesst\$tte* or jugendsozialarbei* or wiederingliederung* or eingliederung* or einzelfallhilfe* or unterbringung* or inobhutnahme* or vollzeitpflege* or jugend\$mt* or beratung* erziehungsberatung*):ti,ab,kw
- #22 (#19 OR #20 OR #21)
- #23 (#18 AND #22)
- #24 MeSH descriptor Germany explode all trees
- #25 (German* or deutsch*)
- #26 (#24 OR #25)
- #27 (#23 AND #26)

Aktualisierung: RCTs zu Biblio- und computergestützter Therapie (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Bibliotherapy explode all trees 76 edit delete
- #20 MeSH descriptor Computer Communication Networks explode all trees 1211 edit delete
- #21 MeSH descriptor Therapy, Computer-Assisted explode all trees 1365 edit delete
- #22 MeSH descriptor Software explode all trees 1526 edit delete
- #23 ((biblio* or computer* or web* or internet* or online*) and (therap* or intervention* or training* or program* or behand* or traite*)):ti 1124 edit delete
- #24 (#19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23) 4378 edit delete
- #25 (#18 AND #24)

Aktualisierung: RCTs zu Entspannung seit 2007 (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Relaxation Therapy explode all trees
- #20 ((relax* or entspann*) and (therap* or intervention* or training* or program* or behand* or traite*)):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)
- #23 (#22), from 2007 to 2012

Ergotherapie (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Occupational Therapy explode all trees
- #20 (ergotherap* or (occupational therap*) or arbeitstherap* or besch\$ftigungstherap*):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)

Kunsttherapie (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Art Therapy explode all trees
- #20 (art therap* or kunsttherap* or l'art-therap*):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)

Lichttherapie (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Phototherapy explode all trees
- #20 (light therap* or phototherap* or lichttherap* or luminotherap* or heliotherap*):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)

Massage (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Massage explode all trees
- #20 (massage*):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)

Aktualisierung: RCTs zu Musiktherapie seit 2007 (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Music Therapy explode all trees
- #20 (musi* therap* or musiktherap* or musicotherap*):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)
- #23 (#22), from 2007 to 2012

Aktualisierung: RCTs zu Omega-3-Fettsäuren seit 2009 (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Fatty Acids, Omega-3 explode all trees
- #20 (omega-3 or n-3 or docosahexaen* or eicosapentaen* or alpha-linolen* or poly\$nsatur* or unges\$ttigt*):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20) 3736
- #22 (#18 AND #21), from 2009 to 2012

Schlafdeprivation (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Sleep Deprivation explode all trees
- #20 (sleep deprivation* or schlafdeprivation* or schlafentzug* or privation* de sommeil):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 #18 AND #21)

Aktualisierung: RCTs zu sportlicher Aktivität (Exercise) seit 2005 (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Exercise explode all trees
- #20 MeSH descriptor Exercise Therapy explode all trees
- #21 MeSH descriptor Exercise Movement Techniques explode all trees
- #22 (exercis* or physical activit* or sport* or yoga*):ti,ab,kw
- #23 (#19 OR #20 OR #21 OR #22)
- #24 (#18 AND #23)

#25 (#24), from 2005 to 2012

Transkranielle Magnetstimulation (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Transcranial Magnetic Stimulation explode all trees
- #20 ((trans\$rani* magnet* stimulation*) or (trans\$rani* magnetstimulation) or (stimulation* magnet* transcrani*) or rtms):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)

Vagusnervstimulation (nach Populationsfilter)

- #19 MeSH descriptor Vagus Nerve Stimulation explode all trees
- #20 (vagus* nerv* stimulation):ti,ab,kw
- #21 (#19 OR #20)
- #22 (#18 AND #21)

Suchfilter für Medline (ab 1947)

Populationsfilter

(Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren mit depressiven Störungen, in Anlehnung an [16])

- 1 depression/ or adjustment disorders/ or depressive disorder/ or depressive disorder, major/ or dysthymic disorder/ or mood disorders/
- 2 (depress\$ or dysthym\$).mp.
- 3 1 or 2
- 4 exp adolescent/ or exp child/ or exp infant/
- 5 (child\$ or adoles\$ or teen\$ or youth\$ or infant\$ or toddler\$ or kind\$ or jugend\$ or kleinkind\$ or s\$ugling\$ or enfant\$ or jeune\$ or nourrisson\$).mp.
- 6 4 or 5
- 7 3 and 6
- 8 limit 7 to ("young adult (19 to 24 years)" or "adult (19 to 44 years)" or "young adult and adult (19-24 and 19-44)" or "middle age (45 to 64 years)" or "middle aged (45 plus years)" or "all aged (65 and over)" or "aged (80 and over)")
- 9 7 not 8
- 10 limit 9 to (english or french or german)
- 11 exp Depression, Postpartum/
- 12 (postpartum\$ or perinatal\$ or antenatal\$ or postnatal\$).mp.
- 13 11 or 12
- 14 10 not 13

Methodische Filter (Quelle: SIGN, <http://www.sign.ac.uk/methodology/filters.html#systematic>, aufgerufen am 05.07.2011)

Systematische Reviews aus den letzten 20 Jahren

- 1 Meta-Analysis as Topic/
- 2 meta analy\$.tw.
- 3 metaanaly\$.tw.
- 4 Meta-Analysis/
- 5 (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.
- 6 exp Review Literature as Topic/
- 7 or/1-6
- 8 cochrane.ab.
- 9 embase.ab.
- 10 (psychlit or psyclit).ab.
- 11 (psychinfo or psycinfo).ab.
- 12 (cinahl or cinhal).ab.
- 13 science citation index.ab.
- 14 bids.ab.
- 15 cancerlit.ab.
- 16 or/8-15
- 17 reference list\$.ab.
- 18 bibliograph\$.ab.
- 19 hand-search\$.ab.
- 20 relevant journals.ab.
- 21 manual search\$.ab.
- 22 or/17-21
- 23 selection criteria.ab.
- 24 data extraction.ab.
- 25 23 or 24

RCTs

- 1 Randomized Controlled Trials as Topic/
- 2 randomized controlled trial/
- 3 Random Allocation/
- 4 Double Blind Method/
- 5 Single Blind Method/
- 6 clinical trial/
- 7 clinical trial, phase i.pt
- 8 clinical trial, phase ii.pt
- 9 clinical trial, phase iii.pt
- 10 clinical trial, phase iv.pt
- 11 controlled clinical trial.pt
- 12 randomized controlled trial.pt
- 13 multicenter study.pt
- 14 clinical trial.pt
- 15 exp Clinical Trials as topic/
- 16 or/1-15
- 17 (clinical adj trial\$).tw
- 18 ((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw
- 19 PLACEBOS/
- 20 placebo\$.tw
- 21 randomly allocated.tw
- 22 (allocated adj2 random\$).tw
- 23 or/17-22
- 24 16 or 23

- 26 Review/
- 27 25 and 26
- 28 Comment/
- 29 Letter/
- 30 Editorial/
- 31 animal/
- 32 human/
- 33 31 and 32
- 34 31 not 32
- 35 31 not 33
- 36 28 or 29 or 30 or 34 or 35
- 37 7 or 16 or 22 or 27
- 38 37 not 36
- 39 limit 38 to yr="1991 -Current"
- 40 limit 39 to (english or french or german)

Beobachtungsstudien

- 1 Epidemiologic studies/
- 2 Exp case control studies/
- 3 Exp cohort studies/
- 4 Case control.tw.
- 5 (cohort adj (study or studies)).tw.
- 6 Cohort analy\$.tw.
- 7 (Follow up adj (study or studies)).tw.
- 8 (observational adj (study or studies)).tw.
- 9 Longitudinal.tw.
- 10 Retrospective.tw.
- 11 Cross sectional.tw.
- 12 Cross-sectional studies/
- 13 Or/1-12

Ökonomische Studien

- 1 Economics/
- 2 "costs and cost analysis"/
- 3 Cost allocation/
- 4 Cost-benefit analysis/
- 5 Cost control/
- 6 Cost savings/
- 7 Cost of illness/
- 8 Cost sharing/
- 9 "deductibles and coinsurance"/
- 10 Medical savings accounts/
- 11 Health care costs/
- 12 Direct service costs/
- 13 Drug costs/
- 14 Employer health costs/
- 15 Hospital costs/
- 16 Health expenditures/
- 17 Capital expenditures/
- 18 Value of life/
- 19 Exp economics, hospital/
- 20 Exp economics, medical/
- 21 Economics, nursing/
- 22 Economics, pharmaceutical/
- 23 Exp "fees and charges"/
- 24 Exp budgets/
- 25 (low adj cost).mp.
- 26 (high adj cost).mp.
- 27 (health?care adj cost\$.mp.
- 28 (fiscal or funding or financial or finance).tw.
- 29 (cost adj estimate\$.mp.
- 30 (cost adj variable).mp.
- 31 (unit adj cost\$.mp.
- 32 (economic\$ or pharmaco-economic\$ or price\$ or pricing).tw.
- 33 Or/1-32

Interventionssetting (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 45 exp Inpatients/ or exp Hospitals, Psychiatric/ or exp Hospitalization/
- 46 (inpatient* or residential* or station* or teilstation* or tagesklini*).mp.
- 47 45 or 46
- 48 44 and 47

Deutschsprachige Interventionen (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 45 exp Germany/
- 46 exp Austria/
- 47 exp Switzerland/
- 48 (German* or deutsch*).af.
- 49 or/45-48
- 50 44 and 49

Psychotherapie mit Einbezug der Eltern (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 45 exp Parents/

46 exp Mother-Child Relations/
47 (parent\$ or eltern\$).mp.
48 45 or 46 or 47
49 exp psychotherapy/
50 (psychotherap\$ or therap\$ or (psychosocial adj intervention\$) or (cognitive\$ adj intervention) or (kognitiv\$ adj therap\$)).mp.
51 49 or 50
52 44 and 48 and 51

Aktualisierung: RCTs zu Psychotherapie seit 2005 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

45 limit 44 to yr="2005 -Current"
46 exp Psychotherapy/
47 exp Psychoanalysis/
48 (psychotherap* or interperson* therap* or \$ognitive* therap* or \$ognitive behavi* therap* or behavi* therap* or counsel* or problem solv* or psychoanaly* or play therap* or psychodynam* or system* therap* or famil* therap* or relaxation or supportive or psychodram* or role\$play* or transaction* or social skill* or client\$centered or verhaltenstherap* or spieltherap* or rollenspiel* or beratung* or coaching* or problem!\$e* or gespr\$chstherap* or gespr\$chsp\$psychotherap* or gestalttherap* or sozial* kompeten* or klientenzentrier* or therap* cognitiv\$-comportemental* or consultation*).mp.
49 46 or 47 or 48
50 45 and 49
51 (depress* or dysthym*).ti.
52 (child\$ or adoles\$ or teen\$ or youth\$ or infant\$ or toddler\$ or kind\$ or jugend\$ or kleinkind\$ or s\$ugling\$ or enfant\$ or jeune\$ or nourrisson\$ or juvenil\$).ti.
53 50 and 51 and 52

