



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 40. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie:

Änderung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression – Dokumentation)

Vom 20. November 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. November 2025 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 AT 26.08.2014 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Anlagen 17 und 18 werden durch die folgenden Anlagen 17 und 18 ersetzt:

„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, Interessenlosigkeit 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
 - Gedrückte, depressive Stimmung,
 - Interessenverlust, Freudlosigkeit,
 - Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit,
- b) sowie mindestens drei der sieben Zusatzsymptome
 - verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
 - vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
 - Schuldgefühle,
 - psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung,
 - Suizidgedanken/Suizidhandlungen,
 - Schlafstörungen,
 - Appetitstörungen,
- c) bestehende depressive Symptomatik seit mindestens einem Jahr oder mindestens dritte Erkrankungsepisode und
- d) 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 spezialisierte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Nummer 1.7.1 oder durch Hausärztinnen und Hausärzte, die in nicht eindeutigen Diagnosesituationen die Diagnosesicherung durch spezialisierte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Nummer 1.7.1 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 Leistungserbringerin oder der behandelnde Leistungserbringer 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

- die Verminderung der depressiven Symptomatik mit dem Ziel einer vollständigen Remission der Erkrankung,
- die Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung (Rezidiv),
- die Verringerung der Mortalität, insbesondere von Suizidalität und komorbiden Erkrankungen,
- die Verbesserung der psychosozialen Fähigkeiten zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung,
- die adäquate Behandlung der Komorbiditäten und
- die 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, Risikofaktoren für Verschlechterung, leitlinienentsprechende Behandlungsoptionen und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken sowie über die Relevanz von Ressourcen und mögliche Eigenaktivitäten (zum Beispiel körperliche Aktivität) aufgeklärt werden. Bei der Aufklärung ist auf Stigmatisierungsängste einzugehen. Es sollte ein bio-psychosoziales Krankheitsmodell vermittelt werden, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einem vorrangig somatischen Krankheitsverständnis.

Wird zur Unterstützung der Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen von der koordinierenden Leistungserbringerin oder dem koordinierenden Leistungserbringer als sinnvoll erachtet, soll es sich hierbei um evidenzbasierte und für die Patientin oder den Patienten verständliche Informationen über die Erkrankung handeln.

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 (Lebensüberdruß, 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 sowie zur fortlaufenden Erfassung des Behandlungsfortschritts soll der „Gesundheitsfragebogen für Patienten - 9 (PHQ-9)“ eingesetzt werden, der PHQ-9 bildet eine Grundlage für das Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten.

Im Rahmen der Therapieplanung erstellt die koordinierende Leistungserbringerin oder der koordinierende Leistungserbringer 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 und
- weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen (Nummer 1.5.4).

Die Wahl der Behandlungsverfahren und ihre Kombination richten 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.

Über die Behandlung soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten entschieden werden. 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) Mittelgradige depressive Episode

Bei einer mittelgradigen depressiven Episode sollen entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige

Alternativen angeboten werden. Auch bei einer rezidivierenden mittelgradigen Depression sollen, abhängig von der (erfolgreichen) Behandlung früherer Episoden, entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige Alternativen angeboten werden.

b) Schwere depressive Episode

Bei einer schweren depressiven Episode oder schweren rezidivierenden Depression soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Ist eine Kombinationsbehandlung nicht gewünscht oder nicht möglich, soll entweder eine alleinige medikamentöse oder eine alleinige psychotherapeutische Behandlung gleichwertig angeboten werden.

c) Depression mit psychotischen Merkmalen

Depressive Patientinnen und Patienten mit psychotischen Merkmalen sollen eine medikamentöse Therapie erhalten. Dabei sollte eine Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Antipsychotika angeboten werden. Nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik soll eine Kombination der medikamentösen Therapie mit Psychotherapie angeboten werden.

d) Chronische Form der Depression

aa) Bei bislang nicht behandelten chronischen Depressionen (das heißt ununterbrochen über mehr als zwei Jahre persistierende Episode), soll nach den Schweregradspezifischen Empfehlungen für eine akute depressive Episode vorgegangen werden. Demnach soll bei einer mittelgradigen Form entweder eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie empfohlen werden, bei einer schweren Form eine Kombinationsbehandlung beider Therapien.

