

Hintergrundinformationen

Übersicht über Therapie- und Übermedikationsrisiken

Die im Medikationstool verwendeten Indikatoren basieren auf den Ergebnissen eines Expertenkonsils, dass in einem Konsensverfahren 62 Kriterien an Therapierisiken und Übermedikation festgelegt, die darauf hinweisen, wann der Einsatz von Antidepressiva möglicherweise überdacht werden sollte. Das Paper, in dem die Ergebnisse veröffentlicht wurden, ist kostenlos verfügbar:

Brisnik, V., Vukas, J., Jung-Sievers, C. *et al.* Deprescribing of antidepressants: development of indicators of high-risk and overprescribing using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *BMC Med* **22**, 193 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03397-w>

Im Medikationstool werden die folgenden 45 der 62 entwickelten Kriterien verwendet:

Therapierisiken

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei Herzinsuffizienz

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei Herzinsuffizienz

Verordnete SNRI oder TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Tranylcypromin - und der/die Patient:in hat eine Vorgeschichte von chronischer Herzinsuffizienz.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei chronischer Herzinsuffizienz ist die Anwendung bestimmter Antidepressiva – insbesondere *trizyklischer Antidepressiva (TZA)*, *Tranylcypromin* und *Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmemhemmer (SNRI)* – mit potenziell erhöhten kardiovaskulären Risiken verbunden. Eine sorgfältige individuelle Prüfung der Indikation ist angezeigt.

Was ist bekannt?

TZA sind mit einem erhöhten Risiko für Myokardinfarkt, Erregungsleitungsstörungen, orthostatische Hypotonie und Tachykardie assoziiert – Faktoren, die bei vorbestehender Herzinsuffizienz besonders relevant sein können. Für *Tranylcypromin* ist beschrieben, dass es über eine gestörte Noradrenalinregulation zu orthostatischer Hypotonie und – insbesondere bei Interaktionen oder Diätfehlern – zu hypertensiven Krisen führen kann. Auch *SNRI* können zu Blutdrucksteigerungen

beitragen. Die kardiovaskulären Auswirkungen dieser Substanzen auf vorgeschädigtes Myokard sind bislang nicht systematisch untersucht. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung.

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei ischämischer Herzerkrankung

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei ischämischer Herzerkrankung

Verordnete TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) - und der/die Patient:in hat eine ischämische Herzerkrankung in der Vorgeschichte.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Patient:innen mit ischämischer Herzerkrankung ist die Anwendung bestimmter Antidepressiva mit erhöhtem kardialen Risiko verbunden. Eine individuelle und sorgfältige Indikationsprüfung ist angezeigt.

Was ist bekannt?

Trizyklische Antidepressiva werden aufgrund ihrer kardialen Nebenwirkungen bei Patient:innen mit ischämischer Herzerkrankung in der Regel nicht empfohlen. Sie können zu Herzrhythmusstörungen, Überleitungsstörungen bis hin zu Herzstillstand führen.

Risiko einer QT-Zeit Verlängerung

Risiko einer QT-Zeit Verlängerung

Täglich verordnetes Citalopram (Dosis > 20 mg/Tag) oder Escitalopram (Dosis > 10 mg/Tag) - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei älteren Patient:innen oder bei vorbestehender kardialer Vulnerabilität ist der Einsatz bestimmter SSRI mit besonderer Vorsicht zu prüfen. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung sollte sowohl vor Beginn als auch im Verlauf der Behandlung erfolgen.

Was ist bekannt?

Citalopram und *Escitalopram* sind mit einer dosisabhängigen Verlängerung des QT-Intervalls assoziiert. Für ältere Patient:innen wird eine maximale Tagesdosis von 20 mg für *Citalopram* bzw. 10 mg für *Escitalopram* empfohlen.

Risiko einer QT-Zeit Verlängerung

Verordnetes Citalopram oder Escitalopram - und der/die Patient:in hat ein Long-QT-Syndrom oder ist gefährdet für ein Long-QT-Syndrom (z. B. durch (fortgeschrittene) chronische Herzinsuffizienz, ischämische Herzerkrankung, Myokardhypertrophie, Brady-arrhythmien oder ein anhaltendes Risiko einer Hypokaliämie).