Psychodynamische und Gesprächspsychotherapie: Beobachtungsstudien (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

29 exp psychoanalysis/ or exp nondirective therapy/ or exp play therapy/ or exp psychoanalytic therapy/
30 (((analy* or psychoanaly* or psychodynam* or tiefenpsych* or transa\$tion* or client\$center* or klientenzentriert* or nondire\$tiv*) and (therap* or intervention* or training* or treat* or program* or behand* or traite*)) or (play therap* or spieltherap* or psychodram*)).ti.
31 29 or 30
32 28 and 31

Johanniskraut (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

45 exp Hypericum/
46 (hypericum or John\$\$wort or Phytotherap\$ or Johanniskraut).mp.
47 45 or 46
48 44 and 47

Lithium und Carbamazepin (nach Populationsfilter)

15 exp Lithium Carbonate/
16 exp Carbamazepine/
17 (lithium* or carbamazepin*).mp.
18 or/15-17
19 14 and 18
20 limit 19 to (humans and (english or french or german))
21 limit 20 to ("all child (0 to 18 years)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)")

Aktualisierung: RCTs zu Pharmakotherapie seit 2005 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

45 limit 44 to yr="2005 -Current"
46 exp Antidepressive Agents/ or exp Serotonin Uptake Inhibitors/ or exp Placebos/
47 Amitriptyline/ or Amoxapine/ or Clomipramine/ or Desipramine/ or Dibenzepin/ or Dothiepin/ or Doxepin/ or Imipramine/ or Lofepramine/ or Maprotiline/ or Mianserin/ or Nefazodone/ or Nortriptyline/ or Protriptyline/ or Setiptiline/ or Trimipramine/ or Phenzelzine/ or Tranylcypromine/ or Moclobemide/ or Citalopram/ or Fluoxetine/ or Fluvoxamine/ or Paroxetine/ or Sertraline/ or Reboxetine/ or Duloxetine/ or Milnacipran/ or Venlafaxine/ or Mirtazapine/ or Trazodone/ or Bupropion/ or Agomelatine/
48 (amitriptyline* or amoxapin* or clomipramine* or desipramin* or dibenzepin* or doslepin* or dothiepin* or doxepin* or imipramine* or lofepramin* or maprotilin* or mianserin* or nefazodon* or nortriptylin* or protriptylin* or setiptilin* or trimipramin* or phenelzin* or tranylcypromine* or moclobemid* or citalopram* or escitalopram* or fluoxetin* or fluvoxamine* or paroxetine* or reboxetin* or duloxetin* or milnacipran* or venlafaxin* or mirtazapine* or trazodon* or bupropion* or agomelatine*).mp.
49 or/46-48
50 45 and 49
51 limit 50 to (("all child (0 to 18 years)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)") and (english or french or german) and humans)

52 limit 51 to (addresses or autobiography or bibliography or biography or case reports or classical article or comment or consensus development conference or consensus development conference, nih or dictionary or directory or editorial or festschrift or guideline or historical article or in vitro or interactive tutorial or interview or introductory journal article or lectures or legal cases or legislation or letter or meta analysis or news or newspaper article or patient education handout or periodical index or portraits or practice guideline or published erratum or retracted publication or "retraction of publication" or "review" or "scientific integrity review" or technical report or twin study or validation studies or video-audio media or webcasts)

53 51 not 52

Kombination von Psychopharmaka (nach Populationsfilter)

15 exp Antidepressive Agents/ or exp Serotonin Uptake Inhibitors/ or exp Placebos/

16 Amitriptyline/ or Amoxapine/ or Clomipramine/ or Desipramine/ or Dibenzepin/ or Dothiepin/ or Doxepin/ or Imipramine/ or Lofepramine/ or Maprotiline/ or Mianserin/ or Nefazodone/ or Nortriptyline/ or Protriptyline/ or Setiptiline/ or Trimipramine/ or Phenelzine/ or Tranylcypromine/ or Moclobemide/ or Citalopram/ or Fluoxetine/ or Fluvoxamine/ or Paroxetine/ or Sertraline/ or Reboxetine/ or Duloxetine/ or Milnacipran/ or Venlafaxine/ or Mirtazapine/ or Trazodone/ or Bupropion/ or Agomelatine/

17 (amitriptyline* or amoxapin* or clomipramine* or desipramin* or dibenzepin* or doslepin* or dothiepin* or doxepin* or imipramine* or lofepramin* or maprotilin* or mianserin* or nefazodon* or nortriptylin* or protriptylin* or setiptilin* or trimipramin* or phenelzin* or tranylcypromine* or moclobemid* or citalopram* or escitalopram* or fluoxetin* or fluvoxamine* or paroxetine* or reboxetin* or duloxetin* or milnacipran* or venlafaxin* or mirtazapine* or trazodon* or bupropion* or agomelatine*).mp.

18 or/15-17

19 exp Drug Therapy, Combination/

20 (adjunct* or adjonct* or augment* or combin* or kombin* or polytherap* or polypharmac*).mp.

21 19 or 20

22 14 and 18 and 21

23 limit 22 to (("all child (0 to 18 years)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)") and (english or french or german) and humans)

24 limit 23 to (addresses or autobiography or bibliography or biography or comment or consensus development conference or consensus development conference, nih or dictionary or directory or editorial or festschrift or government publications or guideline or in vitro or interactive tutorial or interview or legal cases or legislation or letter or meta analysis or news or patient education handout or periodical index or portraits or practice guideline or "review" or "scientific integrity review" or technical report or twin study)

25 23 not 24

26 (tordia* or tads* or adapt*).ti.

27 25 not 26

28 depression/ or adjustment disorders/ or depressive disorder/ or depressive disorder, major/ or dysthymic disorder/

29 exp bipolar disorder/ or exp attention deficit disorder/

30 29 not 28

31 27 not 30

Elektrokonvulsionstherapie (nach Populationsfilter)

15 exp Electroconvulsive Therapy/

16 (electroconvulsi* therap* or electro convulsi* therap* or electro shock therap* or electroshock therap* or elektrokonvulsi* therap* or elektrokonvulsions\$therap* or elektroschock\$therap* or elektrokrampf\$therap*).mp.

17 15 or 16

18 14 and 17

Aktualisierung: RCTs zu Biblio- und computergestützter Therapie (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

45 exp Bibliotherapy/

46 exp Computer Communication Networks/

47 exp Computer-Assisted Therapy/

48 exp Software/

49 ((biblio* or computer* or web* or internet* or online*) and (therap* or intervention* or training* or program* or behand* or traite*)).mp.

50 or/45-49

51 44 and 50

Jugendhilfemaßnahmen in Deutschland (nach Populationsfilter)

23 exp Child Welfare/

24 exp Foster Home Care/

25 (welfare* or jugendhilfe* or wohngruppe* or erziehungshilfe* or familienhilfe* or erziehungsbeistand* or tagesst\$tte* or jugendsozialarbei* or wiedereingliederung* or eingliederung* or einzelfallhilfe* or unterbringung* or inobhutnahme* or vollzeitpflege* or jugend\$mt* or beratung* erziehungsberatung*).mp.

26 23 or 24 or 25

27 22 and 26
28 exp Germany/
29 (German* or deutsch*).af.
30 28 or 29
31 27 and 30

Aktualisierung: RCTs zu Entspannung seit 2007 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

45 exp Relaxation Therapy/
46 ((relax* or entspann*) and (therap* or intervention* or training* or program* or behand* or traite*)).mp.
47 45 or 46
48 44 and 47
49 limit 48 to yr="2007 -Current"

Ergotherapie (nach Populationsfilter)

15 exp Occupational Therapy/
16 (ergotherap* or occupational therap* or arbeitstherap* or besch\$ftigungstherap*).mp.
17 15 or 16 11908
18 14 and 17

Kunsttherapie (nach Populationsfilter)

15 exp Art Therapy/
16 (art therap* or kunsttherap* or l'art-therap*).mp.
17 15 or 16
18 14 and 17

Lichttherapie (nach Populationsfilter)

15 exp Phototherapy/
16 (light therap* or phototherap* or lichttherap* or luminotherap* or heliotherap*).mp.
17 15 or 16
18 14 and 17

Massage (nach Populationsfilter)

15 exp Massage/
16 massage*.mp.
17 15 or 16
18 14 and 17

Aktualisierung: RCTs zu Musiktherapie seit 2007 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

45 exp Music Therapy/
46 (musi* therap* or musiktherap* or musicotherap*).mp.
47 45 or 46
48 44 and 47
49 limit 48 to yr="2007 -Current"

Aktualisierung: RCTs zu Omega-3-Fettsäuren seit 2009 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

45 exp Fatty Acids, Omega-3/
46 (omega-3 or n-3 or docosahexaen* or eicosapentaen* or alpha-linolen* or poly\$nsatur* or unges\$ttigt*).mp.
47 45 or 46
48 44 and 47
49 limit 48 to yr="2009 -Current"

Schlafdeprivation (nach Populationsfilter)

15 exp Sleep Deprivation/
16 (sleep deprivation* or schlafdeprivation* or schlafentzug* or privation* de sommeil).mp
17 15 or 16
18 14 and 17

Aktualisierung: RCTs zu körperlicher Aktivität (Exercise) seit 2005 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

45 exp Exercise Movement Techniques/ or exp Exercise/ or exp Exercise Therapy/
46 (exercis* or physical activit* or sport* or yoga*).mp.
47 45 or 46
48 44 and 47
49 limit 48 to yr="2005 -Current"

Transkranielle Magnetstimulation (nach Populationsfilter)

15 exp Transcranial Magnetic Stimulation/

- 16 (trans\$rani* magnet* stimulation* or trans\$rani* magnetstimulation or stimulation* magnet* transcrani* or rtms).mp.
- 17 15 or 16
- 18 14 and 17

Vagusnervstimulation (nach Populationsfilter)

- 15 exp Vagus Nerve Stimulation/
- 16 vagus* nerv* stimulation*.mp.
- 17 15 or 16
- 18 14 and 17