bb) Persistiert die depressive Episode trotz Behandlung länger als zwei Jahre, soll gemäß den Empfehlungen bei Nichtansprechen bzw. Therapieresistenz (siehe Nummer 1.6.1 und 1.6.2) behandelt 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 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. Gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (PT-RL) stehen in der vertragsärztlichen Versorgung verschiedene psychotherapeutische Verfahren und Methoden zur Verfügung. Diese können als Einzel-, oder Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie im Umfang einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie Einsatz finden. Hiervon unberührt sind im Rahmen von Krankenhausbehandlung erbringbare Leistungen, die nicht dem Geltungsbereich der PT-RL unterliegen. Neben den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden besteht in akuten Krisensituationen

darüber hinaus die Möglichkeit eine psychotherapeutische Akutbehandlung durchzuführen, um eine kurzfristige Symptomverbesserung zu erreichen und eine weitere Chronifizierung der psychischen Erkrankung zu vermeiden.

Bei der Psychotherapie 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 sollen folgende Aspekte geprüft werden:

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

Für einen zeitnahen niedrigschwelligen Zugang vor einer psychotherapeutischen Behandlung ist die psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 PT-RL vorgesehen.

Psychotherapie bei Depression kann in Abhängigkeit vom gewählten Psychotherapieverfahren auf 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,
- Veränderung von symptomfördernden sozialen Interaktionen oder intrapsychischen Mustern unter Berücksichtigung des relevanten sozialen Systems,
- Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten, (sozialen) Kompetenzen, Genusssteigerung, Stressmanagement und Verbesserung der Fähigkeit zur Emotionsregulation sowie
- Rückfallprophylaxe und Notfallplanung.

Grundlage jeder Psychotherapie ist die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Zur Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen probatorische Sitzungen unter anderem der weiteren diagnostischen Abklärung des Krankheitsbildes und zur weiteren Indikationsstellung. Darüber hinaus dienen diese der Einschätzung der persönlichen Passung von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut und dem Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung.

Vor Beginn soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, die Wirklatenz, 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 sowie zur Senkung des Rückfallrisikos eine Rezidivprophylaxe gemäß § 14 PT-RL im Rahmen einer Langzeittherapie angeboten werden.

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

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).

Zur Unterstützung bei der Suche eines Therapieplatzes soll bei Bedarf insbesondere auf den Terminservice 116 117 hingewiesen werden.

1.5.3 Medikamentöse Therapie

Bei Eintritt in ein DMP Depression sollen die koordinierenden Ärztinnen und Ärzte oder bei koordinierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die zu beteiligenden Ärztinnen oder Ärzte 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 und
- 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, Wirklatenz, 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_{2C}-Rezeptor-Antagonisten (Agomelatin) und
- Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker (Tianeptin).

Zusätzlich stehen weitere Wirkstoffe zur Verfügung, beispielsweise das nicht klassifizierte Antidepressivum Trazodon sowie Johanniskraut (als Arzneimittel zugelassene Präparate) und für die Augmentation Lithiumsalze und Quetiapin.

Die Auswahl der medikamentösen Therapie sollte patientenindividuell unter Abwägung unterschiedlicher Nebenwirkungs- und Interaktionsprofile, Komorbidität, Komedikation sowie 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 der Patientin oder dem Patienten zu diskutieren. Häufige Nebenwirkungen sind Übelkeit und Erbrechen, Auswirkungen auf Appetit und Gewicht, Sturzneigung insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten, anfängliche innere Unruhe und Agitiertheit sowie sexuelle Funktionsstörungen. Seltene, aber schwerwiegende Nebenwirkungen sind das Auftreten eines Serotoninsyndroms und Komplikationen in Folge einer Verlängerung der QT-Überleitungszeit am Herzen, was ein sofortiges Absetzen erfordert.

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. Dieser Zeitraum wird als Akutphase bezeichnet. Nach Erreichen der Remission soll die Einnahme des Antidepressivums noch über weitere sechs bis zwölf Monate über die Remission hinaus in der gleichen Dosierung wie in der Akutphase fortgeführt werden. Dieser Zeitraum wird als Erhaltungsphase bezeichnet. 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.

