

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss 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

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung.....	28
4. Verfahrensablauf	28
5. Fazit.....	31
6. Literaturverzeichnis	31
7. Zusammenfassende Dokumentation	36

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Abs. 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 1 SGB V, die er gemäß § 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V legt fest, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien zu erlassen hat.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Allgemeines

Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden 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 normiert, vgl. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Zu Anlage 2

Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der laufenden Nummer 10 um die Ausprägung Depression wurde infolge der Ergänzung eigenständiger Anforderungen an DMP Depression erforderlich.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Die Terminologie der „qualifizierten Leistungserbringer“ wird in der gesamten Anlage 17 dann verwendet, wenn eine bestimmte Qualifikation gefordert ist. Diese wird dann im Richtlinientext in dem jeweiligen Kontext konkret benannt. Wird auf die für psychische Erkrankungen spezialisierte Fachärztinnen und spezialisierten Fachärzte oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten in Abgrenzung zu den Hausärztinnen und Hausärzten abgezielt, wird der Begriff „spezialisierte Leistungserbringer“ verwendet. Wird nur auf die für psychische Erkrankungen spezialisierten Fachärztinnen und spezialisierte Fachärzte abgezielt, wird der Begriff „spezialisierte“ Fachärztinnen und Fachärzte verwendet.

Die Weiterbildungsbezeichnungen für die spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzte orientieren sich an der geltenden (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und richten sich nach den Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern. Dazu zählen insbesondere:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie;
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin;
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychotherapie;
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie;
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie;
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie;
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie;
- Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde sowie
- Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Altersabhängig zählen im Einzelfall hierzu auch die auf psychische Erkrankungen spezialisierten Kinder- und Jugendärztinnen oder spezialisierten Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die zuvor verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

Zu Nummer 1.1 Definition von Depressionen

Einteilung der Depressionen in ihre Erkrankungsformen

Depressionen sind in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) oder im US-amerikanischen Diagnosemanual (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-5) über klinische und explizit formulierte Kriterien nach verschiedenen Schweregraden definiert. In der ICD-10 werden Depressionen den affektiven Störungen (F30 bis F39) zugeordnet; diese teilen sich wiederum in unipolar-depressive und bipolare Störungen auf. Depressionen als Folge einer organischen Störung sind davon abzugrenzen (F06.3) Diese, wie auch bipolare Störungen, sind nicht Gegenstand dieses DMP (siehe Nummer 1.2).

Zu den unipolaren depressiven Störungen zählen die depressive Episode beziehungsweise die rezidivierende depressive Störung, die chronische Depression und die Dysthymie (Nationale VersorgungsLeitlinie NVL 2015) [14].

Wesentliche Merkmale einer klinischen Depression im Sinne einer depressiven Episode nach ICD-10 (F32) oder einer Major Depression nach DSM-5 sind depressive Kernsymptome, die für mindestens zwei Wochen klinisch relevant vorliegen und eine deutliche Veränderung gegenüber dem normalen Befinden darstellen.

Treten mehrere depressive Episoden im Verlauf eines Lebens auf, werden diese als rezidivierende depressive Störung bezeichnet (F33).

Für die Definitionen der Remission und des Rezidivs wird auf die NVL und insbesondere dort Abbildung 6 verwiesen (NVL 2015) [14].

Von einer chronischen Depression wird gesprochen, wenn eine depressive Episode länger als zwei Jahre besteht.

Hauptmerkmal der Dysthymie (F34.1) hingegen ist eine chronisch depressive Verstimmung, die ein im Vergleich zu depressiven Episoden leichteres Störungsbild aufweist und mindestens zwei Jahre andauert. Entwickelt sich zusätzlich zur Dysthymie eine voll ausgeprägte depressive Episode spricht man von einer sogenannten „Double Depression“ (NVL 2015) [14].

Auch bei einer chronischen depressiven Störung kann es zu einer phasenweisen Verschlechterung der Symptome und der Manifestation einer voll ausgeprägten, schweren depressiven Episode kommen. Remittiert diese nicht vollständig, das heißt bleiben leichte oder mittelschwere depressive Beschwerden bestehen, liegt ein chronischer und rezidivierender Verlauf vor.

Das folgende Schaubild illustriert die Formen und Verläufe unipolarer depressiver Störungen:

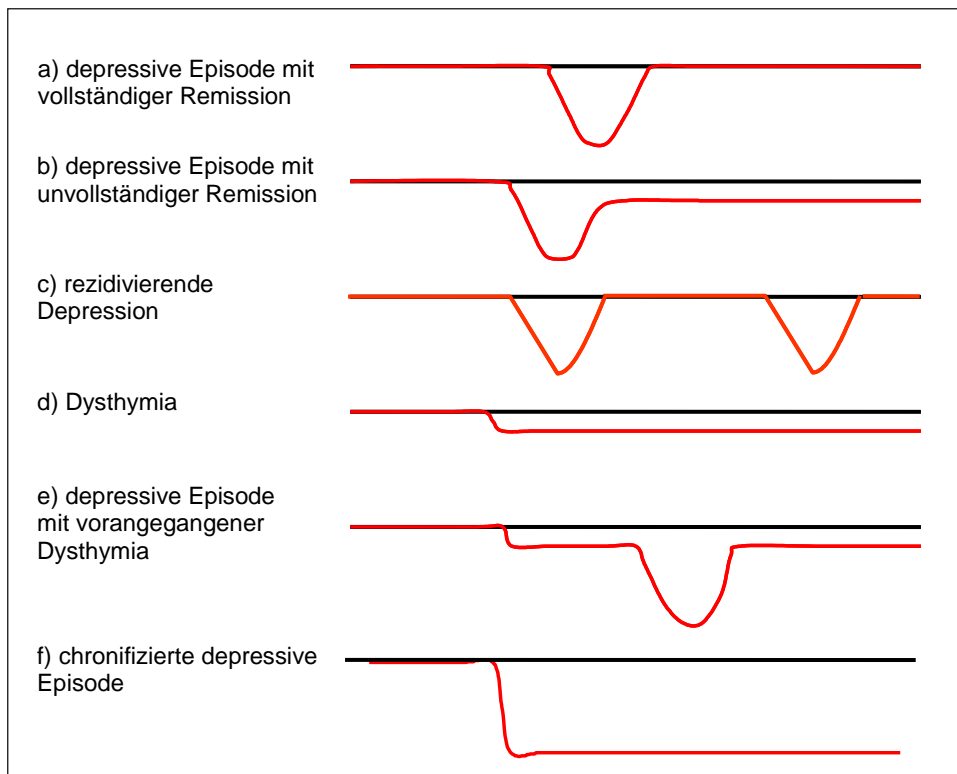


Abbildung 1: Verläufe unipolarer depressiver Störungen © ÄZQ, DGPPN, BÄK, KBV und AWMF 2015 (Quelle: (NVL 2015) [14])

Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und der Lebensführung

Betroffene mit einer depressiven Erkrankung können sowohl in ihrer persönlichen und beruflichen Leistungsfähigkeit als auch in der gesamten Lebensführung und Alltagskompetenz stark beeinträchtigt sein (NVL 2015)[14]. Die Art und Schwere der Beeinträchtigung kann individuell und phasenweise auch in Abhängigkeit vom Schweregrad und der Erkrankungsdauer unterschiedlich ausgeprägt sein und sich in verschiedenen Lebensbereichen manifestieren (zum Beispiel Führung des Haushalts, soziale Beziehungen, Arbeitsfähigkeit, Tagesstrukturierung, Freizeitaktivitäten) und sich auf die Lebensqualität auswirken.

Bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis

Depressive Störungen können ganz unterschiedliche auslösende sowie aufrechterhaltende Faktoren insbesondere bei Chronifizierung aufweisen. Die auslösenden und aufrechterhaltenden Krankheitsfaktoren können sowohl ein somatisches Krankheitsgeschehen umfassen, auf psychisch bedingte Schwierigkeiten und nicht ausreichende Bewältigungsmechanismen zurückzuführen sein oder auch soziale beziehungsweise umweltbezogene Ursachen haben (NVL 2015 [14], ICF [18]).

Vorkommen von Depressionen und ihren Erkrankungsformen

Gemäß NVL (2015)[14] liegt die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen national wie international bei 16 bis 20% (alle Formen). Das Erkrankungsrisiko für eine unipolare Depression wird bei Frauen mit einer 12-Monatsprävalenz von 10,6% doppelt so hoch beziffert wie bei Männern mit 4,8%. Die Häufigkeit einer unipolaren Depression in der Allgemeinbevölkerung wird in einem Zeitfenster von zwölf Monaten für beide Geschlechter auf insgesamt 7,7%, für eine Major Depression (depressive Episode) auf 6% und für eine Dysthymie auf 2% geschätzt, gefolgt von bipolaren Störungen mit 1,5% (NVL 2015) [14].

Suizidalität, zumindest in Form von Suizidgedanken, ist bei depressiven Patientinnen und Patienten sehr häufig, 60-70 % der Patientinnen und Patienten haben während einer aktuellen depressiven Episode auch Suizidgedanken (NVL 2015)[14]. Das Suizidrisiko ist bei depressiv

Erkrankten etwa 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Insgesamt gehen bis zu 70 % der jährlich etwa 10 000 Suizide in Deutschland auf eine depressive Erkrankung zurück (NVL 2015)[14].

Zu Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik

Bedeutung der verschiedenen Erkrankungsformen für das DMP Depression

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber dem G-BA explizit auferlegt, ein DMP für Depressionen zu erarbeiten. DMP sind gemäß § 137f SGB V Behandlungsprogramme für Krankheiten mit einem chronischen Verlauf, häufigem Auftreten und intersektorem Behandlungsbedarf. Des Weiteren wird gemäß § 137f SGB V vorausgesetzt, dass Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität bestehen.

Da chronische und rezidivierende unipolare depressive Störungen die beiden häufigsten schwerwiegenden Erkrankungsformen darstellen, wird das DMP auf diese ausgerichtet.

Ogleich bipolare Störungen meist schwerwiegende Verläufe zeigen, werden sie in diesem DMP nicht berücksichtigt. Es handelt es sich um eine eigenständige und weniger häufige Krankheitsentität, zu der eine eigene S3-Leitlinie vorliegt, die eine differenzierte Vorgehensweise erfordert.

Wenngleich die Definition der Depression und ihre Kriterien auf internationale Klassifikationssysteme Bezug nehmen, sind spezifische Codes für die Definition, Diagnose und Einschreibung in das DMP nicht ausreichend, dienen aber der Orientierung (F32.1-3 und F33.1-3/ jeweils mittelgradig, schwer ohne psychotische Symptome oder schwer mit psychotischen Symptomen). Dies liegt darin begründet, dass als Teilnahmevoraussetzungen am DMP weitere Aspekte bedeutsam sind, welche über die Kriterien von Klassifikationssystemen hinausgehen. Dazu gehören zum Beispiel das Alter oder spezifische Voraussetzungen hinsichtlich Erkrankungsdauer, um insbesondere Betroffene mit langwierigen Verläufen anzusprechen und weiterer Chronifizierung gezielt zu begegnen.

Bei der Auswahl der Zielgruppe für dieses DMP werden entsprechend der Vorgaben des § 137f SGB V Patientinnen und Patienten mit chronischen Verlaufsformen berücksichtigt. Ebenfalls werden wiederkehrende Formen der Erkrankung als chronisch im Sinne dieses DMP gewertet.

Etwa 80% aller Depressionen zeigen eine mittel- bis schwergradige Ausprägung (Faktencheck Depression [44], Wittchen et al. (2010) DEGS [70]). Sie führen zu ausgeprägten Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltagslebens und gehen mit einer erhöhten Suizidalität einher (Gesundheit in Deutschland 2015, RKI: Faktenblatt Depression 2010 [58]; IQWiG[26]).

Die Behandlung von mittel- und schwergradigen Depressionen ist durch Kombinationstherapien, intersektorales Behandlungssetting und Vernetzungsaufwand zwischen unterschiedlichen Behandlern sehr komplex, was sie zu einem geeigneten Ansatzpunkt für ein DMP macht.

Bei leichten Depressionen sind die Auswirkungen auf psychosoziale Funktionsfähigkeit und Alltagsbewältigung in der Regel deutlich geringer als bei mittelgradigen bis schweren Formen. Es existieren unterschiedlichste angemessene, auch niedrigschwellige, Angebote in der Versorgung. Intersektorale Übergänge, insbesondere stationäre Behandlungen, sind eher selten notwendig.

Eine der Voraussetzungen für die Einschreibung in ein DMP Depression ist das Vorliegen einer mittelgradigen oder schweren depressiven unipolaren Störung ohne oder mit psychotischen Symptomen.

Das Programm ist auf Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr ausgerichtet (siehe auch Nummer 3.2).

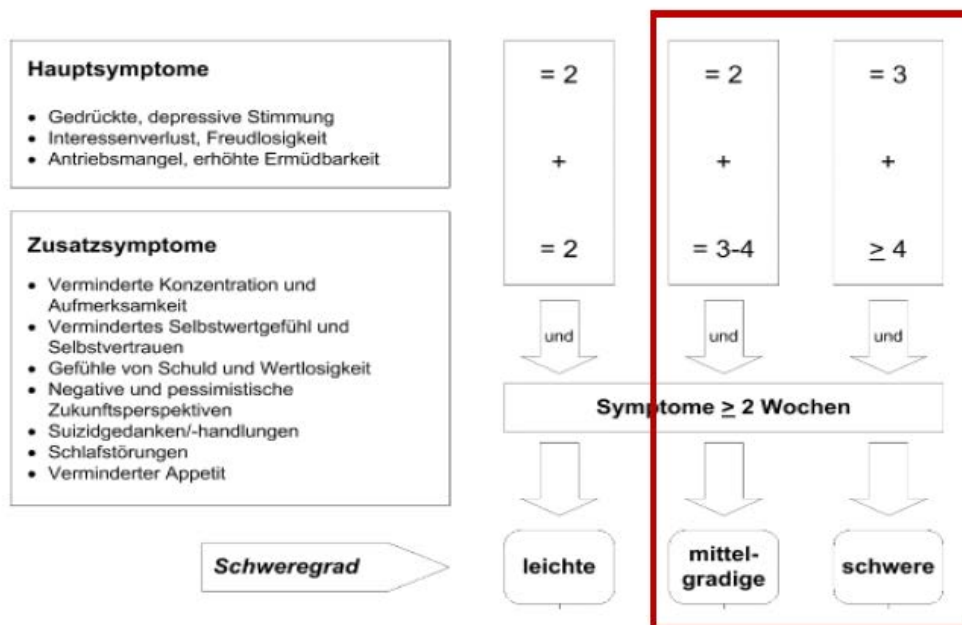
Gemäß Stufenplan der Diagnostik erfolgt die Diagnosestellung einer unipolaren depressiven Störung (NVL 2015) [14] in folgenden Schritten:

