

# Beschluss



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 17. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression – Dokumentation)

Vom 15. August 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. August 2019 beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.06.2014 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt geändert:

Die laufende Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/ Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/chronischer Rückenschmerz/Depression“

II. Der Richtlinie werden folgende Anlagen 17 und 18 angefügt:

**„Anlage 17 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Depression**

**1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

### **1.1 Definition von Depressionen**

Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über mindestens zwei Wochen gekennzeichnet sind. Es können zusätzlich Symptome wie vermindertes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörungen, Schuldgefühle, Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, Angst, Nervosität und Unruhe, Suizidgedanken und unterschiedliche körperliche Beschwerden (zum Beispiel Appetitstörungen, Schlafstörungen, Schmerzen, Erschöpfung) auftreten. Diese Beschwerden sind nicht immer leicht zuzuordnen und können in ihrer Ausprägung, Kombination und im Verlauf sehr unterschiedlich sein. Bei den genannten psychischen und körperlichen

Symptomen handelt es sich um keine abschließende Aufzählung. Insbesondere in der hausärztlichen Praxis berichten betroffene Patientinnen und Patienten nicht spontan über typische depressive Symptome, sondern stellen sich häufig mit unspezifischen Beschwerden vor. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt und weisen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko auf.

Bei der Krankheitsentstehung können somatische, psychische sowie soziale und umweltbezogene Faktoren eine Rolle spielen. Für das Verständnis des individuellen Krankheitsbildes einer Depression sind die jeweiligen depressionsauslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren einzeln und in ihrem Zusammenwirken relevant.

Depressionen können als unipolare Störung oder im Rahmen bipolarer oder anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen auftreten. Unipolare Depressionen können einen episodischen oder chronischen Verlauf nehmen. Sie weisen unterschiedliche Schweregrade auf. Schwere Depressionen können auch mit psychotischen Symptomen einhergehen.

Depressionen können vollständig, unvollständig oder über längere Zeit gar nicht remittieren. Eine rezidivierende Depression liegt vor, wenn zwischen den depressiven Episoden eine Remission der Symptomatik erfolgt, die über mindestens zwei Monate, meist sehr viel länger stabil anhält.

Tritt eine depressive Episode im Rahmen einer bestehenden Dysthymie auf, spricht man von einer Double Depression. Hält eine depressive Episode länger als zwei Jahre ohne Besserung beziehungsweise Remission im Intervall an, spricht man von einer persistierenden depressiven Episode.

## 1.2 Hinreichende Diagnostik

In ein DMP Depression können Patientinnen und Patienten eingeschrieben werden, wenn sie eine gesicherte Diagnose einer unipolaren Depression mit mindestens mittelgradiger oder schwerer Schweregradausprägung ohne oder mit psychotischen Symptomen und persistierendem oder rezidivierendem Verlauf aufweisen. Die Bestimmung des Schweregrades soll auf der Grundlage des Vorliegens der nachfolgend genannten Haupt- und Zusatzsymptome erfolgen.

Voraussetzungen für die Einschreibung in das DMP Depression sind:

- a) das Vorliegen von mindestens zwei der drei im Folgenden genannten Hauptsymptome sowie mindestens drei der sieben genannten Zusatzsymptome

Hauptsymptome:

- Gedrückte, depressive Stimmung,
- Interessenverlust und Freudlosigkeit,
- Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung

Zusatzsymptome:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit,
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen,
- Schlafstörungen,
- verminderter Appetit

- b) bestehende depressive Symptomatik seit mindestens einem Jahr oder mindestens dritte Erkrankungsepisode
- c) die Diagnosesicherung einschließlich psychischer und somatischer Differenzialdiagnostik auf der Grundlage einer somatischen, biographischen und sozialen Anamnese und des psychopathologischen Befundes sowie der körperlichen Untersuchung einschließlich des neurologischen Status durch für diesen Bereich entsprechend qualifizierte Leistungserbringer. Neben den spezialisierten Leistungserbringern zählen hierzu auch die Hausärztinnen und Hausärzte, die in nicht eindeutigen Diagnosesituationen die Diagnosesicherung durch einen spezialisierten Leistungserbringer herbeiführen.

Für die Überprüfung der Einschreibevoraussetzungen können frühere diagnostische Befunde sowie die Dokumentation von Therapien und Verlauf berücksichtigt werden.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann. Vor diesem Hintergrund sind Patientinnen und Patienten mit organisch bedingten affektiven Störungen nicht Zielgruppe dieses DMP.

### **1.3 Therapieziele**

Die Therapieziele sind insbesondere:

- Verminderung der depressiven Symptomatik mit dem Ziel einer vollständigen Remission der Erkrankung
- Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung (Rezidiv)
- Verringerung der Mortalität, insbesondere von Suizidalität und komorbiden Erkrankungen
- Verbesserung der psychosozialen Fähigkeiten zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung
- Adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Es ist individuell zu prüfen, welche der oben genannten Zielsetzungen mit welcher Wertigkeit zu verfolgen sind.