Patientinnen und Patienten mit zwei oder mehr depressiven Episoden und mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in den letzten fünf Jahren sollte nach Abschluss der Erhaltungstherapie eine langfristige Rezidivprophylaxe mindestens über weitere zwei Jahre empfohlen werden. Die Rezidivprophylaxe soll das Auftreten einer erneuten depressiven Episode verhindern.

Bei Beendigung der medikamentösen Behandlung sollten Antidepressiva schrittweise über einen Zeitraum von mindestens acht bis zwölf Wochen reduziert werden. Die Patientin oder der Patient ist über mögliche Absetzsymptome aufzuklären. Entsprechend sollen bei Kombinationstherapie oder Augmentation die Medikamente nacheinander ausgeschlichen werden.

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 sollte die koordinierende Leistungserbringerin oder der koordinierende Leistungserbringer prüfen, ob die Patientin oder der Patient von weiteren Interventionen wie Ergotherapie, Soziotherapie sowie psychiatrischer häuslicher Krankenpflege profitieren kann.

Patientinnen und Patienten sollten zu einer gesunden Lebensweise mit einer ausgewogenen Ernährung motiviert werden. Körperliches Training und Sport haben einen positiven Einfluss auf die depressive Symptomatik. Patientinnen und Patienten sollen daher zu regelmäßiger körperlicher Aktivität oder Sport motiviert werden, idealerweise innerhalb einer Gruppe (zum Beispiel im Rahmen ambulanter Rehabilitationssportgruppen). Die Art der sportlichen Betätigung sollte unter Berücksichtigung der individuellen Präferenz der Patientinnen und Patienten gewählt werden, wobei insbesondere Ausdauersportarten und Krafttraining empfohlen werden. Sofern neben der depressiven Störung eine post-exertionelle Malaise (PEM) im Rahmen einer möglichen Myalgischen Enzephalomyelitis/ eines Chronic Fatigue-Syndroms (ME/CFS) vorliegt, sollen Art, Intensität und Umfang der körperlichen Aktivität und der sportlichen Betätigung an die individuelle Belastungsgrenze angepasst werden.

Besteht Unklarheit hinsichtlich der Arbeits(un)fähigkeit wegen der depressiven Störung, sollte die Einschätzung individuell unter Abwägen von Vor- und Nachteilen für den weiteren Krankheitsverlauf getroffen werden. Der (zeitweise) Rückzug aus dem sozialen oder beruflichen Leben kann zur Verschlimmerung und Chronifizierung der Erkrankung beitragen. Besteht eine Arbeitsunfähigkeit, sollen angemessene therapeutische Maßnahmen geprüft werden.

1.5.5 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität

1.5.5.1 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. Dabei sollen der akute Handlungsdruck, die Distanzierung von suizidalem Verhalten und die Absprachefähigkeit eingeschätzt werden. Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht insbesondere bei früheren Suizidversuchen, drängenden Suizidgedanken, konkreten Suizidplänen oder Vorbereitung suizidaler Handlungen und Abschiedsvorbereitungen. Daneben können klinische Symptome (zum Beispiel Substanzmissbrauch, chronische Schmerzen, persistierende Schlafstörungen, Agitiertheit) und weitere allgemeine Faktoren (zum Beispiel suizidales Verhalten in der Familiengeschichte) mit einem höheren Suizidrisiko einhergehen.

1.5.5.2 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, Telefon- und Online-Beratung oder lokale Krisendienste sein.

1.5.5.3 Vorgehen bei akuter Suizidalität

Bei akuter Suizidalität soll eine Krisenintervention oder Psychotherapie erfolgen. Dabei sollen eine intensive Kontaktgestaltung und aktive unmittelbare Unterstützung und Entlastung der Patientin oder des Patienten bis zum Abklingen der Krise angestrebt werden. Eine tragfähige therapeutische Beziehung kann bei suizidgefährdeten Patientinnen oder 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 psychotherapeutische Akutbehandlung zur Verfügung (siehe Nummer 1.5.2).