Verordnetes Citalopram, Escitalopram, TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) inkl. Maprotilin oder Mianserin – und ≥ 1 weiterer verordneter Arzneistoff mit Risiko für QT-Zeit-Verlängerung.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei bekannter QT-Intervall-Verlängerung oder Long-QT-Syndrom sowie bei erhöhter Anfälligkeit für ventrikuläre Arrhythmien ist der Einsatz bestimmter SSRI oder trizyklischer Antidepressiva mit Vorsicht zu prüfen. Dies gilt auch bei gleichzeitiger Anwendung weiterer QT-zeitverlängernder Substanzen. Eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt.

Was ist bekannt?

Citalopram und Escitalopram gelten als kontraindiziert bei Patient:innen mit bekannter QT-Intervall-Verlängerung oder angeborenem Long-QT-Syndrom. Ein erhöhtes Risiko für Torsade-de-Pointes-Tachykardien besteht unter anderem bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz, kürzlichem Myokardinfarkt, Bradyarrhythmien sowie bei Hypokaliämie oder Hypomagnesiämie. Die gleichzeitige Anwendung von Citalopram, Escitalopram oder trizyklischen Antidepressiva mit weiteren QT-zeitverlängernden Arzneimitteln kann das Risiko einer QT-Verlängerung zusätzlich erhöhen.

Klicke hier für für eine Liste der Arzneistoffe mit Risiko für QT-Zeit-Verlängerung.

Alternativ kann EKG-Monitoring durchgeführt werden: Klicke hier für für die Leitlinien-empfohlenen Verlaufskontrollen der Antidepressiva-Therapie.

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei Tachykardie

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei Tachykardie

Verordnete TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag), SNRI, Bupropion oder Tranylcypromin - und der/die Patient:in hat eine Tachykardie.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Patient:innen mit anhaltender, nicht erklärter Tachykardie sollte die Indikation für eine antidepressive Therapie sorgfältig geprüft werden. Eine Nutzen-Risiko-Abwägung ist insbesondere dann erforderlich, wenn andere Ursachen ausgeschlossen wurden.

Was ist bekannt?

Eine Tachykardie kann als potenzielle Nebenwirkung noradrenerg wirksamer Antidepressiva auftreten.

Risiko einer Bradykardie

Verordnetes Fluoxetin, Paroxetin oder Bupropion - und der/die Patient:in erhält gleichzeitig Metoprolol oder Propranolol.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei gleichzeitiger Anwendung gewisser Antidepressiva und bestimmter Betablocker ist auf mögliche pharmakokinetische Wechselwirkungen zu achten. Eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung sowie eine klinische Überwachung sind angezeigt, insbesondere bei Hinweisen auf Bradykardie.

Was ist bekannt?

Durch die Hemmung des Enzyms CYP2D6 kann es unter bestimmten Antidepressiva zu einem Anstieg der Wirkspiegel von Betablockern kommen. Dies kann das Risiko unerwünschter Wirkungen wie Bradykardie erhöhen.

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei Hypertonie

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei unkontrollierter Hypertonie

Verordnete TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag), SNRI, Bupropion oder Tranylcypromin - und der/die Patient:in hat eine Tachykardie.

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei schwer einstellbarer Hypertonie

Verordnete SNRI, TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag), Bupropion oder Tranylcypromin - und das Erreichen einer kontrollierten Hypertonie erfordert ≥ 3 antihypertensive Arzneistoffe.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Patient:innen mit unbehandelter oder unkontrollierter Hypertonie ist die potenzielle blutdrucksteigernde Wirkung bestimmter Antidepressiva zu berücksichtigen. Bei therapieresistenter Hypertonie sollte geprüft werden, ob Lebensstilfaktoren, Non-Adhärenz oder arzneimittelbedingte Ursachen – einschließlich der antidepressiven Medikation – zur Blutdruckerhöhung beitragen. Der Blutdruck sollte nach Behandlungsbeginn und nach Dosiserhöhungen regelmäßig kontrolliert werden.

Was ist bekannt?

Antidepressiva können mit einer Erhöhung des Blutdrucks einhergehen.

Unerwünschte Arzneimittelwirkung: Orthostatische Hypotonie/Schwindel

Verordnete TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Trazodon oder Tranylcypromin - und der/die Patient:in hat anhaltenden OH/Schwindel entwickelt.