### **1.4 Therapieplanung**

Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten soll auf der Grundlage einer umfassenden Anamnese und unter Berücksichtigung der Präferenz der Patientin oder des Patienten sowie insbesondere der nachstehenden Punkte eine individuelle Therapieplanung erfolgen:

- Schweregrad der Erkrankung (siehe Nummer 1.2) unter Einbeziehung einer eventuell vorliegenden Suizidalität,
- weitere klinische Faktoren wie Krankheits- und Behandlungsverlauf,
- psychische und somatische Komorbiditäten (einschließlich Suchterkrankungen) und
- psychosoziale Situation einschließlich der die Erkrankung verursachenden oder aufrechterhaltenden Faktoren.

Im Rahmen der Therapieplanung soll die Patientin oder der Patient aktiv über die Erkrankung, deren Verlauf, Behandlungsoptionen und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und

möglichen Risiken sowie über mögliche Eigenaktivitäten (zum Beispiel körperliche Aktivität) aufgeklärt werden. Bei der Aufklärung ist auf Stigmatisierungsängste einzugehen. Es sollte ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell vermittelt werden, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einem vorrangig somatischen Krankheitsverständnis.

Wird zur Unterstützung der Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt als sinnvoll erachtet, sollen diese evidenzbasiert sein.

Bei Beginn der Programmteilnahme sowie im weiteren Behandlungsverlauf (siehe Nummer 1.6) soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt bei jeder Patientin und jedem Patienten die Suizidalität aktiv und empathisch explorieren. Abgeschätzt werden soll dabei der aktuelle Leidens- und Handlungsdruck (Lebensüberdross, Todesgedanken, Suizidabsichten, Suizidpläne beziehungsweise Suizidversuche). Maßnahmen bei akuter Suizidalität sind unter Nummer 1.5.5 beschrieben.

Zur Unterstützung der Erfassung des Schweregrades der depressiven Erkrankung soll der „Gesundheitsfragebogen für Patienten - 9 (PHQ-9)“ eingesetzt werden, der PHQ-9 bildet eine Grundlage für das Arzt- und Patientengespräch.

Im Rahmen der Therapieplanung erstellt die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und bei Bedarf weiteren beteiligten Leistungserbringern einen Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen. Diese beziehen sich insbesondere sowohl auf die Behandlungskoordination, auf psychotherapeutische Verfahren, auf andere nicht-medikamentöse und auf medikamentöse Maßnahmen sowie auf Eigenaktivitäten wie Lebensstiländerung. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sollen Strategien für ein Krisenmanagement besprochen und bei Bedarf festgehalten werden.

In den Prozess der Therapieplanung können auch Angehörige oder Bezugspersonen unter Zustimmung der Patientin oder des Patienten einbezogen werden.

Auf die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Selbsthilfeverbände und die örtlichen Selbsthilfe-Kontaktstellen soll hingewiesen werden und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden. Entsprechende Kontaktadressen sollten, wenn gewünscht, zur Verfügung gestellt werden.

## **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

### **1.5.1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung**

Zur Verfügung stehen folgende Behandlungsmöglichkeiten:

- Psychotherapie (Nummer 1.5.2)
- medikamentöse Therapie (Nummer 1.5.3)
- Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie
- weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen (Nummer 1.5.4).

Die Wahl der Behandlungsverfahren und ihre Kombination richtet sich unter Berücksichtigung von Kontraindikationen insbesondere nach

- dem Schweregrad,
- dem Erkrankungsverlauf einschließlich der Dauer der depressiven Episode sowie
- dem Alter der Patientin oder des Patienten.

Die Erfahrung mit möglichen früheren Behandlungen und die Patientenpräferenz gegenüber einem Behandlungsverfahren sind zu berücksichtigen. Gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt entscheidet die Patientin oder der Patient über die Behandlung. Je nach Schweregrad und Erkrankungsverlauf werden folgende Maßnahmen im Rahmen dieses DMP empfohlen:

### **1.5.1.1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf**

- a) Bei einer mittelgradigen, persistierenden Depression ( $\leq 2$  Jahre) sollen entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige Alternativen angeboten werden.
- b) Bei einer  $> 2$  Jahre persistierenden Depression soll unabhängig vom Schweregrad vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Ist eine Kombinationsbehandlung nicht gewünscht oder möglich, sollten entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige Alternativen empfohlen werden.
- c) Bei einer schweren, persistierenden Depression soll vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung angeboten werden. Ist eine Kombinationsbehandlung nicht gewünscht oder möglich, sollten entweder eine alleinige medikamentöse oder eine alleinige psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.
- d) Bei einer rezidivierenden Depression ( $\geq 3$ . Episode, mittelgradig) sollen, abhängig von der (erfolgreichen) Behandlung früherer Episoden, entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige Alternativen angeboten werden.
- e) Bei einer rezidivierenden Depression ( $\geq 3$ . Episode, schwer) soll vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Ist die Kombinationsbehandlung nicht gewünscht oder möglich, sollten eine alleinige medikamentöse oder eine alleinige psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.
- f) Depressive Patientinnen und Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten. Dabei sollte eine Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Antipsychotika erwogen werden.
- g) Bei einer Double Depression soll entweder eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung oder eine alleinige medikamentöse Behandlung empfohlen werden.
- h) Tritt im Verlauf der Programmteilnahme eine depressive Episode mit leichtem Schweregrad auf, soll eine Psychotherapie empfohlen werden.

Bei pharmakotherapie-resistenter Depression sollte eine Psychotherapie angeboten werden.