- Erfassung der Hauptsymptome: Veränderung in Stimmung und Antrieb
- Klärung, ob die Veränderung in Stimmung und Antrieb eher einer depressiven oder einer anderen psychischen Störung zuzuordnen ist (Differentialdiagnostik)
- Ausschluss anderer hirngorganischer Ursachen beziehungsweise Verursachung durch Gebrauch oder Missbrauch psychotroper Substanzen

Genauere Erhebung des psychopathologischen Befundes (unter anderem Zusatzsymptome) und des Verlaufes

Zu a)

Eine Voraussetzung für die Einschreibung in ein DMP Depression ist das Vorliegen einer mindestens mittelgradigen oder schweren depressiven unipolaren Störung ohne oder mit psychotischen Symptomen. Dabei ist die Schweregradeinteilung anhand der Anzahl der zutreffenden Haupt- und Zusatzsymptome zu differenzieren. Die Systematik der Schweregradbestimmung anhand der Haupt- und Zusatzsymptome ist in Abbildung 2 dargestellt.



Legende: die Zahlen („= 2“ oder „= 3-4“) beziehen sich auf das Vorhandensein von mind. zwei Hauptsymptomen und mind. drei bis vier Zusatzsymptomen

Abbildung 2: Schweregradbestimmung der unipolaren Depression nach ICD-10 Kriterien (modifiziert nach © ÄZQ, DGPPN, BÄK, KBV und AWMF 2015 (Quelle: (NVL 2015))[14]

Neben der Erfassung von Art und Dauer der Symptome erfolgt die Schweregradbestimmung anhand der Anzahl und Kombination der Symptome, die mindestens zwei Wochen anhalten müssen. Für eine leichte depressive Episode müssen zwei der Hauptsymptome und zwei der Zusatzsymptome vorliegen. Von einer mittelgradigen Depression spricht man bei zwei Hauptsymptomen und drei bis vier Zusatzsymptomen. Liegen alle drei Hauptsymptome und mindestens vier Zusatzsymptome vor, sind die Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllt.

Eine klare Abgrenzung der Schweregrade ist wichtig, da die therapeutischen Maßnahmen entsprechend dem vorliegenden Schweregrad ausgerichtet sein sollen (siehe Nummer 1.5).

Zur Exploration der Haupt- und Zusatzsymptome können folgende Leitfragen verwendet werden (NVL 2015)[14]:

Tabelle 1: Leitfragen zur Schweregradbestimmung der unipolaren Depression nach ICD-10 Kriterien (modifiziert nach © ÄZQ, DGPPN, BÄK, KBV und AWMF 2015 (Quelle: (NVL 2015) [14])

Hauptsymptome	
Depressive Stimmung	„Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“ „Gab es Zeiten, zu denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“
Interessenverlust und Freudlosigkeit	„Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?“ „Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“
Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel	„Haben Sie Ihre Energie verloren?“ „Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“ „Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“
Zusatzsymptome	
Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“ „Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“
Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	„Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?“ „Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“
Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit	„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“ „Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“ „Haben Sie Pläne für die Zukunft?“
Suizidgedanken/Suizidhandlungen	„Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“ „Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“ „Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“ „Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“
Schlafstörungen	„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“

	„Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?“
Verminderter Appetit	„Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit?“ „Haben Sie ungewollt abgenommen?“

Zu b)

Es wird die Voraussetzung für die Einschreibung in das DMP Depression über das Vorliegen einer Depression mit einer Erkrankungsdauer von mindestens einem Jahr oder über das Vorliegen der mindestens dritten Erkrankungsepisode definiert.

Von dem im DSM-5 verwendeten Zeitkriterium der zwei Jahre für eine chronische Depression wurde hier abgesehen, weil bei diesem Zeitkriterium von einer sehr hohen patientenseitigen Belastung und einer deutlichen Unterversorgung auszugehen ist. Studien zeigen, dass nach einem Jahr rund 76% der behandelten Depressiven remittieren, nach zwei Jahren 79% (NVL 2015)[14]. Die Genesungsrate steigt also im zweiten Behandlungsjahr kaum noch an. Auch die Chroniker-Richtlinie (Richtlinie zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte) des Gemeinsamen Bundesausschusses spricht von chronisch, wenn die Erkrankung unter anderem über mindestens ein Jahr behandlungsbedürftig ist.

Depressive Episoden können einmalig oder wiederholt auftreten. Bei wiederholtem Auftreten wird eine rezidivierende Depression diagnostiziert. Je mehr depressive Episoden erlebt werden, desto höher ist das Risiko für eine weitere Episode (Rezidiv). Mit der dritten depressiven Episode empfehlen Leitlinien Maßnahmen zur Verhinderung von Wiedererkrankungen (=Rezidivprophylaxe) (IQWiG) [26].

Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung erhöht sich nach zweimaliger Erkrankung auf 70 % und liegt nach der dritten Episode bei 90 % (NVL 2015)[14].

Als Voraussetzung für eine Teilnahme am DMP Depression wird aus den vorgenannten Gründen eine Erkrankungsdauer einer Depression von mindestens einem Jahr definiert. Da eine Depression episodenhaft auftreten kann, wird zusätzlich festgelegt, dass eine Teilnahme auch möglich ist, wenn aktuell mindestens die dritte Krankheitsepisode vorliegt. Dabei ist das Auftreten der Erkrankungsepisoden nicht an die Jahresfrist gebunden.

Zu c)

Zu den entsprechend qualifizierten Leistungserbringern, die die Depressionsdiagnose sichern können, zählen Hausärztinnen und Hausärzte, spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zwischen dem Auftreten erster psychischer Beschwerden und der Inanspruchnahme einer fachspezifischen Behandlung besteht eine erhebliche Latenz von mehr als 5 Jahren bei rund 50% der später Behandelten (Schulz et al., 2008)[63]. Nur 29-52% der Patienten mit Depressionen suchen Hilfe während des ersten Erkrankungsjahres auf; die mediane Dauer bis zum Beginn der Behandlung beträgt zwei Jahre (Wang et al., 2007)[69]. Nach wie vor spielen Stigmatisierungsängste bei der stark verzögerten Inanspruchnahme der spezialisierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eine große Rolle. So zeigen mehrere Studien einen Einfluss von Stigmatisierung auf das Aufsuchen fachspezifischer Behandlung bei Depression (zum Beispiel Schomerus et al., 2009[60]; Barney et al., 2006[5]; Mojtabai et al., 2002[45]). Insbesondere Männer, ältere Menschen und Menschen ohne vorherigen Kontakt zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung suchen aus Angst vor Stigmatisierung seltener die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf (Schomerus et al., 2009)[60]. Des Weiteren konnte gerade bei schwerer erkrankten Betroffenen eine Stigmatisierung hinsichtlich der Inanspruchnahme störungsspezifischer Behandlung gefunden werden (Fox et al., 2018)[22]. Ein bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland zeigt, dass rund ein Drittel der Befragten im Falle psychotherapierelevanter Störungen nicht zu einem Psychotherapeuten gehen würde

(Petrowski et al., 2014)[55]. Diese negative Haltung ist bei Männern und Menschen mit niedrigem Bildungsstand stärker ausgeprägt.