Suchfilter für Embase (ab 1988)

Populationsfilter

(Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren mit depressiven Störungen, in Anlehnung an [16])

- 1 depression/ or adjustment disorders/ or depressive disorder/ or depressive disorder, major/ or dysthymic disorder/ or mood disorders/
- 2 (depress\$ or dysthym\$).mp.
- 3 1 or 2
- 4 exp adolescent/ or exp child/ or exp infant/
- 5 ((child\$ or adoles\$ or teen\$ or youth\$ or infant\$ or toddler\$ or kind\$ or jugend\$ or kleinkind\$ or s\$ugling\$ or enfant\$ or jeune\$ or nourrisson\$).mp.
- 6 4 or 5
- 7 3 and 6
- 8 limit 7 to (adult <18 to 64 years> or aged <65+ years>)
- 9 7 not 8
- 10 limit 9 to (english or french or german)
- 11 exp Depression, Postpartum/
- 12 (postpartum\$ or perinatal\$ or antenatal\$ or postnatal\$).mp.
- 13 11 or 12
- 14 10 not 13

Methodische Filter (Quelle: SIGN, <http://www.sign.ac.uk/methodology/filters.html#systematic>, aufgerufen am 05.07.2011)

Systematische Reviews aus den letzten 20 Jahren

- 1 exp Meta Analysis/
- 2 ((meta adj analys\$) or metaanalys\$).tw.
- 3 (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.
- 4 or/1-3
- 5 cancerlit.ab.
- 6 cochrane.ab.
- 7 embase.ab.
- 8 (psychlit or psyclit).ab.
- 9 (psychinfo or psycinfo).ab.
- 10 (cinahl or cinhal).ab.
- 11 science citation index.ab.
- 12 bids.ab.
- 13 or/5-12
- 14 reference lists.ab.
- 15 bibliograph\$.ab.
- 16 hand-search\$.ab.
- 17 manual search\$.ab.
- 18 relevant journals.ab.
- 19 or/14-18
- 20 data extraction.ab.
- 21 selection criteria.ab.
- 22 20 or 21
- 23 review.pt.
- 24 22 and 23
- 25 letter.pt.
- 26 editorial.pt.
- 27 animal/
- 28 human/
- 29 27 and 28
- 30 27 not 28
- 31 27 not 29

RCTs

- 1 Clinical trial/
- 2 Randomized controlled trial/
- 3 Randomization/
- 4 Single blind procedure/
- 5 Double blind procedure/
- 6 Crossover procedure/
- 7 Placebo/
- 8 Randomi?ed controlled trial\$.tw.
- 9 Rct.tw.
- 10 Random allocation.tw.
- 11 Randomly allocated.tw.
- 12 Allocated randomly.tw.
- 13 (allocated adj2 random).tw.
- 14 Single blind\$.tw.
- 15 Double blind\$.tw.
- 16 ((treble or triple) adj (blind\$).tw.
- 17 Placebo\$.tw.
- 18 Prospective study/
- 19 Or/1-18
- 20 Case study/
- 21 Case report.tw.
- 22 Abstract report/ or letter/
- 23 Or/20-22
- 24 19 not 23

- 32 25 or 26 or 30 or 31
- 33 4 or 13 or 19 or 24
- 34 33 not 32
- 35 limit 34 to yr="1991 -Current"

Beobachtungsstudien

- 1 Clinical study/
- 2 Case control study/
- 3 Family study/
- 4 Longitudinal study/
- 5 Retrospective study/
- 6 Prospective study/
- 7 Randomized controlled trials/
- 8 6 not 7
- 9 Cohort analysis/
- 10 (Cohort adj (study or studies)).mp.
- 11 (Case control adj (study or studies)).tw.
- 12 (follow up adj (study or studies)).tw.
- 13 (observational adj (study or studies)).tw.
- 14 (epidemiologic\$ adj (study or studies)).tw.
- 15 (cross sectional adj (study or studies)).tw.
- 16 Or/1-5,8-15

Ökonomische Studien

- 1 Socioeconomics/
- 2 Cost benefit analysis/
- 3 Cost effectiveness analysis/
- 4 Cost of illness/
- 5 Cost control/
- 6 Economic aspect/
- 7 Financial management/
- 8 Health care cost/
- 9 Health care financing/
- 10 Health economics/
- 11 Hospital cost/
- 12 (fiscal or financial or finance or funding).tw.
- 13 Cost minimization analysis/
- 14 (cost adj estimate\$).mp.
- 15 (cost adj variable\$).mp.
- 16 (unit adj cost\$).mp.
- 17 Or/1-16

Interventionssetting (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 40 exp hospitalization/
- 41 (inpatient* or residential* or station* or teilstation* or tagesklini*).mp.
- 42 40 or 41
- 43 39 and 42

Deutschsprachige Interventionen (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 40 exp Germany/
- 41 exp Austria/
- 42 exp Switzerland/
- 43 (German* or deutsch*).af.
- 44 or/40-43

Psychotherapie mit Einbezug der Eltern (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 40 exp parent/
- 41 exp mother child relation/
- 42 (parent\$ or eltern\$).mp.
- 43 40 or 41 or 42
- 44 exp psychotherapy/
- 45 (psychotherap\$ or therap\$ or (psychosocial adj intervention\$) or (cognitive\$ adj intervention) or (kognitiv\$ adj therap\$)).mp.
- 46 44 or 45
- 47 39 and 43 and 46

Aktualisierung: RCTs zu Psychotherapie seit 2005 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 40 exp psychotherapy/
- 41 exp psychoanalysis/
- 42 (psychotherap* or interperson* therap* or \$ognitive* therap* or \$ognitive behavi* therap* or behavi* therap* or counsel* or problem solv* or psychoanaly* or play therap* or psychodynam* or system* therap* or famil* therap* or relaxation or supportive or psychodram* or role\$play* or transaction* or social skill* or client\$centered or verhaltenstherap* or spieltherap* or rollenspiel* or beratung* or coaching* or problemI\$se* or gespr\$chstherap* or gespr\$chspsychotherap* or gestalttherap* or sozial* kompeten* or klientenzentrier* or therap* cognitiv\$-comportemental* or consultation*).mp.
- 43 limit 39 to yr="2005 -Current"
- 44 40 or 41 or 42
- 45 43 and 44
- 46 (depress* or dysthym*).ti.
- 47 (child\$ or adoles\$ or teen\$ or youth\$ or infant\$ or toddler\$ or kind\$ or jugend\$ or kleinkind\$ or s\$ugling\$ or enfant\$ or jeune\$ or nourrisson\$ or juvenil\$).ti.
- 48 45 and 46 and 47

Psychodynamische und Gesprächspsychotherapie: Beobachtungsstudien (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 32 exp psychoanalysis/ or exp counseling/ or exp play therapy/ or exp psychodrama/

33 (((analy* or psychoanaly* or psychodynam* or tiefenpsych* or transa\$tion* or client\$center* or klientenzentriert* or nondire\$tiv*) and (therap* or intervention* or training* or treat* or program* or behand* or traite*)) or (play therap* or spieltherap* or psychodram*))..ti.

34 32 or 33

35 31 and 34

Johanniskraut (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

40 exp hypericum/ or exp hypericum extract/ or exp hypericum perforatum/ or exp hypericum perforatum extract/ or exp hypericum revolutum extract/

41 (hypericum or John\$swort or Phytotherap\$ or Johanniskraut).mp.

42 40 or 41

43 39 and 42

Lithium und Carbamazepin (nach Populationsfilter)

15 exp lithium carbonate/

16 exp carbamazepine/

17 (lithium* or carbamazepin*).mp.

18 or/15-17

19 14 and 18

20 limit 19 to (human and (english or french or german) and (child or preschool child <1 to 6 years> or school child <7 to 12 years> or adolescent <13 to 17 years>))

21 depression/ or adjustment disorders/ or depressive disorder/ or depressive disorder, major/ or dysthymic disorder/

22 exp bipolar disorder/ or exp epilepsy/ or exp psychosis/

23 22 not 21

24 20 not 23

Aktualisierung: RCTs zu Pharmakotherapie seit 2005 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

40 limit 39 to yr="2005 -Current"

41 exp Antidepressive Agents/ or exp Serotonin Uptake Inhibitors/ or exp Placebos/

42 Amitriptyline/ or Amoxapine/ or Clomipramine/ or Desipramine/ or Dibenzepin/ or Dothiepin/ or Doxepin/ or Imipramine/ or Lofepamine/ or Maprotiline/ or Mianserin/ or Nefazodone/ or Nortriptyline/ or Protriptyline/ or Setiptiline/ or Trimipramine/ or Phenelzine/ or Tranylcypromine/ or Moclobemide/ or Citalopram/ or Fluoxetine/ or Fluvoxamine/ or Paroxetine/ or Sertraline/ or Reboxetine/ or Duloxetine/ or Milnacipran/ or Venlafaxine/ or Mirtazapine/ or Trazodone/ or Bupropion/ or Agomelatine/

43 (amitriptyline* or amoxapin* or clomipramine* or desipramin* or dibenzepin* or doslepin* or dothiepin* or doxepin* or imipramine* or lofepramin* or maprotilin* or mianserin* or nefazodon* or nortriptylin* or protriptylin* or setiptilin* or trimipramin* or phenelzin* or tranylcypromine* or moclobemid* or citalopram* or escitalopram* or fluoxetin* or fluvoxamine* or paroxetine* or reboxetin* or duloxetin* or milnacipran* or venlafaxin* or mirtazapine* or trazodon* or bupropion* or agomelatin*).mp.

44 or/41-43

45 40 and 44

46 limit 45 to (human and (english or french or german) and (child <unspecified age> or preschool child <1 to 6 years> or school child <7 to 12 years> or adolescent <13 to 17 years>))

47 (tordia* or tads* or adapt*).ti.