### **1.5.1.2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin oder des Patienten**

Bei Depressionen im Lebensalter ab 65 Jahren soll Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie und bei schweren Formen sollte eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Geht die Depression mit leichten kognitiven Einschränkungen einher, sollte ebenfalls eine Psychotherapie, vorrangig als Einzeltherapie, angeboten werden.

Wenn sich die Depression durch die leitliniengerechte Umsetzung der unter Nummer 1.5.1.1 bis Nummer 1.5.1.2 genannten Maßnahmen nicht bessert, soll eine Überweisung zur entsprechend spezialisierten Leistungserbringerin oder zum entsprechend spezialisierten Leistungserbringer gemäß Nummer 1.7 zur Klärung des weiteren therapeutischen Vorgehens geprüft werden.

## **1.5.2 Psychotherapie**

Eine psychotherapeutische Behandlung stellt eine zentrale therapeutische Maßnahme bei depressiven Störungen dar. Es stehen gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (PT-RL) für die vertragsärztliche Versorgung verschiedene psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung, die als Einzel-, oder Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und

Gruppentherapie im Umfang einer Akut-, Kurzzeit- oder Langzeittherapie Einsatz finden können. Hiervon unberührt sind im Rahmen von Krankenhausbehandlung erbringbare Leistungen, die nicht dem Geltungsbereich der PT-RL unterliegen.

Bei der Einzeltherapie können zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einbezogen werden.

Vor Beginn einer Psychotherapie sollten folgende Aspekte geklärt werden:

- Ansprechen auf psychotherapeutische Behandlungen (in der Vergangenheit oder aktuell)
- Erfolgreiche Therapieversuche, Abbrüche (Gründe für eine vorzeitige Beendigung) und unerwünschte Wirkungen von Psychotherapie in der Vergangenheit
- Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen von Psychotherapie

Die Psychotherapie bei Depression kann, je nach gewähltem therapeutischem Verfahren, auf der Basis einer verlässlichen, schützenden und belastbaren therapeutischen Beziehung, insbesondere folgende Aspekte beinhalten:

- Psychoedukation und Erarbeitung eines Störungsmodells
- Identifikation relevanter Problembereiche und Ableitung von Therapiezielen
- Verhaltensaktivierung, Alltagsstrukturierung, Steigerung positiver Erfahrung, Abbau von Belastungen
- Bearbeitung zugrundeliegender unbewusster Motive und innerseelischer Konflikte und Strukturen
- Arbeit an Gedanken, Einstellungen, (Selbst-)Bewertungen, Verarbeitungsmustern, Schemata, lebensgeschichtlichen Prägungen
- Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten (sozialen) Kompetenzen, Genusssteigerung, Stressmanagement und Verbesserung der Fähigkeit zur Emotionsregulation
- Rückfallprophylaxe, Notfallplanung

Grundlage jeder Psychotherapie stellt die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung dar. Zur Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen probatorische Sitzungen insbesondere dem Aufbau der therapeutischen Beziehung und der Identifizierung des geeigneten Therapieverfahrens. Darüber hinaus dienen diese der Einschätzung der persönlichen Passung von Patient oder Patientin und Therapeut oder Therapeutin.

Vor Beginn soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, die Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Maßnahmen und die Behandlungsdauer sowie über mögliche Folgen eines Abbruchs der Psychotherapie informiert werden.

Bei Ansprechen auf die Psychotherapie soll zur Stabilisierung des Therapieerfolgs eine psychotherapeutische Weiterbehandlung (im Sinne einer Erhaltungstherapie) sowie zur Senkung des Rückfallrisikos eine Rezidivprophylaxe angeboten werden.

Es kann sinnvoll sein, bei einer Langzeittherapie diese Rezidivprophylaxe über einen längeren Zeitraum als niederfrequentes Therapieangebot durchzuführen.

In akuten Krisensituationen kann eine psychotherapeutische Akutbehandlung durchgeführt werden, um eine kurzfristige Symptomverbesserung zu erreichen und eine weitere Chronifizierung der psychischen Erkrankung zu vermeiden.

Mögliche Komorbiditäten der Depression sowie unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie sind im Blick zu behalten. So können neben der Symptomebene weitere Funktions- und Lebensbereiche einer Patientin oder eines Patienten tangiert sein, wie zum Beispiel

Partnerschaft, Arbeitsplatz, Freundschaften und Familie (zum Beispiel erhöhtes Konfliktpotential nach Förderung der Abgrenzungsfähigkeit).

### 1.5.3 Medikamentöse Therapie

Bei Eintritt in ein DMP Depressionen soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt die bisherige medikamentöse Behandlung der Depression erfassen. Folgende Aspekte sollten geklärt werden:

- Aktuelle Medikation einschließlich der Selbstmedikation
- Art und Dauer der medikamentösen Therapie zur Behandlung der Depression in der Vergangenheit
- Bisheriges Ansprechen und Nichtansprechen auf die Behandlung mit Antidepressiva und anderen relevanten Pharmaka (beispielsweise Antipsychotika und Phasenprophylaktika)
- Relevante Komorbiditäten, individuelle Unverträglichkeiten, unerwünschte Arzneimittelwirkungen antidepressiver Medikation in der Vergangenheit und Medikamentenwechselwirkungen sowie Auffälligkeiten im Metabolisierungsstatus, wenn bekannt
- Präferenzen hinsichtlich einer medikamentösen Behandlung

Im Grundsatz ist bei der medikamentösen Therapie mittels Antidepressiva zu beachten, dass ihre Wirkung umso besser ist, je schwerer die Depression ist. Die Patientin oder der Patient soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und die Behandlungsdauer informiert werden. Zudem ist über mögliche Folgen einer Dosisreduzierung, einer unregelmäßigen Einnahme sowie eines raschen Absetzens der medikamentösen Therapie aufzuklären. Ein bestehender Kinderwunsch ist zu berücksichtigen.

Unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Komorbiditäten und der Patientenpräferenzen sollen vorrangig Medikamente zur Behandlung der Depression verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der genannten Therapieziele in randomisierten und kontrollierten Studien (RCT) nachgewiesen wurden.

Zur medikamentösen Therapie stehen grundsätzlich folgende Wirkstoffe bzw. folgende Wirkstoffgruppen zur Verfügung:

- Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI);
- Tri- (und tetrazyklische) Antidepressiva (TZA) bzw. nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI);
- Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI);
- Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI);
- Alpha2-Rezeptor-Antagonisten (Noradrenerge und selektiv-serotonerge Antidepressiva (NaSSA));
- Selektive Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (Bupropion);
- Melatonin-Rezeptor-Agonisten (MT1/MT) und Serotonin 5-HT<sub>2C</sub>-Rezeptor-Antagonisten (Agomelatin);
- Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker

Zusätzlich stehen weitere Wirkstoffe zur Verfügung, beispielsweise das nicht klassifizierte Antidepressivum Trazodon, sowie Johanniskraut und für die Augmentation Lithiumsalze und Quetiapin.

Die Auswahl der medikamentösen Therapie sollte patientenindividuell unter Abwägung unterschiedlicher Nebenwirkungs- und Interaktionsprofile sowie ggf. bisher erfolgter Antidepressiva-Behandlungen getroffen werden.

Es sollte grundsätzlich mit einer antidepressiven Monotherapie begonnen werden.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung Wirkstoffe aus anderen Wirkstoffgruppen als die genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zu patientenrelevanten Endpunkten vorliegen.

Mit Beginn der medikamentösen Therapie erfolgt eine engmaschige, wöchentliche Betreuung in den ersten vier Wochen. Dabei ist insbesondere zu Beginn eine sorgfältige Überwachung bezüglich Wirkung (Response) und Nebenwirkungen wichtig. Insbesondere zu Beginn einer antidepressiven Therapie kann es zu Antriebssteigerungen bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung kommen. In dieser Phase ist auf ein erhöhtes Suizidrisiko zu achten und darüber aufzuklären. Es hat sich bewährt, bei den meisten Antidepressiva mit einer niedrigen Anfangsdosis zu beginnen, die nach Verträglichkeit in den substanzspezifischen Zielbereich gesteigert wird. Kommt es zu nicht tolerablen Nebenwirkungen, ist der Wechsel des Medikaments, bevorzugt in eine andere Wirkstoffklasse, mit dem Patienten zu diskutieren. Häufige Nebenwirkungen sind Übelkeit und Erbrechen, Sturzneigung insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten, anfängliche innere Unruhe und Agitiertheit sowie sexuelle Funktionsstörungen. Selten aber schwerwiegende Nebenwirkungen sind das Auftreten eines Serotoninsyndroms und Komplikationen in Folge einer Verlängerung der QT-Überleitungszeit am Herzen.

Bereits bei Therapiebeginn soll mit der Patientin oder dem Patienten besprochen werden, dass circa vier Wochen nach Erreichen der Standarddosis gemeinsam geprüft werden soll, ob unter Medikation eine relevante Verbesserung der Symptomatik eingetreten ist. Dies erfordert bei Behandlungsbeginn eine entsprechende Dokumentation der Symptomatik. Bei Ansprechen (Response) erfolgt die Weiterbehandlung bis zur Remission und der Übergang in die Erhaltungstherapie (vier bis neun Monate ab Erreichen der Remission), bei Nicht-Ansprechen (Non-Response) erfolgt eine Veränderung der Behandlungsstrategie (zum Beispiel Dosiserhöhung, Kombinationstherapie, Augmentationstherapie) unter Einbeziehung einer entsprechend spezialisierten Ärztin oder eines entsprechend spezialisierten Arztes.

Bei Patientinnen und Patienten, die eine medikamentöse Therapie in Anspruch nehmen, ist in der Regel eine langfristige Rezidivprophylaxe empfohlen. Die Rezidivprophylaxe soll das Auftreten einer erneuten depressiven Episode verhindern. Den Patientinnen und Patienten soll empfohlen werden, das Antidepressivum nach Abschluss der Erhaltungstherapie mindestens zwei Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen.

Bei Beendigung der medikamentösen Behandlung sollen Antidepressiva schrittweise über einen Zeitraum von vier Wochen reduziert werden. Die Patientin oder der Patient ist über mögliche Absetzsymptome aufzuklären.