Für diese Patientengruppen ist es von großer Relevanz, durch eine bereits bestehende therapeutische Beziehung zur Hausärztin oder zum Hausarzt Barrieren zur Inanspruchnahme von Behandlung zu verringern und damit auch eine Teilnahme am DMP ohne die Bedingung einer initialen Weiterleitung in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen. Eine zusätzliche Diagnoseabsicherung durch entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte würde Patientinnen und Patienten mit Stigmatisierungsängsten den Weg in die strukturierte Versorgung verbauen. Im Rahmen des DMP können diese Hürden abgebaut werden, sodass die zweite Versorgungsebene im Laufe der Programmteilnahme von dieser Patientengruppe besser akzeptiert wird.

Die spezialisierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verfügen aufgrund ihrer umfassenden Weiterbildung über spezifische Expertise für die Differentialdiagnostik im Bereich der psychischen Störungen sowie in Bezug auf die notwendige Erstellung des psychopathologischen Befundes. Daher soll in nicht eindeutigen Diagnosesituationen die Diagnosesicherung durch diese herbeigeführt werden.

Zur somatischen Differentialdiagnostik kann in Abhängigkeit von der eigenen Qualifikation die Einbindung von weiteren Leistungserbringern erforderlich sein. Vorbefunde sind zu berücksichtigen

Aufgrund der geringeren Symptomschwere erfüllen Dysthymien nicht die Einschreibevoraussetzungen.

Patientinnen und Patienten mit einer Depression als Folge einer organischen Störung (ICD 10 F06.3) sind nicht Zielgruppe dieses DMP, da die Behandlung der somatischen Grunderkrankung prioritär und nicht Gegenstand dieses DMP ist. Die Diagnose einer organisch bedingten Depression ist laut NVL[14] zu stellen, wenn die Störung des Affekts sehr wahrscheinlich als direkte körperliche Folge eines spezifischen medizinischen Krankheitsfaktors angesehen wird. Dies betrifft beispielsweise Multiple Sklerose, Schlaganfall, Hypothyreose oder demenzielle Erkrankungen. Eine Teilnahme am DMP kann jedoch erfolgen, wenn die Depression als Komorbidität zu werten ist.

Unabhängig von der Ausprägung der Symptomatik oder der Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Verbesserung kann die Patientin oder der Patient im DMP solange verbleiben, wie er oder sie nach gemeinsamer Einschätzung mit der Ärztin oder dem Arzt von einer Teilnahme profitiert.

Zu Nummer 1.3 Therapieziele

Die im Anforderungstext formulierten Therapieziele entsprechen überwiegend den allgemeinen Behandlungszielen in der NVL (NVL 2015)[14].

Unter Remission ist die vollständige oder weitestgehende Wiederherstellung der psychischen Gesundheit nach der Akutbehandlung zu verstehen. Unter einem Rückfall (= relapse) versteht man das erneute Auftreten des Vollbilds einer depressiven Episode, wenn nach oder während der Akutbehandlung kurzfristig bereits eine Besserung eingetreten war. Die Wiedererkrankung (= Rezidiv) ist dahingehend definiert, dass nach vollständiger Genesung erneut eine depressive Episode auftritt.

Um die Bedeutungen der Komorbiditäten bei Depression zu betonen (siehe auch Nummer 1.5.6) wurde die adäquate Behandlung der Komorbiditäten als Therapieziel aufgenommen.

Die Auflistung der Ziele ist insofern nicht abschließend, als weitere Therapieziele im Rahmen der verschiedenen Behandlungsphasen individuell zu spezifizieren sind. Zudem stellt die Auflistung der Ziele keine Prioritätensetzung dar, so dass individuell zu prüfen ist, welche der genannten Zielsetzungen mit welcher Wertigkeit zu verfolgen sind.

Zu Nummer 1.4 Therapieplanung

Die bei der Therapieplanung zu berücksichtigenden Faktoren orientieren sich an den entsprechenden Empfehlungen der NVL (NVL 2015)[14]. Die differenzierten Behandlungsempfehlungen leiten sich insbesondere vom Schweregrad und dem Verlauf der depressiven Erkrankung ab (siehe Nummer 1.5). Mit dem individuellen Krankheitsverlauf ist zum Beispiel die Dauer der depressiven Episode oder die Anzahl der Episoden gemeint. Hinsichtlich des Behandlungsverlaufs sollen gegebenenfalls vorher stattgefundenen Maßnahmen und das individuelle Ansprechen bei der Therapieplanung berücksichtigt werden.

Aufklärung

Die Aufklärung über Nutzen und Risiken dient der informierten Entscheidung der Patientinnen und Patienten. Bezüglich der allgemeinen Therapieprinzipien sowie der umfassenden Aufklärung der Patientin oder des Patienten wird auch auf § 7 der DMP-A-RL verwiesen. Es soll ein hoher Informationsgrad zu den Behandlungsmöglichkeiten gewährleistet werden. Patientinnen und Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden. Wenn es angebracht ist und die Patientinnen und Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige (Empfehlungsgrad A, LoE Ib). So sollte mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden. Die Hinweise zur Information und Einbeziehung der Patientinnen und Patienten entsprechen den Empfehlungen der NVL unipolare Depression.[14]

Schriftliche Patienteninformation

Mehrere Leitlinien empfehlen, dass zusätzlich zur mündlichen Aufklärung optional schriftliche evidenzbasierte Patienteninformationen verwendet werden können [NVL 2015 [14]: GoR A; NCCMH 2010 adults [49]; SNHS 2014 [71]]. Diese liegen sowohl in deutscher Sprache [4,24,25,34,35,66,67], als auch in mehreren anderen Sprachen vor (zum Beispiel [4,66,67]). Bei der Aufklärung sollten laut mehrerer Leitlinien Stigmatisierungsängste berücksichtigt werden [SNHS 2014 [71]; NCCMH 2010 adults [49]].

Exploration von Suizidalität

Aufgrund des erhöhten Suizidrisikos bei depressiv Erkrankten ist es besonders wichtig, Suizidalität im Rahmen der Diagnostik aktiv und empathisch zu explorieren. Auch im weiteren Behandlungsverlauf, in dem Suizidalität neu auftreten kann, ist eine regelmäßige Erfassung notwendig. Das Befragen der Patientinnen und Patienten über suizidale Gedanken, Impulse und Pläne führt entgegen einer weit verbreiteten Fehleinschätzung nicht dazu, dass diese erst dadurch auf die Idee gebracht werden. Die meisten Patientinnen und Patienten sind erleichtert und fühlen sich entlastet, wenn das Thema angesprochen wird.

Die Abschätzung des Suizidrisikos sollte durch Erfragen von Risikomerkmalen vorgenommen werden:

- „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“
- „Häufiger?“
- „Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?“
- „Konnten Sie diese Gedanken beiseiteschieben?“
- „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es tun würden?“
- „Haben Sie Vorbereitungen getroffen?“
- „Umgekehrt: Gibt es etwas, was Sie davon abhält?“
- „Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Suizidgedanken gesprochen?“
- „Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?“
- „Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?“

Die Empfehlungen zur Erfassung von Suizidalität entsprechen der NVL 2015 [14].