Verordnete SSRI, SNRI oder Mirtazapin - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und hat anhaltenden OH/Schwindel.

Verordnete TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag), Trazodon oder Tranylcypromin - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und erhält ≥ 1 weiteren Arzneistoff mit blutdrucksenkender Wirkung.

Verordnete SSRI, SNRI oder Mirtazapin - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und erhält ≥ 2 weitere Arzneistoffe mit blutdrucksenkender Wirkung.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei älteren Patient:innen, bei Neigung zu orthostatischer Hypotonie oder bei gleichzeitiger Einnahme blutdrucksenkender Medikamente ist das Risiko orthostatischer Kreislaufreaktionen unter antidepressiver Therapie besonders sorgfältig zu prüfen. Eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt, um schwerwiegende Komplikationen wie Stürze oder Synkopen zu vermeiden.

Was ist bekannt?

Antidepressiva sind mit einem erhöhten Risiko für orthostatische Hypotonie und Schwindel verbunden – insbesondere zu Beginn der Behandlung und bei Dosiserhöhungen. Diese Effekte können durch Alter, Komedikation oder kardiovaskuläre Vorerkrankungen verstärkt werden.

Klicke hier für für eine Liste der Arzneistoffe mit blutdrucksenkender Wirkung.

Sturzrisiken

Altersbedingtes Sturzrisiko

Verordnetes Antidepressivum - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und erhält ≥ 1 weiteren sturzrisikoerhöhenden Arzneistoff.

Risiko eines erneuten Sturzes

Verordnetes Antidepressivum - und der/die Patient:in hat eine Vorgeschichte von Stürzen.

Sturzrisiko bei kognitiver Beeinträchtigung

Verordnetes Antidepressivum - und der/die Patient:in hat eine kognitive Beeinträchtigung oder Demenz.

Sturzrisiko nach Schlaganfall

Verordnetes Antidepressivum - und der/die Patient:in hatte einen Schlaganfall in der Vorgeschichte und erhält ≥ 1 weiteren sturzrisikoerhöhenden Arzneistoff.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei älteren Patient:innen oder bei Vorliegen zusätzlicher Risikofaktoren sollte das potenzielle Sturzrisiko unter antidepressiver Therapie individuell geprüft werden – insbesondere bei gleichzeitiger Einnahme weiterer sturzrisikoerhöhender Arzneimittel (FRIDs). Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt.

Was ist bekannt?

Antidepressiva zählen zu den FRIDs und können das Risiko für Stürze erhöhen. Dies gilt insbesondere bei gleichzeitiger Anwendung anderer FRIDs sowie bei bestehenden Risikofaktoren wie kognitiven Beeinträchtigungen, Demenz, vorausgegangenem Schlaganfall oder Sturzvorgeschichte.

Klicke hier für für eine Liste der FRIDs.

Risiko einer kognitiven Beeinträchtigung inkl. Delir

Risiko einer kognitiven Beeinträchtigung

Verordnetes anticholinerges Antidepressivum Opipramol oder andere TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Paroxetin - und der/die Patient:in hat eine kognitive Beeinträchtigung oder Demenz.

Risiko eines erneuten Delirs

Verordnetes anticholinerges Antidepressivum Opipramol oder andere TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Paroxetin - und der/die Patient:in hatte ein Delirium in der Vorgeschichte und erhält ≥ 1 weiteren potenziell deliriumauslösenden Arzneistoff.

Risiko eines Delirs

Verordnetes anticholinerges Antidepressivum Opipramol oder andere TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Paroxetin - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und erhält ≥ 2 weitere potenziell deliriumauslösende Arzneistoffe.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Patient:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen, höherem Alter oder Delirrisiko ist der Einsatz anticholinergischer Antidepressiva kritisch zu prüfen. Eine sorgfältige Abwägung potenzieller Nebenwirkungen gegenüber dem Nutzen der Therapie ist insbesondere bei bestehender Multimedikation angezeigt.

Was ist bekannt?

Anticholinerge Antidepressiva weisen ein ungünstiges Sicherheitsprofil auf, vor allem bei Patient:innen mit Demenz oder Delir. Das Risiko anticholinergischer Nebenwirkungen steigt bei Risikofaktoren wie kognitiver Beeinträchtigung, fortgeschrittenem Alter, Deliranamnese oder der Einnahme weiterer potenziell delirfördernder Arzneimittel.