#### **1.5.4 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen**

Die unter Nummer 1.5.1 bis Nummer 1.5.3 genannten therapeutischen Maßnahmen stellen die zentralen Behandlungsformen der Zielgruppe dieses DMP dar. Zur Unterstützung dieser Maßnahmen können unter anderem eine Ergotherapie, Soziotherapie sowie die psychiatrische häusliche Krankenpflege, erwogen werden.

Patientinnen und Patienten sollten zu einer gesunden Lebensweise motiviert werden. Als weitere unterstützende Maßnahme sollen Patientinnen und Patienten auf den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die depressive Symptomatik hingewiesen und regelmäßige körperliche Aktivität empfohlen werden.



## **1.5.5 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität**

### **Einschätzung des Suizidrisikos**

Suizidalität umfasst ein graduelles Spektrum von passivem Todeswunsch, Suizidgedanken und -ideen über Suizidpläne und -vorbereitungen bis hin zu Suizidhandlungen. Diese Phasen verlaufen nicht unbedingt linear. Zur validen Abschätzung der akuten Suizidgefahr soll diese direkt thematisiert und vor dem Hintergrund bestehender Risikofaktoren und vorhandener sozialer Unterstützung beurteilt werden. Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht insbesondere bei früheren Suizidversuchen, drängenden Suizidgedanken, konkreten Suizidplänen oder Vorbereitung suizidaler Handlungen und Abschiedsvorbereitungen. Daneben können klinische Symptome und weitere allgemeine Faktoren wie beispielsweise suizidales Verhalten in der Familiengeschichte mit einem höheren Suizidrisiko einhergehen.

### **Suizidprävention und Krisenmanagement**

Je nach Ausprägung des Suizidrisikos, der vorhandenen patientenseitigen Ressourcen und der Absprachefähigkeit soll konkrete Unterstützung initiiert werden. Suizidale Patientinnen und Patienten sollen grundsätzlich eine Intensivierung der zeitlichen Betreuung und der therapeutischen Bindung erhalten. Im Rahmen eines Krisenmanagements sollte gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten geklärt werden, welche Unterstützung und Hilfsangebote bei einer Verschlechterung der Symptomatik in Anspruch genommen werden können. Diese können zum Beispiel gemeindepsychiatrische Angebote, sozialpsychiatrische Dienste oder telefonische oder lokale Krisendienste sein.

### **Vorgehen bei akuter Suizidalität**

Bei akuter Suizidalität soll im Rahmen von Kriseninterventionen oder Psychotherapie eine intensive Kontaktgestaltung und aktive unmittelbare Unterstützung und Entlastung des Patienten bis zum Abklingen der Krise angestrebt werden. Eine tragfähige therapeutische Beziehung kann bei suizidgefährdeten Patienten per se suizidpräventiv wirken. Es sollte eine Psychotherapie angeboten werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert. Als psychotherapeutische Maßnahmen im Sinne einer Krisenintervention steht die Akuttherapie zur Verfügung (siehe Nummer 1.5.2). Zusätzliche Unterstützung können zum Beispiel telefonische oder lokale Krisendienste bieten.

Bei akuter Suizidgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit bis zum nächsten vereinbarten Termin soll die Patientin oder der Patient notfallmäßig in eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung weitergeleitet werden (siehe Nummer 1.7.3).

### **Medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität**

Antidepressiva allein sollten zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität nicht eingesetzt werden. Sie können jedoch bei suizidalen Patienten zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen eingesetzt werden.

Zu Beginn einer medikamentösen antidepressiven Behandlung kann es, vor allem bei jüngeren Patientinnen und Patienten, zu einer vorübergehenden Zunahme der Suizidalität kommen. Hierüber ist die Patientin oder der Patient aufzuklären und es ist eine engmaschige Verlaufskontrolle in dieser Phase einzuplanen. Eine Akutbehandlung mit Benzodiazepinen bei suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten kann in Betracht gezogen werden, da diese angstlösend und emotional distanzierend wirken und depressives Erleben dämpfen können. Diese sollte aufgrund des Abhängigkeitspotenzials möglichst nicht länger als zwei Wochen andauern.

Besteht die suizidale Symptomatik im Verlauf der Behandlung mit Antidepressiva, sollte eine Anpassung der Medikation erwogen werden. Klingt die Suizidalität trotz Anpassung der Medikation nicht ab, oder ist von einer akuten Suizidgefährdung auszugehen, soll zur Prävention suizidaler Handlungen eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden.

### 1.5.6 Maßnahmen bei Komorbiditäten

Vor dem Hintergrund des möglichen Einflusses auf das Krankheitsgeschehen und ihrer Bedeutung ist das Vorliegen von Komorbiditäten zu prüfen. Im Kontext von Depressionen sind zahlreiche Komorbiditäten möglich, die nach komorbiden psychischen und komorbiden somatischen Erkrankungen unterschieden werden. Bei Verdacht auf oder dem Vorliegen von Komorbiditäten sind Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer zu veranlassen (siehe Nummer 1.7.2).

#### 1.5.6.1 Psychische Komorbiditäten

Zu den relevanten psychischen Komorbiditäten gehören insbesondere:

- **Angststörungen**

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Angststörung sollten sowohl Psychotherapie als auch Pharmakotherapie als wirksame Behandlungsverfahren angeboten werden.