PHQ-9 Patient Health Questionnaire

Zur Unterstützung bei der Abschätzung der Symptomschwere im Rahmen der Therapieplanung (VADoD 2016)[41] sowie bei der Einschätzung der Symptomveränderung und des Ansprechens auf die Therapie im Rahmen der Verlaufskontrolle (VaDoD 2016[41]; BAP 2015[16]) wird die Verwendung von psychometrischen Tests empfohlen. Es stehen klinisch bewährte und psychometrisch gut untersuchte Selbstbeurteilungsinstrumente zur Verfügung, die unterschiedlich lang sowie unterschiedlich komplex sind (zum Beispiel Patient Health Questionnaire; PHQ-9, Beck Depressionsinventar; BDI, Allgemeine Depressionsskala; ADS) oder Fremdbeurteilungsinstrumente (zum Beispiel Inventar depressiver Symptome, IDS-C; Quick Inventory of Depressive Symptomatology (Clinician-Rated), QIDS-C; Hamilton Depression Rating Scale, HDRS; Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS). Zur Erfassung des Schweregrads der Depression kommt insbesondere der PHQ-9 als ergänzendes Instrument in Frage, da er zeitökonomisch einsetzbar ist. Er erfährt eine breite Anwendung in der fachärztlichen sowie fachpsychologischen Versorgung und wird in zahlreichen nationalen wie internationalen Therapiestudien als Haupterfolgsmaß eingesetzt. In Deutschland ist er in verschiedenen Projekten eingesetzt worden, hat sich als valide und änderungssensitiv erwiesen (Löwe et al. 2004b [38], 2004c[39]; Gilbody et al. 2007 [23]) und wird gut akzeptiert (zum Beispiel Bermejo et al. 2003 [10], 2005 [11]; Löwe et al. 2017 [37]). Der PHQ-9 weist gute psychometrische Kennwerte auf und ist darin mit anderen Instrumenten (etwa BDI, ADS) vergleichbar. Die Empfehlung zur Verwendung des PHQ-9 im DMP Depression wird durch mehrere Leitlinien (VADoD 2016 [41]; SNHS 2014 [71], NVL 2015 [14]) gestützt.

Tabelle 2: Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)[36]

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gesamtwert _____ = Addition _____ + _____ + _____ der Spaltensummen				

Englische Version: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Der Summenwert des PHQ-9 hat einen Range von 0 bis 27 und ist wie folgt zu interpretieren:

Tabelle3: Einteilung PHQ-9 Summenwert nach Schweregrad der Depression

PHQ-9 Summenwert	Schweregrad der Depression
0 – 4	Fehlen einer depressiven Schweregradausprägung
5 – 9	Leichte Ausprägung
10 – 14	Mittelgradige Ausprägung
15 – 19	Schwere Ausprägung
20 – 27	Schwerste Ausprägung

Weichen die Schweregradeinschätzungen basierend auf der klinischen Beurteilung der Symptome (Nummer 1.2) von den Angaben im PHQ-9 ab, ist die klinische Schweregradeinschätzung vorzuziehen, da nur anhand der klinischen Erfassung aller relevanten Haupt- und Zusatzsymptome sowie anhand der Dauer und des Verlaufs der Symptome eine adäquate klinische Diagnosestellung möglich ist (NVL 2015) [14].

Therapieplan erstellen und Ziele vereinbaren

Die Identifikation, Festlegung und Prüfung von gemeinsam vereinbarten Zielen und Maßnahmen ist elementarer Bestandteil jeder strukturierten Behandlung einer chronischen Erkrankung und lehnt sich an die Definition des Collaborative Care Modells an (siehe zum Beispiel Wagner, 1997[68]; NCCMH adults 2010 [49]). Diese Ziele sollten möglichst spezifisch, messbar und zeitlich terminiert formuliert sein und können auch als Teilziele sowohl Aspekte der Behandlungscoordination, psychotherapeutischer, anderer nicht-medikamentöser und medikamentöser Maßnahmen (zum Beispiel Dosis und Dauer der Medikamenteneinnahme), sowie Aspekte der Eigenaktivität (zum Beispiel konkrete patientenrelevante Verhaltensaktivierung) adressieren.

Krisenmanagement

Das bei der Therapieplanung in diesem DMP empfohlene Krisenmanagement ist an die in der NVL (2015)[14] beschriebene psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung und eine Empfehlung der NCCMH adults (2010)[49] angelehnt. Bei Bedarf und insbesondere bei schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren Problematik sollte der Umgang mit dem Auftreten akuter Krisen gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten thematisiert und Strategien vereinbart werden (NCCMH 2010 adults [49] [GoR ↑, LoE fehlt]).

Angehörige und Selbsthilfe

Die Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen und die Empfehlung zum Hinweis auf Selbsthilfe- und Angehörigengruppen entsprechen der NVL 2015[14]. Informationen zu Selbsthilfeverbänden und örtlichen Selbsthilfe-Kontaktstellen können beispielsweise der NAKOS-Liste (www.nakos.de) entnommen werden.

Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen

Zu Nummer 1.5.1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung

Als therapeutische Maßnahmen stehen laut Leitliniensynopse des IQWiG einschließlich NVL mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, welche die Psychotherapie (Nummer 1.5.2), die medikamentöse Therapie (Nummer 1.5.3), die Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie sowie weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen

(Nummer 1.5.4) umfassen. [14,15,26] Mehrheitlich werden in den internationalen Leitlinien sowie der NVL die aufgeführten Therapieindikationen mit hohen Empfehlungsgraden und Evidenzleveln genannt.

Bei der Entscheidung der Auswahl der Therapieverfahren sind die Schwere der Erkrankung, deren Dauer und Verlauf sowie die Patientenpräferenzen maßgeblich [14]. Die patientenseitige Präferenz gegenüber einem Behandlungsverfahren sollten auch unter Berücksichtigung von möglichen Vorbehandlungen in die Therapieentscheidung einbezogen werden. Die Empfehlungen zu den bei der Wahl der Behandlungsmaßnahmen einzubeziehenden Faktoren richten sich nach den Empfehlungen der NVL (2015) [14] und der NCCMH adults (2010) [49].

Zu Nummer 1.5.1.1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erkrankungsverlauf

Die allgemeinen Empfehlungen zur Behandlung entsprechen den Empfehlungen der vom IQWiG bewerteten Leitlinien (NVL 2015)[14].

Die Empfehlung zum Einsatz von Psychotherapie, medikamentöser Behandlung oder zur Kombination von beidem ist maßgeblich mit der Erkrankungsschwere verknüpft.

Auch in diesem Abschnitt rekurren die Anforderungen auf höchste Empfehlungsgrade und Evidenzlevel, die sich laut NVL wie folgt darstellen [14]. Demnach soll bei einer mittelschweren Depression entweder Psychotherapie oder eine Behandlung mit Antidepressiva Einsatz finden (Empfehlungsgrad A, LoE Ia). Demgegenüber soll bei akuten schweren Depressionen eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden (Empfehlungsgrad A, LoE Ia). Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patientinnen und Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden (Empfehlungsgrad A, LoE Ia) [14].