Für den Fall einer akuten Suizidalität soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ein Notfallplan erstellt werden, in dem unter anderem die individuellen Warnzeichen, Bewältigungsstrategien und relevanten Kontaktdaten enthalten sein sollten. Dieser kann im Rahmen einer Krisenintervention, einer Psychotherapie oder durch die koordinierende Leistungserbringerin oder den koordinierende Leistungserbringer erstellt werden.

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).

1.5.5.4 Medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität

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

Zu Beginn einer medikamentösen antidepressiven Behandlung kann es, vor allem bei jüngeren Patientinnen und Patienten, zu einer vorübergehenden Zunahme des Handlungsdrucks bei Suizidalität kommen (insbesondere bei SSRI und SNRI). Hierüber ist die Patientin oder der Patient aufzuklären und es ist eine engmaschige Verlaufskontrolle in dieser Phase einzuplanen. Bei TZA und MAO-Hemmern besteht die erhöhte Gefahr einer letalen Überdosis, daher sind diese bei suizidalen Patientinnen oder Patienten eher zu vermeiden oder in kleinen Packungen zu verschreiben. 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. Bestehen bei akuter Suizidalität stark belastende Schlafstörungen oder starke Unruhe, sollen Benzodiazepine mit engmaschiger Überwachung angeboten werden. Die Behandlung mit Benzodiazepinen sollte aufgrund des Abhängigkeitspotenzials für eine Dauer von zwei (maximal vier) 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, 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 in Frage kommen.

Auch andere psychische Störungen wie Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Zwangsstörungen können gleichzeitig mit einer Depression auftreten.

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 (KHK)**

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**

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Herzinsuffizienz sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Sofern bei gleichzeitigem Vorliegen einer Herzinsuffizienz eine medikamentöse antidepressive Behandlung vorgesehen ist, 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 Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche von der Patientin oder von dem 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,
- Erhebung aktueller Behandlungsmaßnahmen,
- 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 soll 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 und Vorgehen bei Nichtansprechen

Bei einer psychotherapeutischen Behandlung ist das Therapieansprechen regelmäßig zu beurteilen. Dabei soll geprüft werden, ob eine tragfähige therapeutische Beziehung zustande kommt und der Behandlungsumfang sowie das gewählte Verfahren geeignet sind.

Bei Nichtansprechen nach spätestens drei Monaten sollen mögliche Ursachen geprüft werden. Diese können patientenbezogen (zum Beispiel belastende Lebensereignisse), diagnose- und therapiebezogen (zum Beispiel mangelnde Passung, nicht adäquates Verfahren oder Auswahl von Therapieelementen) oder negative Nebenwirkungen (zum Beispiel verstärkte interaktionelle Konflikte, Selbststigmatisierung) sein. Je nach Ergebnis sind folgende Schritte angezeigt:

- a) bei mangelnder Passung zwischen Patientin oder Patient und Psychotherapeutin oder Psychotherapeut oder nicht-adäquatem Verfahren: Wechsel der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten, des Verfahrens oder Settings,
- b) bei Nichtansprechen trotz guter Passung und stabiler therapeutischer Beziehung: Anpassung der Therapieelemente, Intensivierung der Psychotherapie, gegebenenfalls Absetzen depressiogener Medikation,
- c) bei Nichtansprechen trotz Therapieanpassung: Kombination mit einem Antidepressivum.

1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung und Vorgehen bei Nichtansprechen

Während der medikamentösen Therapie sollten Kontrollen innerhalb der ersten vier Wochen einmal wöchentlich oder zumindest alle zwei Wochen, danach innerhalb des zweiten und dritten Monats alle zwei bis vier Wochen und anschließend in längeren Intervallen erfolgen.

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 (vergleiche 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.

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 Leber- und Nierenwerte, Kontrollen von Blutdruck, Puls und Körpergewicht, EKG-Kontrollen sowie die Bestimmung der Schilddrüsenwerte erforderlich sein. Bei einer Medikation mit Lithium ist darüber hinaus die Bestimmung des Lithiumspiegels erforderlich.

Bei Nichtansprechen auf das gewählte Antidepressivum nach vier Wochen sollen zunächst die möglichen Ursachen evaluiert werden (wie zum Beispiel eine nicht ausreichende Adhärenz, nicht angemessene Dosis).