- **Alkoholabhängigkeit**

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit soll eine Behandlungsindikation der Depression drei bis vier Wochen nach einem Entzug überprüft werden. Bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression sollen zur Besserung der depressiven Symptomatik Antidepressiva erwogen werden. Eine Psychotherapie kann als alleinige Therapie oder in Kombination mit einer medikamentösen Therapie zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik in Frage kommen.

#### 1.5.6.2 Somatische Komorbiditäten

Zu den relevanten somatischen Komorbiditäten gehören insbesondere:

- **Diabetes mellitus**

Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Diabetes mellitus soll eine Psychotherapie zur Verringerung der Depressivität und zur Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus angeboten werden. Ist eine antidepressive Pharmakotherapie vorgesehen, sollen SSRI empfohlen werden. Grundsätzlich sind bei der antidepressiven Pharmakotherapie substanzspezifische Effekte auf den Diabetes zu beachten, wie beispielsweise der reduzierte Insulinbedarf bei SSRI oder eine Gewichtszunahme unter Mirtazapin, Mianserin und sedierenden TZA.

- **Koronare Herzerkrankung**

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK soll eine Psychotherapie angeboten werden. Ist eine medikamentöse antidepressive Behandlung vorgesehen, soll diese bei mittelgradiger bis schwerer Depression vorzugsweise mit SSRI erfolgen. TZA sollen wegen ihrer kardialen Nebenwirkungen nicht verordnet werden.

- **Herzinsuffizienz**

Ist bei gleichzeitigem Vorliegen einer Herzinsuffizienz eine medikamentöse antidepressive Behandlung vorgesehen, sollten TZA vermieden werden, insbesondere wegen ihrer proarrhythmischen und negativ inotropen Wirkung.

- **Tumorerkrankungen**

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Tumorerkrankung sollte eine Psychotherapie angeboten werden.

### 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder

mehr Arzneimittel gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V informiert.

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

## **1.6 Verlaufskontrolle**

Unabhängig von den individuell erforderlichen regelmäßigen Verlaufskontrollen erfolgt die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie mittels der in Anlage 18 aufgeführten Parameter quartalsweise oder jedes zweite Quartal.

Zur Überprüfung der Erreichung der Therapieziele sind, abhängig von den individuellen Erfordernissen, regelmäßige Kontrolluntersuchungen des physischen und psychischen Gesundheitszustandes auch unter Berücksichtigung von Komorbiditäten durchzuführen.

Standardinhalte der regelmäßigen Konsultationen, unabhängig von der Art der therapeutischen Maßnahmen, sind:

- Erhebung und klinische Beurteilung der Symptomausprägung und -veränderung,
- Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus und psychosozialer Belastungsfaktoren,
- Einschätzung des Ansprechens auf die Therapie und
- Beurteilung möglicher Nebenwirkungen der Therapie

Für die Erhebung und klinische Beurteilung der Symptomausprägung soll unterstützend der Patientenfragebogen PHQ-9 verwendet werden.

Bei jedem Patientenkontakt sollte zudem Suizidalität klinisch eingeschätzt und falls erforderlich exploriert werden. Abgeschätzt werden soll dabei der aktuelle Handlungsdruck. Bei schweren Verläufen soll eine klinische Einschätzung von psychotischen Symptomen und möglicher Fremdgefährdung erfolgen.

### **1.6.1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie**

Bei einer psychotherapeutischen Behandlung ist das Therapieansprechen regelmäßig zu beurteilen. Dabei soll geprüft werden, ob der Behandlungsumfang sowie das gewählte Behandlungsverfahren geeignet sind. Bei psychotherapeutischer Behandlung ist bei fehlender

Besserung nach spätestens drei Monaten die weitere Konsultation eines entsprechend spezialisierten Leistungserbringers zu prüfen.

### **1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung**

Im Falle einer medikamentösen Akuttherapie erfolgen Kontrollen innerhalb der ersten vier Wochen einmal wöchentlich oder zumindest alle zwei Wochen, danach alle zwei bis vier Wochen.

Besteht ein erhöhtes Suizidrisiko sollten eine Woche nach Beginn einer antidepressiven medikamentösen Behandlung und anschließend regelmäßig Kontrollen stattfinden, bis das Suizidrisiko als nicht mehr klinisch relevant beurteilt wird (vgl. Nummer 1.5.5).

Vier Wochen nach Erreichen der Standarddosierung einer Behandlung mit Antidepressiva sollte gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine genaue Prüfung der Symptombesserung erfolgen und die weitere Behandlung besprochen werden. Bei Auftreten von Nebenwirkungen können - abhängig von der Nebenwirkungsschwere und den Patientenpräferenzen - eine Anpassung der Dosierung, das Absetzen der Medikation oder ein Therapiewechsel erwogen werden.

Bei Nichtansprechen auf das gewählte Antidepressivum trotz Ausschöpfung der zugelassenen und verträglichen Dosis kommen grundsätzlich mehrere Behandlungsalternativen in Frage, wobei keine ausreichende Evidenz vorliegt, um einer dieser Alternativen generell den Vorrang zu geben:

- Wechsel des Antidepressivums
- Kombination zweier Antidepressiva
- Augmentation mit Lithium oder Quetiapin

Sollte ein Wechsel zwischen Antidepressiva erwogen werden, sollte wegen möglicher Wechselwirkungen eine schrittweise Aufdosierung des neuen und ein ausschleichendes Absetzen des alten Antidepressivums erfolgen.