Sofern die eingesetzten antidepressiven Medikamente bei mittelschweren Depressionen nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie offeriert werden (Empfehlungsgrad A, LoE Ia).

Bei Double Depression und chronischer Depression mit mindestens zweijährigem Verlauf sollen die Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist. (Empfehlungsgrad A, LoE Ia). Bei Double Depression und chronischer Depression ist eine aktive Suche nach individuell-lebensgeschichtlichen Störungsfaktoren angezeigt. Da es um längere Krankheitsdauern geht, sollten unter Umständen längere Therapiedauern mit Aufarbeitung individueller störungsbedingender und aufrechterhaltender Faktoren bedacht werden.

Depressive Patientinnen und Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten den Empfehlungen der NVL nach in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten (Empfehlungsgrad Klinischer Konsenspunkt / KKP, LoE Expertenkonsens). Bei Patientinnen und Patienten mit wahnhafter Depression sollte eine Kombination aus Antidepressiva und Antipsychotika erwogen werden. Welche konkreten Kombinationen besonders erfolgversprechend sind, lässt sich aufgrund der aktuellen Studienlage noch nicht beantworten (Empfehlungsgrad B, LoE Ia) [14].

Zu Nummer 1.5.1.2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin oder des Patienten

Bei Depressionen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahren) soll Betroffenen eine Psychotherapie (Empfehlungsgrad A, LoE Ia) und bei schweren Formen sollte laut NVL eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie angeboten werden (Empfehlungsgrad B, LoE Ia). Auch bei leichten kognitiven Einschränkungen soll eine Psychotherapie bevorzugt als Einzeltherapie offeriert werden (Empfehlungsgrad B, LoE Ib). Im Alter liegt der Schwerpunkt

eher auf der Psychotherapie, was auch etwaigen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufgrund von Multimorbidität Rechnung tragen kann. Wenngleich im Alter spezifische Herausforderungen zur Umsetzung von Behandlungsempfehlungen bestehen, werden gerade von älteren Patientinnen und Patienten die Angebote sehr wertschätzend angenommen [14].

Zu Nummer 1.5.2 Psychotherapie

Die vom IQWiG bewerteten Leitlinien einschließlich der NVL[14,15,26] nennen verschiedene Psychotherapieverfahren, die zur Behandlung einer Depression in Frage kommen.

Die NVL [14,15] benennt die Verhaltenstherapie, die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte/ psychodynamische und analytische Psychotherapie), die systemische Therapie, die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie.

In der vertragsärztlichen Versorgung können gemäß Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) derzeit die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) erbracht werden.

Hiervon unberührt sind im Rahmen von Krankenhausbehandlung erbringbare Leistungen, die nicht dem Geltungsbereich der PT-RL unterliegen.

Alle in dieser Anlage der DMP-A-Richtlinie beschriebenen Inhalte, die auf die PT-RL verweisen, sind der PT-RL untergeordnet. Die PT-RL gilt in der jeweils aktuellen Fassung auch für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des DMP Depression, und zwar in der gleichen Weise wie außerhalb des DMP Depression.

Als maßgeblicher Erfolgsfaktor einer psychotherapeutischen Behandlung wird in der NVL eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient betont (NVL (2015)[14] Empfehlungsgrad B, LoE Ib). Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor ist, dass die individuell passende Behandlungsform nach den Patientenpräferenzen gefunden wird. Dazu sind die Investitionsbereitschaft der Patientin und des Patienten und die fachliche Qualifikation wie auch Empathiefähigkeit der Therapeutin und des Therapeuten bedeutsam. Eine erfolgreiche Psychotherapie setzt Motivation, Bereitschaft und Fähigkeit zur Einsicht und zur Mitwirkung durch die Patientinnen und Patienten voraus. Dabei gilt in einem sensiblen und persönlichen Bereich wie der Psychotherapie besonders, dass sich die Betroffenen aufgehoben, angenommen sowie verstanden fühlen und sich anvertrauen können [14,15].

Unabhängig davon, für welche Therapieform die Entscheidung ausfällt, sollte die Psychotherapeutin und der Therapeut ermutigen und Hoffnung geben, einfühlsam sein und eine vertrauensvolle Beziehung zur Patientin oder zum Patienten aufbauen sowie die Beweggründe und Erwartungen der Betroffenen an die Behandlung eruieren; die Therapeutin oder der Therapeut sollte die Krankheit erklären und verdeutlichen, dass deren Ursache nicht in persönlichem Versagen oder Schuld liegt, als auch vermitteln, dass die Erkrankung behandelt werden kann und warum eine Therapie für die Patientin oder den Patienten wichtig ist. Dabei soll im Gespräch mit Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen eine verständliche Sprache verwendet werden [14,15].

Die Empfehlungen zur Rezidivprophylaxe im Rahmen der Psychotherapie, zum Vorgehen beim Nichtansprechen auf eine Psychotherapie und die Hinweise auf potentielle unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie sind an die NVL (2015)[14] angelehnt. Angaben zu den Zielen der probatorischen Sitzungen, zur Art und Inhalten sowie zum Umfang der in der vertragsärztlichen Versorgung derzeit erbringbaren Psychotherapien sind der aktuellen Fassung der PT-RL entnommen.

Zu Nummer 1.5.3 Medikamentöse Therapie

Die hier in den Anforderungen für dieses DMP genannten antidepressiven Medikamente und entsprechenden Empfehlungen dazu beziehen sich bis auf die Ausführungen zu Phytopharmaka auf höchste Empfehlungsgrade und Evidenzniveaus der nationalen und internationalen Leitlinien (Empfehlungsgrad A, LoE Ia) [14].

Zwischen den Substanzklassen bestehen jedoch erhebliche Unterschiede bezüglich möglicher Toxizität und Nebenwirkungen. Letzteres ist von hoher klinischer Relevanz, da mehr als die Hälfte der mit Antidepressiva behandelten Patientinnen und Patienten über unerwünschte Nebenwirkungen klagt. So lassen sich verschiedene Kriterien zur Auswahl des Antidepressivums voneinander differenzieren. Die Auswahlkriterien umfassen die Verträglichkeit, die Überdosierungssicherheit, das Ansprechen in einer früheren Krankheitsepisode, die Handhabbarkeit, die Anwendungserfahrung, die Möglichkeiten bei Nichtansprechen, die Komorbidität und Komedikation sowie die individuellen Patientenpräferenzen [14].

Betroffene sollten dazu über unterschiedliche Wirkstärken verfügbarer Zubereitungen und Nebenwirkungen informiert werden. Sie sollten ebenfalls aufgeklärt werden über mögliche schwere Wechselwirkungen von Johanniskraut mit anderen Medikamenten (einschließlich oraler Kontrazeptiva, Antikoagulantien und Antiepileptika; Empfehlungsgrad B, LoE IV Expertenkonsens) [14].

Das Serotoninsyndrom (Synonym: serotonerges Syndrom) ist eine seltene, jedoch potentiell lebensbedrohliche unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) einer antidepressiven medikamentösen Therapie. Verantwortlich ist eine serotonerge Überaktivität, ausgelöst durch die Überdosierung eines serotonergen Wirkstoffes beziehungsweise pharmakodynamische (Addition serotonerger Wirkstoffe) oder pharmakokinetische (Kombination eines serotonergen Wirkstoffes mit einem Metabolisierungsinhibitor) Interaktionen.