Klicke hier für eine Liste der Arzneistoffe mit anticholinergen Eigenschaften.

Risiko eines Serotonin-Syndroms

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei Tachykardie

Verordnetes Tranylcypromin - und der/die Patient:in erhält ≥ 1 weiteren serotonergen Arzneistoff.

Verordnete SSRI, SNRI oder TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) - und der/die Patient:in erhält gleichzeitig ≥ 2 weitere serotonerge Arzneistoffe außer Tranylcypromin.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei gleichzeitiger Anwendung mehrerer serotonerg wirksamer Arzneimittel sollte das potenzielle Risiko eines Serotonin-Syndroms bedacht werden. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt, insbesondere bei höheren Dosierungen oder vulnerablen Patient:innen.

Was ist bekannt?

Die Kombination mehrerer serotonerg wirksamer Arzneimittel kann – wenngleich selten – zur Auslösung eines Serotonin-Syndroms führen. Dieses gilt als potenziell schwerwiegende Nebenwirkung bzw. toxische Reaktion. Eine Dosierung im unteren therapeutischen Bereich kann das Risiko senken.

Klicke hier für eine Liste der Arzneistoffe mit serotonergen Eigenschaften.

Risiko einer gastrointestinalen Blutung

Risiko einer gastrointestinalen Blutung

Verordnete SSRI oder SNRI - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und erhält ≥ 1 Thrombozytenaggregationshemmer, Antikoagulanz oder NSAR ohne zusätzlichen medikamentösen GI-Schutz.

Verordnete SSRI oder SNRI - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und erhält ≥ 2 Thrombozytenaggregationshemmer, Antikoagulanzen, NSAID. (unabhängig von medikamentösem GI-Schutz).

Risiko einer gastrointestinalen Blutung durch prädispositionelle Faktoren

Verordnete SSRI oder SNRI - und der/die Patient:in hat mindestens einen Risikofaktor für GI-Blutungen (Anamnese eines peptischen Ulkus, Vorgeschichte von GI-Blutungen oder Hämophilie) und bekommt ≥ 1 Thrombozytenaggregationshemmer, Antikoagulanz oder NSAR (unabhängig von medikamentösem GI-Schutz).

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei gleichzeitiger Anwendung von SSRI oder SNRI mit gerinnungshemmenden Substanzen ist auf

eine mögliche erhöhte Blutungsneigung zu achten. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung ist insbesondere bei älteren Patient:innen oder bei anamnestisch bekannten Blutungen angezeigt.

Was ist bekannt?

SSRI und SNRI können in Kombination mit Antikoagulanzen oder Thrombozytenaggregationshemmern das Blutungsrisiko erhöhen. Dies betrifft insbesondere Risikopatient:innen mit vorausgegangenem Blutungen. Der Einsatz von Protonenpumpenhemmern kann das Risiko gastrointestinaler Blutungen reduzieren, bietet jedoch keinen vollständigen Schutz hiervon und schützt nicht vor möglichen Blutungen außerhalb des GI-Traktes.

Risiko einer Blutung

Risiko einer Blutung

Verordnete SSRI - und der/die Patient:in hat eine nicht-gastrointestinale Blutung in der Vorgeschichte erlitten oder hat mindestens einen Risikofaktor für intrakranielle Blutungen (Alter ≥ 65 Jahre, Schlaganfall in der Vorgeschichte, Demenz in der Vorgeschichte) - und erhält ≥ 1 Antikoagulanzen oder Thrombozytenaggregationshemmer.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei gleichzeitiger Anwendung von SSRI und gerinnungshemmenden Substanzen ist insbesondere bei Risikopatient:innen mit Blutungsanamnese oder weiterer medikamentöser Einflussnahme auf die Hämostase eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung angezeigt.

Was ist bekannt?

SSRI können in Kombination mit Antikoagulanzen oder Thrombozytenaggregationshemmern zu einer erhöhten Blutungsneigung führen. Besonders gefährdet sind ältere Patient:innen sowie Personen mit bekannten Blutungen oder Komedikation, die die Thrombozytenfunktion beeinflusst. Der Einsatz von Protonenpumpenhemmern kann das Risiko gastrointestinaler Blutungen reduzieren, bietet jedoch keinen vollständigen Schutz hiervon und schützt nicht vor möglichen Blutungen außerhalb des GI-Traktes.