48 46 not 47

49 limit 48 to (editorial or letter or "review")

50 48 not 49

51 depression/ or adjustment disorders/ or depressive disorder/ or depressive disorder, major/ or dysthymic disorder/

52 exp bipolar disorder/ or exp attention deficit disorder/

53 52 not 51

54 50 not 53

Kombination von Psychopharmaka (nach Populationsfilter)

15 exp Antidepressive Agents/ or exp Serotonin Uptake Inhibitors/ or exp Placebos/

16 Amitriptyline/ or Amoxapine/ or Clomipramine/ or Desipramine/ or Dibenzepin/ or Dothiepin/ or Doxepin/ or Imipramine/ or Lofepamine/ or Maprotiline/ or Mianserin/ or Nefazodone/ or Nortriptyline/ or Protriptyline/ or Setiptiline/ or Trimipramine/ or Phenelzine/ or Tranylcypromine/ or Moclobemide/ or Citalopram/ or Fluoxetine/ or Fluvoxamine/ or Paroxetine/ or Sertraline/ or Reboxetine/ or Duloxetine/ or Milnacipran/ or Venlafaxine/ or Mirtazapine/ or Trazodone/ or Bupropion/ or Agomelatine/

17 (amitriptyline* or amoxapin* or clomipramine* or desipramin* or dibenzepin* or doslepin* or dothiepin* or doxepin* or imipramine* or lofepramin* or maprotilin* or mianserin* or nefazodon* or nortriptylin* or protriptylin* or setiptilin* or trimipramin* or phenelzin* or tranylcypromine* or moclobemid* or citalopram* or escitalopram* or fluoxetin* or fluvoxamine* or paroxetine* or reboxetin* or duloxetin* or milnacipran* or venlafaxin* or mirtazapine* or trazodon* or bupropion* or agomelatin*).mp.

18 or/15-17

19 exp drug combination/

- 20 (adjunct* or adjonct* or augment* or combin* or kombin* or polytherap* or polypharmac*).mp.
- 21 19 or 20
- 22 14 and 18 and 21
- 23 limit 22 to (human and (english or french or german) and (child or preschool child <1 to 6 years> or school child <7 to 12 years> or adolescent <13 to 17 years>))
- 24 limit 23 to (editorial or note or "review" or short survey)
- 25 23 not 24
- 26 (tads or tordia or adapt).ti.
- 27 25 not 26
- 28 depression/ or adjustment disorders/ or depressive disorder/ or depressive disorder, major/ or dysthymic disorder/
- 29 exp bipolar disorder/ or exp attention deficit disorder/
- 30 29 not 28
- 31 27 not 30

Elektrokonvulsionstherapie (nach Populationsfilter)

- 15 exp electroconvulsive therapy/
- 16 (electroconvulsi* therap* or electro convulsi* therap* or electro shock therap* or electroshock therap* or elektrokonvulsi* therap* or elektrokonvulsions\$therap* or elektroshock\$therap* or elektrokrampf\$therap*).mp.
- 17 15 or 16
- 18 14 and 17

Aktualisierung: RCTs zu Biblio- und computergestützter Therapie (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 40 exp rehabilitation/
- 41 exp computer network/
- 42 exp computer assisted therapy/
- 43 exp computer program/
- 44 ((biblio* or computer* or web* or internet* or online*) and (therap* or intervention* or training* or program* or behand* or traite*)).ti.
- 45 or/40-44
- 46 39 and 45
- 47 limit 46 to ("reviews (best balance of sensitivity and specificity)" and (editorial or "review"))
- 48 46 not 47

Jugendhilfemaßnahmen in Deutschland (nach Populationsfilter)

- 15 exp child welfare/
- 16 exp foster care/
- 17 (welfare* or jugendhilfe* or wohngruppe* or erziehungshilfe* or familienhilfe* or erziehungsbeistand* or tagesst\$tte* or jugendsozialarbei* or wiedereingliederung* or eingliederung* or einzelfallhilfe* or unterbringung* or inobhutnahme* or vollzeitpflege* or jugend\$mt* or beratung* erziehungsberatung*).mp.
- 18 15 or 16 or 17
- 19 14 and 18
- 20 (German* or deutsch*).af.
- 21 19 and 20

Aktualisierung: RCTs zu Entspannung seit 2007 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

- 40 exp relaxation training/
- 41 ((relax* or entspann*) and (therap* or intervention* or training* or program* or behand* or traite*)).mp.
- 42 40 or 41
- 43 39 and 42
- 44 limit 43 to yr="2007 -Current"

Ergotherapie (nach Populationsfilter)

- 15 exp occupational therapy/
- 16 (ergotherap* or occupational therap* or arbeitstherap* or besch\$ftigungstherap*).mp.
- 17 15 or 16 15052
- 18 14 and 17

Kunsttherapie (nach Populationsfilter)

- 15 exp art therapy/
- 16 (art therap* or kunsttherap* or l'art-therap*).mp.
- 17 15 or 16
- 18 14 and 17

Lichttherapie (nach Populationsfilter)

- 15 exp phototherapy/
- 16 (light therap* or phototherap* or lichttherap* or lunotherap* or heliotherap*).mp.

17 15 or 16
18 14 and 17

Massage (nach Populationsfilter)

15 exp massage/
16 massage*.mp.
17 15 or 16
18 14 and 17

Aktualisierung: RCTs zu Musiktherapie seit 2007 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

41 (musi* therap* or musiktherap* or musicotherap*).mp.
42 40 or 41
43 39 and 42
44 limit 43 to yr="2007 -Current"

Aktualisierung: RCTs zu Omega-3-Fettsäuren seit 2009 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

40 exp omega 3 fatty acid/
41 (omega-3 or n-3 or docosahexaen* or eicosapentaen* or alpha-linolen* or poly\$nsatur* or unges\$ttigt*).mp.
42 40 or 41
43 39 and 42
44 limit 43 to yr="2009 -Current"

Schlafdeprivation (nach Populationsfilter)

15 exp sleep deprivation/
16 (sleep deprivation* or schlafdeprivation* or schlafentzug* or privation* de sommeil).mp.
17 15 or 16
18 14 and 17

Aktualisierung: RCTs zu sportlicher Aktivität (Exercise) seit 2005 (nach Kombination aus Populations- und Methodenfilter)

40 exp exercise/
41 exp kinesiotherapy/
42 (exercis* or physical activit* or sport* or yoga*).mp.
43 40 or 41 or 42
44 39 and 43
45 limit 44 to yr="2005 -Current"

Transkranielle Magnetstimulation (nach Populationsfilter)

15 exp transcranial magnetic stimulation/
16 (trans\$rani* magnet* stimulation* or trans\$rani* magnetstimulation or stimulation* magnet* transcrani* or rtm).mp.
17 15 or 16
18 14 and 17

Vagusnervstimulation (nach Populationsfilter)

15 exp vagus nerve stimulation/
16 vagus* nerv* stimulation*.mp.
17 15 or 16
18 14 and 17

Suchfilter für PsycINFO

Populationsfilter

S15 S11 NOT S14
S14 S12 or S13
S13 postpart* or perinatal* or antenatal* or postnatal*
S12 MM "Postpartum Depression"
S11 S10 Limiters - Language: English, French, German
S10 S8 NOT S9
S9 S8 Limiters - Age Groups: Adulthood (18 yrs & older), Young Adulthood (18-29 yrs), Thirties (30-39 yrs), Middle Age (40-64 yrs), Aged (65 yrs & older), Very Old (85 yrs & older)
S8 S4 and S7
S7 S5 or S6
S6 child* or adoles* or teen* or youth* or infan* or toddler* or kind* or jugend* or kleinkind* or s\$ugling* or enfant* or jeune* or nourisson*

- S5 ((DE "Child Psychiatry" OR MM "Child Psychiatry") OR (MM "Child Psychology" OR MM "Child Psychopathology")) OR (MM "Adolescent Psychiatry" OR MM "Adolescent Psychology" OR MM "Adolescent Psychopathology" OR MM "Adolescent Psychotherapy")
- S4 S1 or S2 or S3
- S3 depress* or dysthym*
- S2 MM "Affective Disorders" OR MM "Seasonal Affective Disorder"
- S1 MM "Anaclitic Depression" OR MM "Atypical Depression" OR MM "Depression (Emotion)" OR MM "Dysthymic Disorder" OR MM "Endogenous Depression" OR MM "Long-term Depression (Neuronal)" OR MM "Major Depression" Search modes - Boolean/Phrase

Systematische Reviews aus den letzten 20 Jahren (nach Populationsfilter)

- S16 S15 Limiters - Publication Year from: 1991-; Language: English, French, German; Population Group: Human; Document Type: Chapter, Dissertation, Erratum/Correction, Journal Article, Publication Information, Reprint, Review-Any; Methodology: -Systematic Review, -Meta Analysis

Interventionssetting (nach Populationsfilter)

- S21 S15 and S18 Limiters - Language: English, French, German; Population Group: Human; Document Type: Chapter, Dissertation, Erratum/Correction, Journal Article, Letter, Publication Information, Reprint; Methodology: CLINICAL CASE STUDY, EMPIRICAL STUDY, -Followup Study, -Longitudinal Study, --- Prospective Study, ---Retrospective Study, FIELD STUDY, -Qualitative Study, -Quantitative Study
- S20 S15 and S18 Limiters - Language: English, French, German; Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL
- S19 S15 and S18
- S18 S16 or S17
- S17 (inpatient* or station* or teilstation* or tagesklini*)
- S16 MM "Hospitalization" OR MM "Hospitalized Patients" OR MM "Hospitals" OR MM "Outpatients" OR MM "Psychiatric Patients" OR MM "Outpatient Treatment"

Deutschsprachige Interventionen (nach Populationsfilter)

- S24 S21 not S22 Limiters - Language: English, French, German; Age Groups: Childhood (birth-12 yrs), Neonatal (birth-1 mo), Infancy (2-23 mo), Preschool Age (2-5 yrs), School Age (6-12 yrs), Adolescence (13-17 yrs), Young Adulthood (18-29 yrs)
- S23 S21 not S22
- S22 S17 and S20 Limiters - Methodology: INTERVIEW, -Focus Group, LITERATURE REVIEW, -Systematic Review, TWIN STUDY
- S21 S17 and S20
- S20 psychotherap* or therap* or (psychoso\$ial* intervention*)
- S19 S17 and S18
- S18 MM "Treatment" or MM "Psychotherapy" or MM "Adolescent Psychotherapy" or MM "Group Psychotherapy" or MM "Individual Psychotherapy"
- S17 S15 and S16
- S16 German* or deutsch* or austria* or swiss or switzerland or österreich* or schweiz*
- Änderung bei S9, um sensitiver zu suchen:
- S8 Limiters - Age Groups: Thirties (30-39 yrs), Middle Age (40-64 yrs), Aged (65 yrs & older), Very Old (85 yrs & older)

Einbezug der Eltern in Psychotherapie (nach Populationsfilter)

- S23 S15 and S18 and S21 Limiters - Language: English, French, German; Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL
- S22 S15 and S18 and S21 Search modes - Boolean/Phrase
- S21 S19 or S20
- S20 psychotherap* or therap* or (psychoso\$ial* adj intervention*) Search modes - Boolean/Phrase
- S19 MM "Psychotherapy" Search modes - Boolean/Phrase
- S18 S16 or S17
- S17 parent* or eltern* Search modes - Boolean/Phrase
- S16 MM "Parents"