Die klinische Manifestation ist von erheblicher Variabilität. Typische Symptome des Serotoninsyndroms sind

- Psychische Auffälligkeiten mit Konzentrationsstörungen und Unruhe, Orientierungsstörungen, Verwirrtheit, Wahrnehmungsstörungen, Erregungszuständen und Bewusstseinsstörungen.
- Neuromuskuläre Symptome wie Tremor, Myoklonien, Hyperreflexie, Koordinationsstörungen und Muskelkrämpfe
- Autonom-vegetative Symptome: Fieber (> 38° C, Schüttelfrost), Tachykardie, Hypertonie, Hyperhidrosis, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Hyperventilation und Diarrhoe.
- Bei stärkster Ausprägung Auftreten von epileptischen Anfällen, Koma- und Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz und Ateminsuffizienz.

In voller Ausprägung ist ein serotonerges Syndrom lebensbedrohend. Die Symptome setzen regelhaft in den ersten 24 Stunden nach Einnahme der Substanzen ein. Zu den wichtigsten Auslösern gehören:

- SSRI (Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer): Fluoxetin, Sertralin, Citalopram, Escitalopram, Fluvoxamin, Paroxetin,
- SNRI (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer): Venlafaxin, Duloxetin
- MAO-Hemmer (Monoaminoxidase-Hemmer): Tranylcypromin, Moclobemid
- TZA (Trizyklische Antidepressiva): Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin, Clomipramin, Imipramin und weitere
- Andere Antidepressiva: Lithium, Mirtazapin
- Opiode: Tramadol, Fentanyl
- Antiemetika: Metoclopramid, Ondansetron
- Antiparkinsonmedikamente
- Migränetherapeutika (Triptane)
- Phytopharmaka: Johanniskraut und weitere zum Teil freiverkäufliche Substanzen

Zur Diagnose eines Serotoninsyndroms wurden die sogenannten Hunter- Kriterien publiziert (Dunkley et al. (2003) [19]). Für die Diagnose des Serotoninsyndroms sind Kloni (induzierbar, spontan oder okulär), Agitation, Schweißausbrüche, Tremor, Hypertonus, Temperaturerhöhung und Hyperreflexie als Leitsymptome erforderlich.

Die Notfalltherapie besteht im Absetzen der angeschuldigten Arzneimittel und je nach klinischer Ausprägung der stationären oder intensivmedizinischen Überwachung [7,12,19,28].

Ventrikuläre Herzrhythmusstörungen vom Typ der Torsade de Pointes (TdP) sind eine seltene, jedoch schwerwiegende und lebensbedrohliche Nebenwirkung von Antidepressiva und zahlreichen anderen Wirkstoffen wie Antipsychotika, Antiarrhythmika, Antibiotika oder Antimykotika. Auslösende Ursache ist die Verlängerung der myokardialen Refraktärzeit, die mit einer Verlängerung des QT-Intervalls im EKG einhergeht. Risikofaktoren für das Auftreten einer abnormen medikamentenbedingten QT-Verlängerung und von Torsade de Pointes sind hohe Plasmakonzentrationen der auslösenden Arzneimittel, ein kongenitales QT-Syndrom, Elektrolytstörungen insbesondere eine Hypokaliämie, Bradykardien, weibliches Geschlecht und eine Komedikation anderer repolarisationsverlängernder Medikamente. Vor und während einer Therapie mit Antidepressiva mit Einfluss auf die QT-Zeit ist die Durchführung eines EKG mit Bestimmung der frequenzkorrigierten Dauer des QT-Intervalls notwendig (NVL 2015) [14].

Für eine längerfristige Verordnung von Antidepressiva kann es ganz unterschiedliche Gründe geben. Diese umfassen Therapieresistenz, effektive Phasenprophylaxe mit entsprechenden Rezidiven nach Reduktion, belastende Absetzsymptome, oder Präferenz von Patientin oder Patient und / oder Behandler. Je nach vorliegendem Grund ist die Dauertherapie zu bewerten und gegebenenfalls anzupassen, beispielsweise sind bei Therapieresistenz andere Strategien angezeigt als bei alleinigen belastenden Absetzsymptomen bei gleichzeitigem Patientenwunsch nach Absetzen.

Das sogenannte „Antidepressant discontinuation syndrome“ (ADDS) ist eine neue Entität im DSM-5 (APA, 2013)[1] und mittlerweile gut belegt. Es tritt wahrscheinlich insbesondere beim rapiden Absetzen von Antidepressiva mit kurzer Halbwertszeit, und hier besonders bei SSRI,SNRI und MAOI (Fava et al., 2015; 2018)[20,21] bei bis zu 40% der Patienten auf. Symptome sind unter anderem grippeartige Beschwerden, Hyperarousal, Schlaflosigkeit und Übelkeit. Abzugrenzen ist dieses Absetzsyndrom von einem Entzug im Rahmen einer Abhängigkeit, da bei letzterer die vorherigen Kriterien einer Sucht erfüllt sein müssen (beispielsweise Dosiserhöhung, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust; all das wird bei Antidepressiva nicht beobachtet) und typischerweise bei Suchtdrogen zumindest initial eine euphorisierende oder halluzinogene Wirkung im Vordergrund steht, die bei Antidepressiva ebenfalls nicht vorhanden ist.

Im Falle eines Absetzens von Antidepressiva, insbesondere der oben genannten Klassen, sollte daher langsam ausgeschlichen werden (über vier Wochen). Die Datenbasis ist hierfür zwar nicht stark (Maund et al., 2019) [42], solange es jedoch keinen medizinischen Grund für ein sofortiges Absetzen gibt, spricht diesem Vorgehen nichts entgegen. Die Patientin oder der Patient soll gut informiert werden über die mögliche Symptomatik und deren grundsätzliche Harmlosigkeit wie auch Vergänglichkeit, trotz der Tatsache, dass das ADDS teils sehr belastend sein kann. Eine engmaschige Begleitung der Patientin oder des Patienten ist während dieser Phase sinnvoll, sowohl zur Einordnung der Symptome als auch um ein mögliches Rezidiv zeitnah zu erkennen.

Phasen der medikamentösen Therapie

Um die Therapie nachhaltig zu gestalten und einer voreiligen Therapiebeendigung bei erster Besserung der Symptomatik und damit verbundener Rückfallgefahr zu begegnen, sind die Phasen der Akut- und Erhaltungstherapie sowie die Rezidivprophylaxe zu beachten [14].

Zu Nummer 1.5.4 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen

Die Hinweise auf Ergotherapie, Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege basieren auf der NVL (2015) [14]. Diesbezüglich gelten die entsprechenden Richtlinien des G-BA.

Die Empfehlungen zu körperlicher Aktivität und Sport orientieren sich ebenfalls an der NVL (2015) [14]. Seit der Veröffentlichung der NVL im Jahr 2015 sind mehrere Meta-Analysen zur Frage der Wirksamkeit von körperlicher Aktivität und Sport bei Depression veröffentlicht worden, die moderate bis starke Effekte auf die depressive Symptomatik nachweisen konnten (Morres et al., 2019 [47]; Ledochowski et al., 2017 [33]; Schuch et al., 2016 [61]; Kvam et al., 2016 [32]; Schuch et al., 2016 [62]; Rebar et al., 2015 [56]). Daher wurde die entsprechende Empfehlung aufgenommen.