Unerwünschte Arzneimittelwirkung: Obstipation

Unerwünschte Arzneimittelwirkung: Obstipation

Verordnetes anticholinerges Antidepressivum Opipramol oder andere TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Paroxetin - und der/die Patient:in leidet unter anhaltender Verstopfung.

Verordnetes anticholinerges Antidepressivum Opipramol oder andere TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Paroxetin - und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und erhält ≥ 2 weitere Arzneistoffe mit bekanntermaßen verstopfungsauslösender Wirkung.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei älteren Patient:innen oder bei bestehender Obstipation kann die Anwendung *anticholinerger Antidepressiva* das Risiko einer weiteren gastrointestinalen Motilitätsstörung erhöhen. Eine Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt, insbesondere bei zusätzlicher obstipationsfördernder Medikation.

Was ist bekannt?

Anticholinerge Antidepressiva können zu einer klinisch relevanten Verschlechterung der Darmmotilität führen. Das Risiko steigt bei gleichzeitiger Einnahme weiterer obstipationsfördernder Substanzen wie *Opioiden*, *Calciumantagonisten* oder anderen *Anticholinergika*. Unterstützende Maßnahmen wie Flüssigkeitszufuhr, Bewegung oder Laxanzien können begleitend sinnvoll sein. [Klicke hier für eine Liste der Arzneistoffe mit verstopfungsauslösender Wirkung.](#)

Risiko einer Hyponatriämie

Risiko einer Hyponatriämie

Verordnetes Antidepressivum - und der/die Patient:in hat unter der Behandlung eine Hyponatriämie (<130 mmol/l) entwickelt, ohne mit einem Diuretikum behandelt zu werden.

Verordnete SSRI oder SNRI – und der/die Patient:in ist ≥ 65 Jahre alt und erhält ≥ 2 Arzneistoffe mit Hyponatriämie-Risiko.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Patient:innen mit bestehender oder potenzieller Hyponatriämie ist unter antidepressiver Therapie besondere Vorsicht geboten. Eine regelmäßige Kontrolle der Serumnatriumwerte kann sinnvoll sein. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt.

Was ist bekannt?

Eine antidepressivassoziierte Hyponatriämie kann insbesondere bei Risikofaktoren wie höherem Alter, Diuretika-Einnahme oder gleichzeitiger Anwendung weiterer hyponatriämieassoziiierter Substanzen auftreten. Das Risiko steigt bei vulnerablen Patientengruppen und unterliegt einer interindividuellen Variabilität.

[Klicke hier für eine Liste der Arzneistoffe, die mit Hyponatriämie in Verbindung gebracht werden.](#)

Risiko einer Leberschädigung

Risiko einer Leberschädigung

Verordnetes Agomelatin - und der/die Patient:in hat unter der Behandlung erhöhte Serumtransaminasewerte (>3-fache des oberen Normbereichs) entwickelt.

Verordnetes Agomelatin - und der/die Patient:in hat eine beeinträchtigte Leberfunktion (d.h. Zirrhose oder aktive Lebererkrankung).

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Patient:innen mit eingeschränkter Leberfunktion ist die Anwendung von Agomelatin kritisch zu prüfen. Eine Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt, insbesondere bei anamnestischen oder laborchemischen Hinweisen auf eine mögliche Leberschädigung.

Was ist bekannt?

Für Agomelatin bestehen Anwendungseinschränkungen bei Leberzirrhose, aktiven Lebererkrankungen oder Transaminasenwerten, die das 3-Fache des oberen Normbereichs überschreiten. Klinisch relevante Zeichen einer möglichen Leberschädigung umfassen unter anderem dunklen Urin, hellen Stuhl, Ikterus, rechtsseitige Oberbauchschmerzen oder unerklärliche Müdigkeit.

Risiko eines (erneuten) Harnverhaltes

Risiko eines (erneuten) Harnverhaltes

Verordnetes anticholinerges Antidepressivum Opipramol oder andere TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Paroxetin - und der/die Patient:in hat eine Vorgeschichte von Blasenentleerungsstörungen (z. B. Harnverhalt oder benigne Prostatahyperplasie) oder hat unter der Behandlung einen Harnverhalt entwickelt.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Patient:innen mit Harnverhalt in der Anamnese oder mit urologischen Risikofaktoren – etwa Prostatahyperplasie – sollte der Einsatz anticholinergischer Antidepressiva sorgfältig geprüft werden. Eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt.