Besteht dennoch nach den ergriffenen Maßnahmen ein Nichtansprechen, kommen grundsätzlich mehrere Behandlungsalternativen in Frage:

- a) zusätzliche Psychotherapie,
- b) Kombination zweier Antidepressiva,
- c) Augmentation mit Lithium oder Quetiapin,
- d) Wechsel des Antidepressivums.

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

Besteht trotz Anwendung einer weiteren Behandlungsstrategie zusätzlich zur initialen Therapie nach vier Wochen weiterhin ein Nichtansprechen, ist von einer therapieresistenten depressiven Störung auszugehen. In diesen Fällen kommen neben weiteren erneut die genannten Behandlungsalternativen (außer Wechsel des Antidepressivums) in Frage.

Patientinnen und Patienten mit einer therapieresistenten depressiven Störung sollen darüber informiert werden, dass eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) nach sorgfältiger Abwägung in Frage kommen kann, insbesondere im höheren Lebensalter oder bei psychotischer Symptomatik.

Patientinnen und Patienten mit therapieresistenten mittelgradigen und schweren depressiven Störungen, die auf mindestens zwei unterschiedliche Therapien mit Antidepressiva nicht angesprochen haben, sollen über die Möglichkeit des Einsatzes von Esketamin zusätzlich zu einem Antidepressivum informiert werden.

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 Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer

Die Langzeitbetreuung 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 nach Maßgabe der folgenden Sätze eine zugelassene oder ermächtigte spezialisierte Fachärztin oder Psychotherapeutin oder einen zugelassenen oder ermächtigten spezialisierten Facharzt oder Psychotherapeuten 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

für spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen 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. Entsprechend spezialisierte Fachärztinnen oder Fachärzte in diesem Sinne sind insbesondere

- a) Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- b) Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,

- c) Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie,
- d) Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.

Eine Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms kann nur in Ausnahmefällen durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen, insbesondere wenn

- a) die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Psychotherapeutin oder diesem Psychotherapeuten dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist,
- b) eine somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt keine somatischen Hauptdiagnosen oder Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, aufgezeigt hat und
- c) die Patientin oder der Patient keiner Multimedikation nach Nummer 1.5.7 und keiner psychopharmakologischen Medikation mit einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegt.

Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten im Sinne dieser Anlage sind Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene.

Die koordinierende Ärztin oder Psychotherapeutin oder der koordinierende Arzt oder Psychotherapeut 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 und eine erforderliche Überweisung oder Weiterleitung nach Nummer 1.7.2 regelmäßig zu prüfen.

1.7.2 Überweisung oder Weiterleitung an andere qualifizierte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer

In Abhängigkeit von der eigenen Qualifikation ist die Erforderlichkeit einer Überweisung beziehungsweise Weiterleitung zu einer entsprechend spezialisierten Fachärztin oder einem entsprechend spezialisierten Facharzt nach Nummer 1.7.1, einer Psychotherapeutin, einem 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,
- 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 koordinierende Leistungserbringerin oder der koordinierende Leistungserbringer nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung oder Weiterleitung.

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Notfallindikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere bei Vorliegen einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit oder bei Vorliegen von depressivem Stupor.

Bei Suizidalität besteht eine Indikation zur stationären Behandlung bei Patientinnen oder Patienten

- die akut suizidal sind,
- die nach einem Suizidversuch einer stationären Versorgung bedürfen,
- wenn eine zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität ambulant nicht möglich ist.

Grundsätzlich ist eine stationäre Behandlung immer dann zu erwägen, wenn die Depression ambulant nicht ausreichend therapierbar ist. Dies kann insbesondere der Fall sein bei

- a) Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien,
- b) der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung,
- c) hochgradiger Agitiertheit,
- d) ausgeprägten psychotischen Symptomen,
- e) drohender depressionsbedingter Isolation, Verwahrlosung und anderen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren,
- f) den Therapieerfolg massiv behindernden äußeren Lebensumständen (zum Beispiel durch Milieugänderung),
- g) komorbiden Suchterkrankungen oder
- h) Dekompensation einer komorbiden somatischen Erkrankung infolge der Depression.