In Abhängigkeit von der Schwere der Depression ist auch zu prüfen, ob ein Wechsel zur Psychotherapie oder eine Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie in Betracht kommt.

Bei gutem Ansprechen auf die Behandlung sind ab dem vierten Behandlungsmonat längere Intervalle möglich.

Spätestens sechs Monate nach Erreichen einer Remission sollte bei Patientinnen oder Patienten mit schweren depressiven Episoden überprüft werden, ob die Remission weiterhin besteht und ob gegebenenfalls eine Therapieanpassung erforderlich ist.

Im Anschluss an die Erhaltungsphase ist zu prüfen, ob eine Rezidivprophylaxe angezeigt ist. Erfolgt diese mittels Antidepressiva länger als ein Jahr, wird bei Patientinnen oder Patienten mit schwerer Depression mindestens jährlich eine gemeinsame Prüfung der weiteren Therapie empfohlen.

Aufgrund des Nebenwirkungsprofils der jeweiligen Wirkstoffgruppen können in Abhängigkeit von der gewählten Arzneimitteltherapie vor und während der Behandlung Kontrolluntersuchungen notwendig werden. Insbesondere können regelmäßige Blutbildkontrollen, Erhebung der Leberwerte, Gewichtskontrollen, EKG-Kontrollen sowie die Bestimmung der Schilddrüsenwerte erforderlich sein. Bei einer Medikation mit Lithium ist darüber hinaus die Bestimmung des Lithiumspiegels erforderlich.

### **1.7 Kooperation der Versorgungssektoren**

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression erfordert die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch über alle Sektoren (ambulant, stationär) und

Einrichtungen hinweg sowie aller an der Versorgung Beteiligten. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

### **1.7.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt**

Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt steht im Austausch mit den anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Sie oder er hat die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen miteinzubeziehen.

Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit unipolarer Depression an eine zugelassene oder ermächtigte spezialisierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten spezialisierten Facharzt oder eine spezialisierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

### **1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung**

In Abhängigkeit von der eigenen Qualifikation ist die Erforderlichkeit einer Überweisung zu einer entsprechend qualifizierten Fachärztin oder einem entsprechend qualifizierten Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeutin oder Psychologischen Psychotherapeuten oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung insbesondere zu prüfen bei:

- hausärztlicher Behandlung: spätestens nach sechs Wochen bei nicht ausreichender Besserung,
- Nichtansprechen der aktuellen medikamentösen Therapie zur Therapieanpassung (Präparatewechsel, Kombination, Augmentation),
- fehlender Besserung bei aktueller Psychotherapie nach spätestens drei Monaten,
- Hinweisen auf eine die depressive Erkrankung komplizierende psychische oder somatische Komorbidität,
- psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor,
- Verdacht auf eine bipolare Störung,
- unklarer psychiatrischer Differentialdiagnostik oder
- geplanter oder bestehender Schwangerschaft zur Einleitung, Fortsetzung oder Absetzung einer medikamentösen antidepressiven Behandlung

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ist eine unmittelbare Vorstellung bei einer entsprechend spezialisierten Fachärztin oder einem entsprechend spezialisierten Facharzt, bei einer spezialisierten ambulanten Einrichtung oder eine unmittelbare Einweisung in eine spezialisierte stationäre Einrichtung zu veranlassen, sofern eine Absprachefähigkeit nach Nummer 1.5.5 nicht erreicht werden kann.

Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

### 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Eine Notfallindikation zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung besteht insbesondere bei Vorliegen einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit.

Eine stationäre Einweisung ist für suizidale Patientinnen oder Patienten zu erwägen,

- die akut suizidgefährdet sind;
- die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen;
- die wegen der zugrundeliegenden depressiven Störung einer intensiven psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung bedürfen;
- wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität anders nicht möglich ist, oder
- wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ambulant nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt.

Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist darüber hinaus immer dann zu erwägen, wenn die Depression ambulant nicht ausreichend therapierbar ist. Soll in diesen Fällen vorrangig eine Psychotherapie angeboten werden, kann auch eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung erwogen werden.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

### 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist individuell zu prüfen, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen oder eine möglichst selbstbestimmte und selbständige Lebensführung zu erreichen sowie einer Chronifizierung der Depression entgegenzuwirken und komorbide psychische und somatische Erkrankungen zu vermeiden oder zu mindern.

## 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

### Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mittelgradiger depressiver Episode: Hoher Anteil mit einer Psycho- oder Pharmakotherapie.	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer mittelgradigen, unter zwei Jahren persistierenden depressiven Episode: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die entweder eine Psychotherapie oder eine Pharmakotherapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit

		einer mittelgradigen, unter zwei Jahren persistierenden depressiven Episode.
2	<p>Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer über zwei Jahre persistierenden depressiven Episode (unabhängig vom Schweregrad):</p> <p>Hoher Anteil mit einer Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie.</p>	<p>Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer über zwei Jahre persistierenden depressiven Episode:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit über zwei Jahre persistierender depressiver Episode (unabhängig vom Schweregrad).</p>
3	<p>Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer depressiver Episode: Hoher Anteil mit einer Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie.</p>	<p>Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer schweren, unter zwei Jahren persistierenden depressiven Episode:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer schweren, unter zwei Jahren persistierenden depressiven Episode.</p>
4	<p>Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva:</p> <p>Hoher Anteil mit einer angemessenen Therapiedauer.</p>	<p>Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva:</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva über mindestens neun Monate erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva.</p>
5	<p>Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer oder mehr als zwei Jahre persistierender depressiver Episode:</p> <p>Niedriger Anteil ohne aktuell stattfindende depressionsspezifische Therapie.</p>	<p>Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer oder über zwei Jahre persistierender depressiver Episode: Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die weder eine medikamentöse noch eine psychotherapeutische Behandlung erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schwerer depressiver Episode unter zwei Jahre oder mit einer mehr als zwei Jahre persistierenden depressiven Episode (unabhängig vom Schweregrad).</p>

6	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Verbesserung der depressiven Symptomatik.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung hinsichtlich der depressiven Symptomatik, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei denen die Suizidalität eingeschätzt wurde.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen die Suizidalität eingeschätzt wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
8	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Schulung wahrgenommen haben.	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung ungeschult sind und deren eine depressionsspezifische Schulung empfohlen wurde: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die ein digitales Selbstmanagement-Programm oder eine Präsenzgruppenschulung wahrgenommen haben.

### **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

#### **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

#### **3.2 spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression können ab dem 18. Lebensjahr in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn die Diagnose der unipolaren Depression gemäß Nummer 1.2 (Hinreichende Diagnostik) gesichert ist.

### **4. Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

#### **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

#### **4.2 Schulungen der Versicherten**

Jeder Patientin und jedem Patienten, die oder der aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht geeignet ist, soll ein digitales Selbstmanagement-Programm angeboten werden, das



qualifiziert begleitet wird. Das digitale Selbstmanagement-Programm muss strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Es kommen auch strukturierte, evaluierte und publizierte Präsenzgruppenschulungen in Frage. Im Übrigen gelten die Anforderungen an die Schulungen der Versicherten nach § 4 dieser Richtlinie. Digitale Versorgungsangebote, die als eigenständige Therapie oder therapieersetzend konzipiert sind, sind keine Schulungsprogramme im Sinne von § 4 dieser Richtlinie.

#### **5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Ziffer 1 sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a. Tod
- b. Leitliniengerechte Behandlung: Psychotherapie oder medikamentöse Therapie bei Patientinnen und Patienten mit mittelgradigen Depressionen, Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie bei Patientinnen und Patienten mit schweren oder mehr als 2 Jahre persistierenden Depressionen
- c. Ausreichend lange medikamentöse Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit medikamentöser Behandlung
- d. Relevante Symptombesserung
- e. Remissionsrate
- f. Schulungen

Abweichend von § 6 Absatz 3 Nummer 2 endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem 1. Tag des der frühesten Zulassung eines DMP Depression folgenden Quartals.

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gemäß SGB V

## Anlage 18 Depression – Dokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktuelle Symptomatik – PHQ-9 Summenwert	Zahl (0 – 27, ganzzahlig)
2	Schweregrad zu Beginn der aktuellen depressiven Episode <sup>1</sup>	Leicht / Mittelgradig / Schwer
3	Schweregrad zu Beginn der aktuellen depressiven Episode <sup>2</sup>	Aktuell keine depressive Episode / Leicht / Mittelgradig / Schwer
4	Dauer der aktuellen depressiven Episode <sup>3</sup>	Mehr als zwei Jahre persistierend / Weniger als zwei Jahre persistierend
5	Suizidalität eingeschätzt	Ja / Nein
Nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung		
6	Aktuelle Psychotherapie	Ja / Nein / Geplant / Nicht gewünscht
7	Aktuelle medikamentöse Therapie mit Antidepressiva	Aktuell andauernd, seit weniger als 9 Monaten / Aktuell andauernd, Fortführung über neun Monate hinaus / Nein / Vor Ablauf von neun Monaten abgebrochen / Nach mehr als neun Monaten abgeschlossen / Kontraindikation / Nicht gewünscht
Schulungen		
8	Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer depressionsspezifischen Schulung teilgenommen <sup>1</sup>	Ja / Nein
9	Depressionsspezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) <sup>4</sup>	Ja / Nein
10	Depressionsspezifische Schulung wahrgenommen <sup>2</sup>	Digitales Selbstmanagement-Programm/ Präsenzgruppenschulung / Nein / War aktuell nicht möglich <sup>5</sup> / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

<sup>1</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen

<sup>2</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen

<sup>3</sup> Eine Angabe ist nicht möglich, sofern aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentation) keine depressive Episode besteht und dies in Feld 3 dokumentiert ist

<sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Es kann sich hier um ein digitales Selbstmanagementprogramm oder um eine Präsenzgruppenschulung handeln, in Abhängigkeit von der/den im Vertrag vereinbarten Schulungsart/en. Die Empfehlung einer der beiden Schulungsarten ist ausreichend.

<sup>5</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Antwort ist anzugeben, wenn z.B. organisatorische oder andere patientenseitige Voraussetzungen für die Anwendung digitaler Selbstmanagement-Programme oder die Teilnahme an Präsenzgruppenschulungen nicht gegeben sind.

“

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 15. August 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V