Aktualisierung: RCTs zu Psychotherapie seit 2005 (nach Populationsfilter)

- S16 S15 Limiters - Published Date from: 20050101-; Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL

Psychodynamische und Gesprächspsychotherapie: Beobachtungsstudien (nach Populationsfilter)

- S24 S23 Limiters - Language: English, French, German; Age Groups: Childhood (birth-12 yrs), Preschool Age (2-5 yrs), School Age (6-12 yrs), Adolescence (13-17 yrs); Population Group: Human
- S23 S21 not S22
- S22 TI metaanaly* or meta-analy* or review* or übersicht* or überblick*
- S21 S19 not S20
- S20 S19 Limiters - Methodology: BRAIN IMAGING, FIELD STUDY, INTERVIEW, -Focus Group, LITERATURE REVIEW, -Systematic Review, -Meta Analysis, -Nonclinical Case Study

- S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 TI ((analy* or psychoanaly* or psychodynam* or tiefenpsych* or transa\$tion* or client\$center* or klientenzentriert* or nondire\$ktiv*) and (therap* or intervention* or training* or treat* or program* or behand* or traite*)) or (play therap* or spieltherap* or psychodram*)
S16 MM "Psychoanalysis" OR MM "Psychodrama" OR MM "Psychodynamic Psychotherapy" OR MM "Psychodynamics" OR MM "Play Therapy" OR MM "Client Centered Therapy"

Johanniskraut (nach Populationsfilter)

- S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 hypericum or John\$swort or phytotherap* or johanniskraut
S16 MM "Hypericum Perforatum"

Lithium und Carbamazepin (nach Populationsfilter)

- S20 S19 Limiters - Language: English, French, German; Population Group: Human; Methodology: CLINICAL CASE STUDY, EMPIRICAL STUDY, -Experimental Replication, -Followup Study, -Longitudinal Study, --- Prospective Study, ---Retrospective Study, TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL
S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 lithium* or carbamazepin*
S16 (MM "Lithium Carbonate") OR (MM "Carbamazepine")

Aktualisierung: RCTs zu Pharmakotherapie seit 2005 (nach Populationsfilter)

- S20 S19 Limiters - Publication Year from: 2005-2012; Language: English, French, German; Age Groups: Childhood (birth-12 yrs), Preschool Age (2-5 yrs), School Age (6-12 yrs), Adolescence (13-17 yrs); Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL
S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 amitriptyline* or amoxapin* or clomipramine* or desipramin* or dibenzepin* or doslepin* or dothiepin* or doxepin* or imipramine* or lofepramin* or maprotilin* or mianserin* or nefazodon* or nortriptylin* or protriptylin* or setiptilin* or trimipramin* or phenelzin* or tranlycypromine* or moclobemid* or citalopram* or escitalopram* or fluoxetine* or fluvoxamine* or paroxetine* or reboxetin* or duloxetine* or milnacipran* or venlafaxin* or mirtazapine* or trazodon* or bupropion* or agomelatin*
S16 MM "Antidepressant Drugs" OR MM "Bupropion" OR MM "Citalopram" OR MM "Fluoxetine" OR MM "Fluvoxamine" OR MM "Mianserin" OR MM "Nefazodone" OR MM "Paroxetine" OR MM "Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors" OR MM "Sertraline" OR MM "Tranlycypromine" OR MM "Trazodone" OR MM "Tricyclic Antidepressant Drugs" OR MM "Venlafaxine" OR MM "Monoamine Oxidase Inhibitors" OR MM "Moclobemide" OR MM "Phenelzine" OR MM "Amitriptyline" OR MM "Chlorimipramine" OR MM "Desipramine" OR MM "Doxepin" OR MM "Imipramine" OR MM "Maprotiline" OR MM "Nortriptyline"

Kombination von Psychopharmaka (nach Populationsfilter)

- S25 S24 Limiters - Language: English, French, German; Age Groups: Childhood (birth-12 yrs), Preschool Age (2-5 yrs), School Age (6-12 yrs), Adolescence (13-17 yrs); Population Group: Human
S24 S22 not S23
S23 TI tads or tordia or adapt
S22 S15 and S18 and S21
S21 S19 or S20
S20 adjunct* or adonct* or augment* or combin* or kombin* or polytherap* or polypharmac*
S19 MM "Polypharmacy"
S18 S16 or S17
S17 amitriptyline* or amoxapin* or clomipramine* or desipramin* or dibenzepin* or doslepin* or dothiepin* or doxepin* or imipramine* or lofepramin* or maprotilin* or mianserin* or nefazodon* or nortriptylin* or protriptylin* or setiptilin* or trimipramin* or phenelzin* or tranlycypromine* or moclobemid* or citalopram* or escitalopram* or fluoxetine* or fluvoxamine* or paroxetine* or reboxetin* or duloxetine* or milnacipran* or venlafaxin* or mirtazapine* or trazodon* or bupropion* or agomelatin*
S16 MM "Antidepressant Drugs" OR MM "Bupropion" OR MM "Citalopram" OR MM "Fluoxetine" OR MM "Fluvoxamine" OR MM "Mianserin" OR MM "Nefazodone" OR MM "Paroxetine" OR MM "Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors" OR MM "Sertraline" OR MM "Tranlycypromine" OR MM "Trazodone" OR MM "Tricyclic Antidepressant Drugs" OR MM "Venlafaxine" OR MM "Monoamine Oxidase Inhibitors" OR MM "Moclobemide" OR MM "Phenelzine" OR MM "Amitriptyline" OR MM "Chlorimipramine" OR MM "Desipramine" OR MM "Doxepin" OR MM "Imipramine" OR MM "Maprotiline" OR MM "Nortriptyline"

Elektrokonvulsionstherapie (nach Populationsfilter)

- S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 electroconvulsi* therap* or electro convulsi* therap* or electro shock therap* or electroshock therap* or elektrokonvulsi* therap* or elektrokonvulsions\$therap* or elektroschock\$therap* or elektrokrampf\$therap*

S16 MM "Electroconvulsive Shock Therapy"

Aktualisierung: RCTs zu Biblio- und computergestützter Therapie (nach Populationsfilter)

S21 S20 Limiters - Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL

S20 S15 and S19

S19 S16 or S17 or S18

S18 (biblio* or computer* or web* or internet* or online*) and (therap* or intervention* or training* or program* or behand* or traite*)

S17 MM "Computer Software" OR MM "Computer Assisted Instruction" OR MM "Computer Assisted Therapy" OR MM "Computer Mediated Communication"

S16 MM "Bibliotherapy"

Jugendhilfemaßnahmen in Deutschland (nach Populationsfilter)

S23 S21 and S22 Search modes - Boolean/Phrase

S22 German* or deutsch*

S21 S15 and S20

S20 S16 or S17 or S18 or S19

S19 welfare* or jugendhilfe* or wohngruppe* or erziehungshilfe* or familienhilfe* or erziehungsbeistand* or tagesst\$tte* or jugendsozialarbei* or wiedereingliederung* or eingliederung* or einzelfallhilfe* or unterbringung* or inobhutnahme* or vollzeitpflege* or jugend\$mt* or beratung* erziehungsberatung*

S18 MM "Social Casework" OR MM "Social Group Work" OR MM "Social Services" OR MM "Community Services" OR MM "Outreach Programs" OR MM "Protective Services" Search modes - Boolean/Phrase

S17 MM "Foster Care"

S16 MM "Child Welfare"

Aktualisierung: RCTs zu Entspannung seit 2007 (nach Populationsfilter)

S20 S19 Limiters - Publication Year from: 2007-2012; Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL

S19 S15 and S18

S18 S16 or S17

S17 (relax* or entspann*) and (therap* or intervention* or training* or program* or behand* or traite*)

S16 MM "Relaxation Therapy"

Ergotherapie (nach Populationsfilter)

S19 S15 and S18

S18 S16 or S17

S17 ergotherap* or (occupational therap*) or arbeitstherap* or besch\$ftigungstherap*

S16 MM "Occupational Therapy"

Kunsttherapie (nach Populationsfilter)

S19 S15 and S18

S18 S16 or S17

S17 art therap* or kunsttherap* or l'art-therap*

S16 MM "Art Therapy"

Lichttherapie (nach Populationsfilter)

S19 S15 and S18

S18 S16 or S17

S17 light therap* or phototherap* or lichttherap* or luminotherap* or heliotherap*

S16 MM "Phototherapy"

Massage (nach Populationsfilter)

S19 S15 and S18

S18 S16 or S17

S17 massage*

S16 MM "Massage"

Aktualisierung: RCTs zu Musiktherapie seit 2007 (nach Populationsfilter)

S20 S19 Limiters - Publication Year from: 2007-2012; Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL

S19 S15 and S18

S18 S16 or S17

S17 musi* therap* or musiktherap* or musicotherap*

S16 MM "Music Therapy"

Aktualisierung: RCTs zu Omega-3-Fettsäuren seit 2009 (nach Populationsfilter)

S20 S19 Limiters - Publication Year from: 2009-2012; Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL

S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 omega-3 or n-3 or docosahexaen* or eicosapentaen* or alpha-linolen* or polyunsatur* or ungesättigt*
S16 MM "Fatty Acids"

Schlafdeprivation (nach Populationsfilter)

S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 sleep deprivation* or schlafdeprivation* or schlafentzug* or privation* de sommeil
S16 MM "Sleep Deprivation"

Aktualisierung: RCTs zu sportlicher Aktivität (Exercise) seit 2005 (nach Populationsfilter)

S20 S19 Limiters - Publication Year from: 2005-2012; Methodology: TREATMENT OUTCOME/CLINICAL TRIAL
S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 exercis* or physical activit* or sport* or yoga*
S16 MM "Exercise"

Transkranielle Magnetstimulation (nach Populationsfilter)

S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 (transcranial* magnet* stimulation*) or (transcranial* magnetstimulation) or (stimulation* magnet* transcranial*) or rtms
S16 MM "Transcranial Magnetic Stimulation"

Vagusnervstimulation (nach Populationsfilter)

S19 S15 and S18
S18 S16 or S17
S17 vagus* nerv* stimulation*
S16 MM "Vagus Nerve"