Was ist bekannt?

Anticholinerge Antidepressiva können die Wahrscheinlichkeit urologischer Komplikationen erhöhen, insbesondere bei prädisponierten Patient:innen. Das Risiko betrifft vor allem Personen mit bestehender Blasenentleerungsstörung oder strukturellen urogenitalen Veränderungen.

Risiko eines (erneuten) Engwinkelglaukoms

Risiko eines (erneuten) Engwinkelglaukoms

Verordnetes anticholinerges Antidepressivum Opipramol oder andere TCA (Dosis ≥ 50 mg/Tag) oder Paroxetin - und der/die Patient:in hatte ein Engwinkelglaukom in der Vorgeschichte oder hat unter der Behandlung ein Engwinkelglaukom entwickelt.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Patient:innen mit Engwinkelglaukom in der Anamnese ist die Anwendung anticholinergere Antidepressiva mit Vorsicht zu prüfen. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung ist angezeigt, um das Risiko eines Rezidivs zu minimieren.

Was ist bekannt?

Anticholinergere Antidepressiva können bei entsprechender Prädisposition das Risiko für ein erneutes Engwinkelglaukom erhöhen. Besonders gefährdet sind Patient:innen mit bekannter okulärer Engstellung oder Glaukomanamnese.

Unerwünschte Arzneimittelwirkung: Insomnie/Unruhe

Unerwünschte Arzneimittelwirkung: Insomnie/Unruhe

Verordnete SSRI, SNRI, MAOI oder Bupropion - und der/die Patient:in leidet unter anhaltenden Schlafstörungen (z. B. Schlaflosigkeit, restless legs-Syndrom) oder Unruhe.

Empfehlung:**Was sollte bedacht werden?**

Bei Einsatz *antriebssteigernder Antidepressiva* ist insbesondere zu Beginn der Behandlung auf mögliche aktivierende Nebenwirkungen zu achten. Bei anhaltender Symptomatik sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

Was ist bekannt?

Antriebssteigernde Antidepressiva können in der initialen Behandlungsphase unerwünschte Wirkungen wie Schlafstörungen oder Agitiertheit auslösen. Diese Effekte sind häufig dosisabhängig und interindividuell unterschiedlich ausgeprägt.

Unerwünschte Arzneimittelwirkung: sexuelle Funktionsstörungen

Unerwünschte Arzneimittelwirkung: sexuelle Funktionsstörungen

Verordnete SSRI oder SNRI - und der/die Patient:in hat eine sexuelle Funktionsstörung entwickelt.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Auftreten sexueller Funktionsstörungen unter antidepressiver Therapie sollte das individuelle Beschwerdebild unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz sorgfältig bewertet werden. Eine Nutzen-Risiko-Abwägung kann gegebenenfalls die Grundlage für einen Wirkstoffwechsel bilden.

Was ist bekannt?

Sexuelle Funktionsstörungen können sowohl als Symptom der Depression als auch als Nebenwirkung der Medikation auftreten. Die Ausprägung ist individuell unterschiedlich und kann die Lebensqualität wesentlich beeinträchtigen. In Einzelfällen kann ein Wechsel des Antidepressivums erwogen werden.

Übermedikationsrisiken

Therapiekontrolle

Die Therapiekontrolle stellt kein Risiko im eigentlichen Sinne dar, sondern bietet auf Grundlage der Eingaben ein kurzes Update zur Antidepressiva-Therapie.

Risiko unerwünschter kardiovaskulärer Wirkungen bei Tachykardie

Unter der Antidepressiva-Therapie liegt der PHQ8-Wert zu diesem Zeitpunkt bei X (*aktueller durch den Patienten per App ermittelter PHQ8-Wert wird angegeben*); das entspricht einer leichten/ mittleren/ schweren (*je nach Wert*) Depressionssymptomatik. Es besteht zu diesem Zeitpunkt eine / keine (*je nach Eingabe*) klinisch relevante Verbesserung der Symptomatik

Empfehlung:

Bei ausbleibender Symptomverbesserung kann nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung sowie unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufs – einschließlich einer Ursachenevaluation unter anderem von Diagnose, Medikation, Wechselwirkungen und Adhärenz – eine Anpassung der Antidepressiva-Therapie in Erwägung gezogen werden. Mögliche Maßnahmen wären beispielsweise Augmentation, ein Wechsel des Medikaments oder bei milden und moderaten Depressionen auch eine Umstellung auf Psychotherapie.