Für eine stationäre Krankenhausbehandlung kommen grundsätzlich stationäre Einrichtungen in Betracht, welche die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatik und Psychotherapie vorhalten. Notfallindikationen betreffen in der Regel die stationäre psychiatrische Versorgung.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt beziehungsweise die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut 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.

1.8 Digitale medizinische Anwendungen

Die koordinierende Leistungserbringerin oder der koordinierende Leistungserbringer prüft, ob eine geeignete digitale medizinische Anwendung dem Patienten oder der Patientin als unterstützende Maßnahme angeboten werden soll.

2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des SGB V)

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

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mittelgradiger depressiver Episode: Hoher Anteil mit einer Psycho- oder Pharmakotherapie.	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer mittelgradigen, depressiven Episode: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die entweder eine Psychotherapie oder eine Pharmakotherapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer mittelgradigen depressiven Episode.
2	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer depressiver Episode: Hoher Anteil mit einer Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie.	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer schweren depressiven Episode: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer schweren depressiven Episode.
3	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer depressiver Episode: Niedriger Anteil ohne aktuell stattfindende depressionsspezifische Therapie.	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer 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.
4	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.
5	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.
6	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßigem körperlichen Training.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit regelmäßigem körperlichen Training, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des SGB V)

Die koordinierende Leistungserbringerin oder der koordinierende Leistungserbringer 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 vollendeten 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 SGB V)

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 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Jede Patientin und jeder Patient soll Zugang zu einer Schulung gemäß § 4 haben. Abweichend von § 4 Absatz 3 können Verträge zur Umsetzung eines DMP Depression auch ohne ein Schulungsprogramm geschlossen werden, solange kein Schulungsprogramm zur Verfügung steht, welches die Voraussetzungen gemäß § 4 Absatz 3 und 3a erfüllt. Die Möglichkeit der Aufnahme von Schulungen gemäß § 4 Absatz 3 Satz 5 und 6 bleibt davon unberührt.

5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des SGB V)

Für die Evaluation nach § 6 Absatz 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 Depressionen,
- c) Medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (einschließlich der Therapiephase),
- d) Psychotherapeutische Behandlung,
- e) Relevante Symptombesserung,
- f) Remissionsrate,
- g) Körperliches Training.

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

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 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 gem. § 94 SGB V

Anlage 18 Depression – Dokumentation

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktuelle Symptomatik – PHQ-9 Summenwert	Zahl (0 – 27, ganzzahlig) ¹
2	Schweregrad zu Beginn der aktuellen depressiven Episode ²	Leicht / Mittelgradig / Schwer
3	Schweregrad zu Beginn der aktuellen depressiven Episode ³	Aktuell keine depressive Episode / Leicht / Mittelgradig / Schwer
4	Suizidalität eingeschätzt	Ja / Nein
Nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung		
5	Aktuelle Psychotherapie	Ja / Nein / Geplant / Nicht gewünscht
6	Aktuelle medikamentöse Therapie mit Antidepressiva	Ja, in Akutphase (bis zur Remission) / Ja, in Erhaltungsphase (6-12 Monate nach Remission) / Ja, in Rezidivprophylaxe / Nein / Kontraindikation / Nicht gewünscht
7	Regelmäßiges körperliches Training	Ja / Nein / Nicht möglich

¹ Mit der Eingabe des PHQ-9-Summenwertes bei der aktuellen Dokumentation wird die Differenz zwischen dem aktuellen PHQ-9-Summenwert und dem PHQ-9-Summenwert der letzten verfügbaren Dokumentation automatisiert berechnet und eine entsprechende Einordnung des aktuellen Wertes und der Veränderung zur letzten verfügbaren Dokumentation in Textform angezeigt. Dies gilt ab der Eingabe des PHQ-9-Summenwertes in die zweite und alle folgenden Dokumentationen.

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen

“

- II. Der Beschluss tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals eines Jahres in Kraft, nicht jedoch am ersten Tag des ersten Quartals eines Jahres. Folgt auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger der erste Tag des ersten Quartals eines Jahres, tritt dieser Beschluss am ersten Tag des zweiten Quartals in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 20. November 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

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