Suchfilter für PSYINDEX zu Jugendhilfemaßnahmen in Deutschland

S10 S3 and S6 and S9
S9 S7 or S8
S8 adoles\$ or teen\$ or infant\$ or kind\$ or jugend\$ or kleinkind\$ or jugling\$
S7 (MM "Jugendpsychiatrie" OR MM "Jugendpsychologie" OR MM "Kinderpsychiatrie" OR MM "Kinderpsychologie")
S6 S4 or S5
S5 depress* or dysthym*
S4 (MM "Major Depression" OR MM "Dysthyme Störungen" OR MM "Depressive Stimmung" OR MM "Therapieresistente Depression" OR MM "Atypische Depression" OR MM "Periodische Depression" OR MM "Anaklitische Depression" OR MM "Endogene Depression")
S3 S1 or S2
S2 jugendhilfe* or wohngruppe* or erziehungshilfe* or familienhilfe* or erziehungsbeistand* or tagesstätte* or jugendsozialarbei* or wiedereingliederung* or eingliederung* or einzelfallhilfe* or unterbringung* or inobhutnahme* or vollzeitpflege* or jugendamt* or beratung* erziehungsberatung*
S1 MM "Jugendhilfe" OR MM "Jugendsozialarbeiter" Search modes - Boolean/Phrase

Anhang B: Checklisten zur Bewertung der Studienqualität

 SIGN	Methodencheckliste 1: Systematische Reviews und Metaanalysen	
	Basierend auf: SIGN 50 Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses	
Bezeichnung der Studie (<i>Erstautor und Jahr</i>):		
Thema:	Schlüsselfrage Nr.:	
Checkliste ausgefüllt von:		
TEIL 1: INTERNE VALIDITÄT		
In einem gut durchgeführten systematischen Review		
In dieser Studie ist dieses Kriterium:		
1.1	Die Studie bezieht sich auf eine angemessene und gezielte Frage.	++ Sehr gut erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht erwähnt + Angemessen erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet - Unzureichend erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.2	Eine Beschreibung des methodischen Vorgehens ist vorhanden. <i>Es ist klar beschrieben, wie die Studien identifiziert und bewertet wurden.</i>	++ Sehr gut erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht erwähnt + Angemessen erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet - Unzureichend erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.3	Die Literatursuche ist ausreichend genau, um alle relevanten Studien zu identifizieren. <i>Es wurde mehr als eine elektronische Datenbank durchsucht; außerdem wurden wichtige Journals per Hand durchgesehen und/oder die Referenzen der eingeschlossenen Studien wurden zurückverfolgt.</i>	++ Sehr gut erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht erwähnt + Angemessen erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet - Unzureichend erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.4	Die Qualität der Primärstudien wird bewertet und berücksichtigt.	++ Sehr gut erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht erwähnt + Angemessen erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet - Unzureichend erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.5	Es gibt genügend Ähnlichkeiten zwischen den ausgewählten Studien, sodass eine Kombination sinnvoll ist. <i>Durch klare Einschlusskriterien wurden nur solche Studien kombiniert, deren Population, Methoden und Maße vergleichbar waren.</i>	++ Sehr gut erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht erwähnt + Angemessen erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet - Unzureichend erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
TEIL 2: ALLGEMEINE BEURTEILUNG DER STUDIE		
2.1	Wie gut war die Studie angelegt, um Bias zu minimieren? <i>Kodiere ++, +, oder –</i>	++ Alle oder die meisten Kriterien sind erfüllt. Wenn sie nicht erfüllt sind, sind die Schlussfolgerungen der Studie höchstwahrscheinlich nicht davon beeinflusst. <i>Kein Kriterium ist unzureichend erfüllt.</i> + Einige der Kriterien sind erfüllt. Durch die nicht erfüllten oder nicht beschriebenen Kriterien sind die Schlussfolgerungen der Studie wahrscheinlich nicht beeinflusst. - Nur wenige oder gar keine Kriterien sind erfüllt. Die Schlussfolgerungen der Studie sind dadurch wahrscheinlich oder höchstwahrscheinlich beeinflusst.
2.2	Wenn + oder – bei 2.1, in welche Richtung könnte Bias die Studienergebnisse beeinflusst haben?	+ Effekt wird vermutlich überschätzt. - Effekt wird vermutlich unterschätzt.
TEIL 3: EINORDNUNG DER STUDIE UND NUTZEN FÜR DIE SCHLÜSSELFRAGE		
3.1	Welche Studien wurden in diesen systematischen Review eingeschlossen?	<input type="checkbox"/> RCTs <input type="checkbox"/> Kohortenstudien <input type="checkbox"/> Fall-Kontrollstudien <input type="checkbox"/> Verschiedene

		<p><i>Konfundierung). TAU ist ggf. sehr exakt beschrieben. Falls eine der Gruppen TAU erhielt, ist TAU deutlich unterschiedlich von der/den anderen Bedingung/en. Falls beide Gruppen TAU erhielten, ist TAU vergleichbar zwischen den Gruppen.</i></p> <p>+ Angemessen erfüllt TAU ist ggf. nur grob beschrieben.</p> <p>- Unzureichend erfüllt</p>
1.7	<p>Alle relevanten abhängigen Variablen (AV) wurden standardisiert, reliabel und valide gemessen.</p> <p><i>Die Gütekriterien der Messinstrumente sind beschrieben. Insbesondere bei Interviews ist die standardisierte und sachgerechte Durchführung beschrieben, d.h. es wird genannt, dass die Interviewer geschult sind und ihre Übereinstimmung wird berichtet.</i></p>	<p>++ Sehr gut erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht erwähnt + Angemessen erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet - Unzureichend erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar</p>
1.8	<p>Welcher Prozentsatz der angeworbenen Individuen oder Cluster verließ die Studie zwischen Randomisierung und Abschluss? <i>Bitte für jede Bedingung in % notieren.</i></p>	
1.9	<p>Alle Teilnehmer werden in den Analysen für die Gruppe berücksichtigt, der sie ursprünglich zugeordnet wurden („Intention-to-treat-Analyse“).</p>	<p>++ Sehr gut erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <i>Falls Werte fehlen, wird eine Auswertung basierend auf vollständig erhobenen Datensätzen mit mind. einer Auswertung basierend auf vollständig erhobenen und imputierten Datensätzen verglichen. Zur Imputation wird z.B. der letzte erhobene Wert herangezogen („last observation carried forward“, LOCF) oder (besser) es werden best- und worst-case-scenarios konstruiert.</i></p> <p>+ Angemessen erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet - Unzureichend erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar</p>
1.10	<p>Wenn die Studie an mehreren Standorten durchgeführt wurde, sind die Ergebnisse für alle Standorte vergleichbar.</p>	<p>++ Sehr gut erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht erwähnt + Angemessen erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet - Unzureichend erfüllt <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar</p>
TEIL 2: ALLGEMEINE BEURTEILUNG DER STUDIE		
2.1	<p>Wie gut war die Studie angelegt, um Bias zu minimieren? <i>Kodiere ++, +, oder –</i></p>	<p>++ Alle oder die meisten Kriterien sind erfüllt. Wenn sie nicht erfüllt sind, sind die Schlussfolgerungen der Studie höchstwahrscheinlich nicht beeinflusst. <i>Kein Kriterium ist unzureichend erfüllt.</i></p> <p>+ Einige der Kriterien sind erfüllt. Durch die nicht erfüllten oder nicht beschriebenen Kriterien sind die Schlussfolgerungen der Studie wahrscheinlich nicht beeinflusst.</p> <p>- Nur wenige oder gar keine Kriterien sind erfüllt. Die Schlussfolgerungen der Studie sind dadurch wahrscheinlich oder höchstwahrscheinlich beeinflusst.</p>

 SIGN		Methodencheckliste 3: Kohortenstudien Basierend auf: SIGN 50 Methodology Checklist 3: Cohort studies	
Bezeichnung der Studie (<i>Erstautor und Jahr</i>):			
Thema:		Schlüsselfrage Nr.:	
Checkliste ausgefüllt von:			
TEIL 1: INTERNE VALIDITÄT			
<i>In einer gut durchgeführten Kohortenstudie:</i>		<i>In dieser Studie ist dieses Kriterium:</i>	
1.1	Die Studie bezieht sich auf eine angemessene und gezielte Frage.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
AUSWAHL DER TEILNEHMER			
1.2	Beide untersuchten Gruppen wurden aus Populationen gewählt, die in allen Belangen vergleichbar sind außer dem untersuchten Faktor.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.3	Die Studie gibt für beide Gruppen an, wie viele der über die Studie informierten Personen teilgenommen haben.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.4	Die Wahrscheinlichkeit, dass einige geeignete Teilnehmer das Ergebnis bereits bei Studienbeginn zeigen könnten, wird abgeschätzt und in den Analysen berücksichtigt.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.5	Welcher Prozentsatz der angeworbenen Personen oder Cluster verließ die Studie vor dem Abschluss? <i>Bitte für jede Gruppe notieren.</i>		
1.6	Teilnehmer, von denen vollständige Daten vorliegen, werden mit Teilnehmern mit unvollständigen Daten verglichen in Bezug auf den untersuchten Faktor.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
MESSUNG			
1.7	Die Ergebnismaße sind klar definiert.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.8	Bei der Durchführung der Ergebnismessung ist nicht bekannt, ob die Teilnehmer dem untersuchten Faktor ausgesetzt waren (Verblindung).	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.9	Wenn Verblindung nicht möglich war, wird erkannt, dass das Wissen über den untersuchten Faktor die Ergebnismessung beeinflussen könnte.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.10	Die Messung des untersuchten Faktors ist reliabel.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.11	Nachweise aus anderen Quellen werden berichtet, um zu zeigen, dass die Messung des untersuchten Faktors reliabel ist.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar

1.12	Der untersuchte Faktor wird mehr als einmalig gemessen.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
KONFUNDIERUNG			
1.13	Die wichtigsten möglichen konfundierenden Faktoren werden identifiziert und berücksichtigt in Design und Analysen.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
STATISTISCHE ANALYSEN			
1.14	Konfidenzintervalle werden berichtet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
TEIL 2: ALLGEMEINE BEURTEILUNG DER STUDIE			
2.1	Wie gut war die Studie angelegt, um Bias zu minimieren? <i>Kodierte ++, +, oder -</i>	++ Alle oder die meisten Kriterien sind erfüllt. Wenn sie nicht erfüllt sind, sind die Schlussfolgerungen der Studie höchstwahrscheinlich nicht davon beeinflusst. <i>Kein Kriterium ist unzureichend erfüllt.</i> + Einige der Kriterien sind erfüllt. Durch die nicht erfüllten oder nicht beschriebenen Kriterien sind die Schlussfolgerungen der Studie wahrscheinlich nicht beeinflusst. - Nur wenige oder gar keine Kriterien sind erfüllt. Die Schlussfolgerungen der Studie sind dadurch wahrscheinlich oder höchstwahrscheinlich beeinflusst.	
2.2	Unter Berücksichtigung klinischer Gesichtspunkte, der verwendeten Methoden und der Teststärke der Studie, geht der Effekt sicher auf die Intervention zurück?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.3	Sind die Ergebnisse unmittelbar übertragbar auf die Patientengruppe, auf die sich die Leitlinie bezieht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