Klicke hier für die Leitlinien-Abbildung zum Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie.

Potenzielle Übermedikation in der Depressionsbehandlung

Potenzielle Übermedikation in der Depressionsbehandlung

Verordnung von einem Antidepressivum als Monotherapie für ≥ 4 Wochen bei einem Patient:innenalter von < 65 Jahren - ohne klinisch relevante Symptomverbesserung (lt. Angabe in Analyse).

Verordnung von einem Antidepressivum als Monotherapie für ≥ 6 Wochen bei einem Patient:innenalter von ≥ 65 Jahren - ohne klinisch relevante Symptomverbesserung (lt. Angabe in Analyse).

Empfehlung:

Bei ausbleibender Symptomverbesserung kann nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung sowie unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufs – einschließlich einer Ursachenevaluation unter anderem von Diagnose, Medikation, Wechselwirkungen und Adhärenz – eine Anpassung der Antidepressiva-Therapie in Erwägung gezogen werden. Mögliche Maßnahmen wären beispielsweise Augmentation, ein Wechsel des Medikaments oder bei milden und moderaten Depressionen auch eine Umstellung auf Psychotherapie.

Klicke hier für die Leitlinien-Abbildung zum Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie.

Potenzielle Übermedikation bei Antidepressiva-Kombinationen

Potenzielle Übermedikation bei Antidepressiva-Kombinationen

Verordnung von mind. zwei Antidepressiva - und keines davon Mirtazapin, Trazodon oder Mianserin.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Bei Einsatz einer Kombinationstherapie mit mehreren antidepressiv oder antipsychotisch wirksamen Substanzen ist eine regelmäßige Nutzen-Risiko-Überprüfung angezeigt – insbesondere im Rahmen einer längerfristigen Behandlung oder bei vulnerablen Patient:innen.

Was ist bekannt?

In Studien zeigte die Kombination eines Antidepressivums mit Mirtazapin, Trazodon, Mianserin oder Antipsychotika eine stärkere Verbesserung der depressiven Symptomatik als andere Kombinationen. Klicke hier für genauere Informationen zu Kombinationen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie.

Potenzielle Übermedikation bei der Behandlung einer Depression mit Angststörung

Potenzielle Übermedikation bei der Behandlung einer Depression mit Angststörung

Verordnung von mind. einem Antidepressivum zur Behandlung von Depression mit Angststörung seit ≥ 8 Wochen bei einem Patient:innenalter < 65 Jahre - ohne klinisch relevante Symptomverbesserung (lt. Angabe in Analyse).

Verordnung von mind. einem Antidepressivum zur Behandlung von Depression mit Angststörung seit ≥ 12 Wochen bei einem Patient:innenalter ≥ 65 Jahre - ohne klinisch relevante Symptomverbesserung (lt. Angabe in Analyse).

Empfehlung:

Bei ausbleibender Symptomverbesserung kann nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung sowie unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufs – einschließlich einer Ursachenevaluation unter anderem von Diagnose, Medikation, Wechselwirkungen und Adhärenz – eine Anpassung der Antidepressiva-Therapie in Erwägung gezogen werden. Mögliche Maßnahmen wären beispielsweise Augmentation, ein Wechsel des Medikaments oder bei milden und moderaten Depressionen auch eine Umstellung auf Psychotherapie.

Klicke hier für die Leitlinien-Abbildung zum Vorgehen bei Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie.

Potenzielle Übermedikation bei der Behandlung einer Depression mit Angststörung

Verordnung von mind. einem Antidepressivum zur Behandlung von Depressionen mit Angststörungen - und zusätzliche Verordnung eines Benzodiazepins seit >4 Wochen.

Empfehlung:

Was sollte bedacht werden?

Der Einsatz von Benzodiazepinen zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen sollte nur nach der Prüfung auf individuellen Nutzen und Risiko in Erwägung gezogen werden.

Was ist bekannt?

Eine Einnahmedauer >4 Wochen erhöht das Risiko von Gewöhnungseffekten und Abhängigkeit.