 SIGN	Methodencheckliste 4: Fall-Kontroll-Studien		
	Basierend auf: SIGN 50 Methodology Checklist 4: Case-control studies		
Bezeichnung der Studie (<i>Erstautor und Jahr</i>):			
Thema:		Schlüsselfrage Nr.:	
Checkliste ausgefüllt von:			
TEIL 1: INTERNE VALIDITÄT			
In einer gut durchgeführten Fall-Kontroll-Studie		In dieser Studie ist dieses Kriterium:	
1.1	Die Studie bezieht sich auf eine angemessene und gezielte Frage.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
AUSWAHL DER TEILNEHMER			
1.2	Fälle und Kontrollen stammen aus vergleichbaren Populationen.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.3	Dieselben Ausschlusskriterien werden sowohl für Fälle als auch für Kontrollen verwendet.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar

1.4	Welcher Prozentsatz der angeworbenen Personen für Fälle und Kontrollen nahm an der Studie teil?	Fälle: Kontrollen:	
1.5	Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer wurden verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede festzustellen.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.6	Fälle sind eindeutig definiert und von Kontrollen unterschieden.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.7	Es wird eindeutig festgestellt, dass Kontrollen keine Fälle sind.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
MESSUNG			
1.8	Es wurden Maßnahmen ergriffen, um zu verhindern, dass die Feststellung Fall vs. Kontrolle durch Wissen über das Vorliegen des untersuchten Faktors beeinflusst wurde.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
1.9	Der untersuchte Faktor wurde standardisiert, reliabel und valide gemessen.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
KONFUNDIERUNG			
1.10	Die wichtigsten möglichen konfundierenden Faktoren werden identifiziert und berücksichtigt in Design und Analysen.	++ Sehr gut erfüllt + Angemessen erfüllt - Unzureichend erfüllt	<input type="checkbox"/> Nicht erwähnt <input type="checkbox"/> Nicht ausreichend berichtet <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar
STATISTISCHE ANALYSE			
1.11	Konfidenzintervalle werden berichtet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
TEIL 2: ALLGEMEINE BEURTEILUNG DER STUDIE			
2.1	Wie gut war die Studie angelegt, um Bias zu minimieren? <i>Kodiere ++, +, oder –</i>	++ Alle oder die meisten Kriterien sind erfüllt. Wenn sie nicht erfüllt sind, sind die Schlussfolgerungen der Studie höchstwahrscheinlich nicht davon beeinflusst. <i>Kein Kriterium ist unzureichend erfüllt.</i> + Einige der Kriterien sind erfüllt. Durch die nicht erfüllten oder nicht beschriebenen Kriterien sind die Schlussfolgerungen der Studie wahrscheinlich nicht beeinflusst. - Nur wenige oder gar keine Kriterien sind erfüllt. Die Schlussfolgerungen der Studie sind dadurch wahrscheinlich oder höchstwahrscheinlich beeinflusst.	
2.2	Unter Berücksichtigung klinischer Gesichtspunkte, der verwendeten Methoden und der Teststärke der Studie, geht der Effekt sicher auf die Intervention zurück?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2.3	Sind die Ergebnisse unmittelbar übertragbar auf die Patientengruppe, auf die sich die Leitlinie bezieht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Anhang C: Formular zur Erklärung von Interessenkonflikten

1

Erklärung über Interessenkonflikte



(Titel, AWMF-Registernummer)

zu Händen

(Leitlinienkoordinator)

Vorbemerkung

Die Entwicklung von Leitlinien für die medizinische Versorgung verlangt über die fachliche Expertise hinaus eine Vermeidung kommerzieller Abhängigkeiten oder anderer Interessenkonflikte, die die Leitlinieninhalte beeinflussen. Es gibt eine Vielzahl von materiellen (z.B. finanzielle oder kommerzielle) und immateriellen (z.B. politische, akademische oder persönliche) Beziehungen, deren Ausprägungsgrade und Bedeutungen variieren können. Interessenkonflikte sind somit zumeist unvermeidbar, aber nicht zwangsläufig problematisch in Hinblick auf eine Beeinflussung der Leitlinieninhalte.

Eine Erklärung zu den Beziehungen und den daraus entstehenden Interessenkonflikten durch die Autoren der Leitlinien und die Teilnehmer am Konsensusverfahren ist für die Qualitätsbeurteilung von Leitlinien, aber auch für ihre allgemeine Legitimation und Glaubwürdigkeit in der Wahrnehmung durch Öffentlichkeit und Politik entscheidend.

Die Erklärungen werden zu Beginn des Leitlinienprojekts gegenüber dem Leitlinienkoordinator abgegeben. Bei länger andauernden Projekten kann eine zusätzliche Abgabe im Verlauf erforderlich sein. Ob davon die erforderliche Neutralität für die Mitarbeit bei der Leitlinienentwicklung in Frage gestellt ist oder in welchen Bereichen das professionelle Urteilsvermögen eines Experten durch die Interessen Dritter unangemessen beeinflusst sein könnte, ist in der Leitliniengruppe zu diskutieren und zu bewerten.

Die Inhalte der Erklärungen und die Ergebnisse der Diskussion zum Umgang mit Interessenkonflikten sollten im Leitlinienreport offen dargelegt werden. In der Langfassung der Leitlinien ist auf das Verfahren der Sammlung und Bewertung der Erklärungen hinzuweisen.

Wir möchten Sie bitten, untenstehende Erklärung auszufüllen und zu unterzeichnen.

2

Erklärung

Die Erklärung betrifft finanzielle und kommerzielle (materielle) sowie psychologische und soziale (immaterielle) Aspekte sowie Interessen der Mitglieder selbst und/oder ihrer persönlichen/professionellen Partner innerhalb **der letzten 3 Jahre**. Bitte machen Sie **konkrete Angaben zu folgenden Punkten**:

1. Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

2. Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

3. Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

4. Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

5. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

3

6. Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens
Gesundheitswirtschaft

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

7. Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten
Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

8. Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche
oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

9. Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre

Bewertung

Ergeben sich aus allen oben angeführten Punkten nach Ihrer Meinung für Sie oder die ganze
Leitliniengruppe bedeutsame Interessenkonflikte?

- Nein
 Ja

Falls ja, bitte Angabe eines Vorschlags zur Diskussion in der Leitliniengruppe
(z.B. Stimmenthaltung zu speziellen Fragestellungen):

Ort, Datum

Name (bitte Druckschrift)

Unterschrift

Adresse (Einrichtung, Strasse, Ort, Emailadresse)

Anhang D: Erklärungen über Interessenkonflikte: Tabellarische Zusammenfassung

(1) Koordinator, Steuerungsgremium und wissenschaftliche Mitarbeiterin

Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen Registernr: 028 - 043					
		Schulte-Körne	Jung	Klein-Heßling	Kölch
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Independent Consultant für Parexel International GmbH (einmaliger Review); PI für eine Phase-II-Studie Lundbeck mit Indikation Depression
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Zweimalige Referententätigkeit für Janssen-Cilag (ADHD Faculty Meeting in Madrid 26.01.11 und ADHS Gipfel in Hamburg 25.02.11)
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DGKJP*, Koordinator der Leitlinie	BAG KJPP*	BPTK*, DGPs	DGKJP, AGNP, BAG KJPP
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Klinikum der Universität München, Freistaat Bayern	Kinder- und Jugendpsychiatrie, SCHLEI-Klinikum Schleswig FKSL GmbH	BPTK	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Universitäts-klinikum Ulm; Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin

Anmerkungen: * von dieser Fachgesellschaft oder Berufsgruppe als Vertretung entsandt. AGNP: Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie. BAG KJPP: Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. BKJPP: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. BPTK: Bundespsychotherapeutenkammer. BvPPF: Bundesverband psychoanalytischer Paar- und Familientherapeuten. DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. DGPs: Deutsche Gesellschaft für Psychologie. VAKJP: Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland.

Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne						
Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen						
Registernr: 028 - 043						
		Lehndorfer	Müller	Romer	Walper	Dolle
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Ja (keine nähere Angabe)	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Bptk*, VAKJP	BKJPP*	DGKJP, BvPPF, Wissenschaftlicher Beirat der VAKJP (ohne Mitgliedschaft)	DGPs	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Leiter des Instituts für psychodynamische Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie e.V., Hamburg; Leitung einer Wirksamkeits-studie zu psychodynamischer Psychotherapie, die vom Berufsverband analytische Kinder- und Jugend-psychotherapie finanziert wird	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Selbständig	Selbständig	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	LMU München; Deutsches Jugendinstitut München	Nein

Anmerkungen: * von dieser Fachgesellschaft oder Berufsgruppe als Vertretung entsandt. AGNP: Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie. BAG KJPP: Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. BKJPP: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. Bptk: Bundespsychotherapeutenkammer. BvPPF: Bundesverband psychoanalytischer Paar- und Familientherapeuten. DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. DGPs: Deutsche Gesellschaft für Psychologie. VAKJP: Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland.

(2) Konsentierungsgremium

Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen Registernr: 028 - 043					
		<i>Aberl</i>	<i>Ahle</i>	<i>Bonnländer</i>	<i>Caby</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Beratervertrag ADHS für die Firma Lilly
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DKPM** DGKJP	BVKJ (1)*	DGKT* DFKGT	DGSF* BAG KJPP BKJPP DGKJP
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Mitarbeit am Aufbaustudium Bildnerisches Gestalten und Therapie	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Seit 01.01.2012 TU München, Klinikum rechts der Isar, Kinder- und Jugendpsychosomatik; vorher Katholische Jugendfürsorge Augsburg	Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung der Universität Potsdam	Akademie der Bildenden Künste München	Marienkrankenhaus Pappenburg-Aschendorf GmbH

Anmerkungen: * von dieser Fachgesellschaft oder Berufsgruppe als Vertretung entsandt. **Zweite Vertretung, falls erste Vertretung verhindert. BAG KJPP: Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. BKJPP: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. BVKJ (1): Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. DFKGT: Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V. DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. DGKT: Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapien e.V. DKPM: Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin. DGSF: Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie.

Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne					
Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen					
Registernr: 028 - 043					
		<i>Degener</i>	<i>Fischer</i>	<i>Groen</i>	<i>Ihle</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittel-industrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Unklar: Anteile von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft an fondgebundenen Versicherungen	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Deutscher Hausärzteverband e.V. DEGAM	BVKJ (2)* DGKJ VPK	DGPs** BPtK DGPPN DGVT DVT IVAH	DGPs* BVKJ (1)
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Psychotherapeut Fachkunde Verhaltenstherapie, Dozent und Supervisor in der Aus- und Weiterbildung von Kinder- und Jugend-psychotherapeuten an versch. staatl. aner. Instituten für Verhaltenstherapie	Leiter einer staatl. aner. Ausbildungs-stätte für Kinder- und Jugend-lichen-psycho-therapie (SP: Verhaltens-therapie)
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Selbständig (Altenberge)	Selbständig (Hamburg)	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg	Universität Potsdam

Anmerkungen: * von dieser Fachgesellschaft oder Berufsgruppe als Vertretung entsandt. **Zweite Vertretung, falls erste Vertretung verhindert. BPtK: Bundespsychotherapeutenkammer. BVKJ (1): Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. BVKJ (2): Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DGKJ: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. DGPs: Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. DGVT: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. DVT: Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. IVAH: Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg. VPK: Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte.

Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen Registernr: 028 - 043							
		Löw	Lucas	Mannheim- Rouzeaud	Merod	Möhrmann	Neiser
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Universität Witten-Herdecke, Fakultät für Gesundheit	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Heiligenfeld Akademie, Bad Kissingen, 3M-Cibait GmbH	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Fa. TAXXOS, Braunschweig	Unklar: Anteile von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft an Aktienfonds	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DFT* DGPM*	DGKJ* AGPPS DGKJP DGSPJ	BDP**	DGVT*	BAPk*	BDP*
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Universität Regensburg	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Lübeck	Selbständig (Karlsruhe)	Selbständig (Bad Tölz)	Keine Angabe	Selbständig (Eppelborn)

Anmerkungen: * von dieser Fachgesellschaft oder Berufsgruppe als Vertretung entsandt. **Zweite Vertretung, falls erste Vertretung verhindert. AGPPS: Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. BAPk: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. BDP: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. DGPM: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. DGSPJ: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. DGVT: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen Registernr: 028 - 043						
		<i>Pitzer</i>	<i>Raupp</i>	<i>Röpke</i>	<i>Sartorius</i>	<i>Schüle</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Finanzielle Zuwendung für eine Quetiapin-Studie von AstraZeneca
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Aktien der Sygnis Pharma AG (Wert < 1000 €)	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	Nein	VAKJP*	BVVP*	DGPPN** AGNP
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	AKdÄ** BAG KJPP DGKJP	DGSPJ* BAG KJPP BVKJ (1?)	Siehe Punkt 7	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Nein	Nein	Selbständig (München)	Selbständig (Darmstadt)	Klinikum der Universität München

Anmerkungen: * von dieser Fachgesellschaft oder Berufsgruppe als Vertretung entsandt. **Zweite Vertretung, falls erste Vertretung verhindert. AGNP: Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie. AKdÄ: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. BAG KJPP: Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. BVKJ (1): Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. DGKJP: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. DGSPJ: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne						
Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen						
Registernr: 028 - 043						
		<i>Schneider</i>	<i>Staroszyński</i>	<i>Stolp</i>	<i>von der Heyde</i>	<i>Willhauck-Fojkar</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Astra-Zeneca Stiftungsprof essur 2005-2010	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DGPPN*	BAG KT* Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie	DGVT**	bkj*	DPTV* BVKJ (1) DGVT
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	RWTH Aachen und Universitätsklinikum Aachen	Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen	Selbständig (München), Honorarkraft der DGVT München	Heckscher- Klinikum gGmbH München	Selbständig (Mannheim)

Anmerkungen: * von dieser Fachgesellschaft oder Berufsgruppe als Vertretung entsandt. **Zweite Vertretung, falls erste Vertretung verhindert. BAG KT: Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien. bkj: Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. BVKJ (1): Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. DGVT: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. DPTV: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Mitglieder der Leitliniengruppe	8
Tabelle 2. Datenbanken und Strategien für die Suche nach vorhandenen Leitlinien.....	14
Tabelle 3. Ergebnisse der Suche nach vorhandenen Leitlinien	15
Tabelle 4. Bewertung der gefundenen Leitlinien nach DELBI.....	16
Tabelle 5. Ergebnisse der Suche nach systematischen Reviews.....	17
Tabelle 6. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zum Interventionssetting.....	18
Tabelle 7. Ergebnisse der Suche nach Beobachtungsstudien zum Interventionssetting	18
Tabelle 8. Ergebnisse der Suche nach ökonomischen Studien zum Interventionssetting	18
Tabelle 9. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen im deutschsprachigen Raum.....	19
Tabelle 10. Ergebnisse der Suche nach Beobachtungsstudien zu psychotherapeutischen Ansätzen im deutschsprachigen Raum.....	19
Tabelle 11. Ergebnisse der Suche nach ökonomischen Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen im deutschsprachigen Raum.....	19
Tabelle 12. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Psychotherapie mit Einbezug der Eltern.....	20
Tabelle 13. Ergebnisse der Suche nach ökonomischen Studien zu Psychotherapie mit Einbezug der Eltern	20
Tabelle 14. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Psychotherapie seit 2005	20
Tabelle 15. Ergebnisse der Suche nach Beobachtungsstudien zu psychodynamischer Psychotherapie.....	21
Tabelle 16. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Johanniskraut	21
Tabelle 17. Ergebnisse der Suche nach Beobachtungsstudien zu Johanniskraut.....	22
Tabelle 18. Ergebnisse der Suche nach ökonomischen Studien zu Johanniskraut.....	22
Tabelle 19. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Lithium und Carbamazepin	22
Tabelle 20. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Pharmakotherapie seit 2005	23
Tabelle 21. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Elektrokonvulsionstherapie	23
Tabelle 22. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Biblio- und computergestützter Therapie	24
Tabelle 23. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Jugendhilfemaßnahmen.....	24
Tabelle 24. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Entspannung.....	24
Tabelle 25. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Ergotherapie.....	25
Tabelle 26. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Kunsttherapie	25
Tabelle 27. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Lichttherapie.....	25
Tabelle 28. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Massage.....	26
Tabelle 29. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Musiktherapie	26
Tabelle 30. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu Omega-3-Fettsäuren	26
Tabelle 31. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Schlafdeprivation.....	27
Tabelle 32. Ergebnisse der Suche nach kontrollierten Studien zu sportlicher Aktivität.....	27
Tabelle 33. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Transkranieller Magnetstimulation	27
Tabelle 34. Ergebnisse der Suche nach Studien zu Vagusnervstimulation	28
Tabelle 35. Ergebnisse der Suche nach unveröffentlichten Studien.....	28
Tabelle 36. Evidenzgrade des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine [24] und zugeordnete Empfehlungsgrade	33

Literatur

1. WHO. *Depression*. 2012 Retrieved 21.08.2012 from http://www.who.int/mental_health/management/depression/.
2. Weissman, M.M., et al., *Depressed Adolescents Grown Up*. JAMA, 1999. **281**(18): p. 1707-1713.
3. Jonsson, U., et al., *Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample*. J Affect Disord, 2011. **130**(3): p. 395-404.
4. Essau, C.A., *Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders*. *Depress Anxiety*, 2005. **22**(3): p. 130-7.
5. Costello, E.J., A. Erkanli, and A. Angold, *Is there an epidemic of child or adolescent depression?* J Child Psychol Psc, 2006. **47**(12): p. 1263-1271.
6. Brooks, S.J. and S. Kutcher, *Diagnosis and Measurement of Adolescent Depression: A Review of Commonly Utilized Instruments*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2001. **11**(4): p. 341-376.
7. Klein, D.N., L.R. Dougherty, and T.M. Olino, *Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2005. **34**(3): p. 412-32.
8. Schiller, Y. and G. Schulte-Körne, *Wirksamkeit universeller und selektiver Prävention von Depression im Kindes- und Jugendalter - Ein systematischer Review*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 2012. **40**(6): p. 385-396.
9. Frank, E., et al., *Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence*. Arch Gen Psychiatry, 1991. **48**(9): p. 851-5.
10. Birmaher, B., et al., *Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder*. Arch Gen Psychiatry, 2000. **57**(1): p. 29-36.
11. Emslie, G.J., et al., *Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment*. *Depress Anxiety*, 1998. **7**(1): p. 32-9.
12. AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)*, 2008, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ): Düsseldorf/ Berlin.
13. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, *Depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störungen (F32, F33) Anhaltende affektive Störungen (F34)*, in *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2007*, Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Deutscher Ärzte Verlag.
14. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft *Depression. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft*. 2006. **2.Auflage**, 41.
15. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. **46**(11): p. 1503-1526.
16. National Collaborating Centre for Mental Health, *Depression in Children and Young People. Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*, in *National Clinical Practice Guideline Number 282005*, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists: London.
17. Anderson, I.M., et al., *Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines*. J Psychopharmacol, 2008. **22**(4): p. 343-396.
18. Zuckerbrot, R.A., et al., *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management*. Pediatrics, 2007. **120**(5): p. e1299-312.
19. Cheung, A.H., et al., *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management*. Pediatrics, 2007. **120**(5): p. e1313-26.
20. New Zealand Guidelines Group; Ministry of Health, *Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care; Evidence-based Best Practice Guideline*, 2008, Ministry of Health: Wellington.
21. US Preventive Services Task Force, *Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. Pediatrics, 2009. **123**: p. 1223-1228.
22. Kölch, M. and J.M. Fegert, *Medikamentöse Therapie der Depression bei Kindern und Jugendlichen*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2007. **56**(3): p. 224-233.
23. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence Working Group. *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. 2011 Retrieved 19.09.2011 from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
24. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach §11 PsychThG. Version 2.8*. 2010 Retrieved 11.12.2012 from <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78>.
25. Prior, M., M. Guerin, and K. Grimmer-Somers, *The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings*. J Eval Clin Pract, 2008. **14**(5): p. 888-97.
26. Francke, A.L., et al., *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review*. BMC Med Inform Decis Mak, 2008. **8**: p. 38.
27. Grol, R. and J. Grimshaw, *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. Lancet, 2003. **362**(9391): p. 1225-30.
28. Cabana, M.D., J.L. Rushton, and A.J. Rush, *Implementing practice guidelines for depression: applying a new framework to an old problem*. Gen Hosp Psychiatry, 2002. **24**(1): p. 35-42.