Zu Nummer 1.5.5 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität

Die Empfehlungen zur Einschätzung des Suizidrisikos, zur Suizidprävention und Krisenmanagement, zum Vorgehen bei akuter Suizidalität sowie die Empfehlungen und zu berücksichtigenden Aspekte der medikamentösen Therapie bei Suizidalität leiten sich aus der NVL (2015) [14] sowie der NCCMH (2010 adults) [49] ab. Die aus der NVL (2015) [14] abgeleitete Nennung von empirisch belegten Risikofaktoren (vgl. Einschätzung des Suizidrisikos) kann lediglich eine Entscheidungshilfe zur Einschätzung des Suizidrisikos liefern und stellt alleine keine abschließende Checkliste zur hinreichend validen Diagnose von Suizidalität da.

Bei Suizidgefahr und fehlender Behandlungsbereitschaft muss die Krankenhauseinweisung gegen den Willen der Patientinnen oder des Patienten erwogen werden (NVL 2015)[14]. Diese bestimmt sich nach den landesrechtlichen Regelungen zur Unterbringung psychisch erkrankter Personen.

Zu Nummer 1.5.6 Maßnahmen bei Komorbiditäten

Der NVL [14] zufolge wird „Komorbidität“ als das Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Krankheiten zur selben Zeit definiert, was in der Praxis ein häufiges Phänomen darstellt. Gemäß NVL gelten dabei folgende Einschränkungen: Im Vergleich zur Pharmako- und Psychotherapie liegen insgesamt weniger Therapiestudien vor, die spezifisch depressive Episoden bei komorbiden psychischen Störungen und/oder körperlichen Erkrankungen adressieren. Häufig stellen komorbide Störungen sogar ein Ausschlusskriterium in den Studien dar. Wenn jedoch depressive Störungen im Fokus von Untersuchungen zur Komorbidität stehen, fehlen oftmals Angaben zum Schweregrad der Depression oder es wurde keine klassifikatorische Diagnostik vorgenommen, so dass die Interpretation der Studienergebnisse erschwert sein kann. Es liegen allerdings sehr viele Studien vor, die beispielsweise psychosoziale Belastungen und/oder depressive Symptome bei körperlichen Erkrankungen sowie ihre Therapie untersucht haben und Depressivität als wichtiges Zielkriterium zumeist im Fokus hatten, wie zum Beispiel in der Psychoonkologie. Grundsätzlich ist festzuhalten – soweit nicht anders in dem vorliegenden Kapitel der NVL thematisiert – dass die NVL-Empfehlungen auch für Depressionen mit komorbiden Störungen gelten. Je nach Art der Komorbidität ist die Einholung entsprechender fachärztlicher Expertise abzuwägen. Die Überweisung oder Mitbehandlung zu bzw. durch die für die Erkrankung entsprechend qualifizierten Leistungserbringer wird insbesondere bei der depressiven Erkrankung komplizierenden Komorbiditäten empfohlen (siehe auch Nummer 1.7.2).

Die NVL unterscheidet bei den zahlreichen möglichen Komorbiditäten zwischen 1.) komorbiden psychischen und 2.) komorbiden somatischen Erkrankungen. Zu den psychischen Komorbiditäten zählen laut NVL vor allem die Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit, somatoforme Störungen, Essstörungen, und Persönlichkeitsstörungen. Die Komorbidität von psychischen Störungen ist klinisch sehr bedeutsam. Die NVL beschreibt, dass zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben, dass das gleichzeitige Auftreten zweier oder mehrerer komorbider Störungen bei einem Individuum in der Regel den Verlauf kompliziert

und die Therapie erschwert [13]. Bei komorbiden Störungen kommt es überdies gehäuft zu Therapieresistenz [31,64].

Bei den somatischen Komorbiditäten führt die NVL vor allem Diabetes mellitus, kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen sowie Tumorerkrankungen, chronische Schmerzerkrankungen und neurodegenerative Erkrankungen (Demenz und Morbus Parkinson) an. Depressionen und somatische Erkrankungen treten demnach häufig gemeinsam auf. Die Lebenszeitprävalenz für eine depressive oder eine Angststörung bei somatisch Kranken liegt laut NVL bei ca. 40% und ist damit ungefähr doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (NVL 2015) [14].

Da eine umfassende Betrachtung infrage kommender Komorbiditäten nicht möglich ist, wurde im Anforderungstext neben dem generischen Hinweis auf die Möglichkeit zahlreicher weiterer Komorbiditäten auch eine spezifische Auswahl von Empfehlungen zu Begleiterkrankungen dargestellt, die bei Depressionen besonders häufig vorkommen oder für die sich spezifische versorgungsrelevante Empfehlungen der vom IQWiG bewerteten Leitlinien ableiten lassen. Hierbei handelt es sich zum großen Teil auch um Empfehlungen der NVL mit dem Empfehlungsgrad A oder B. Bei den somatischen Komorbiditäten wurden zudem insbesondere auch Erkrankungen berücksichtigt, für die eigene DMP nach §137f SGB V existieren. Im Folgenden werden die Empfehlungsgrade und – soweit vorhanden – die Evidenzlevel der NVL[14] angegeben:

1.5.6.1 Psychische Komorbiditäten

- Angststörungen

Aufgrund ihrer Häufigkeit werden Angststörungen im Anforderungstext benannt, wenngleich die Leitlinienempfehlungen keine hohen Empfehlungsgrade aufweisen. Die Empfehlung der NVL entspricht dem Empfehlungsgrad Klinischer Konsenspunkt (KKP) auf Grundlage von Expertenkonsens, der wiederum auf RCTs basiert. Demnach liegen empirische Belege für Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Interpersonelle Psychotherapie (IPT) vor. Zur Pharmakotherapie liegen empirische Belege für SSRIs und Venlafaxin vor (NVL 2015).

- Alkoholabhängigkeit

Die NVL-Empfehlungen entsprechen Empfehlungsgrad A, bis auf die Ausführungen zur Psychotherapie, denen Empfehlungsgrad B zugrunde liegt [14]. Die NVL [14] empfiehlt mit Empfehlungsgrad B in diesem Zusammenhang auch, dass unabhängig von einer möglicherweise notwendigen Krisenintervention eine Depressionsbehandlung nicht vor einer zwei- bis vier-wöchigen Abstinenz begonnen werden sollte, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstellung möglich ist. In einer akuten Situation (zum Beispiel bei schwerer depressiver Episode oder bestehender Suizidalität) ist der Behandlungsbedarf sofort gegeben. Zum Abstinenzgebot wird in der NVL [14] zusätzlich der LoE IV auf Grundlage von Expertenkonsens angegeben. Die Empfehlungen für Psychotherapie beziehen sich auf die KVT. Zu anderen Psychotherapieverfahren kann laut NVL [14] aufgrund unzureichender Daten keine Empfehlung ausgesprochen werden.

- Somatoforme Störungen

Obwohl depressive Störungen und somatoforme Störungen relativ häufig gemeinsam auftreten, können aufgrund der unzureichenden Studienlage keine Empfehlungen über eine Pharmako- oder Psychotherapie bei dieser Komorbidität ausgesprochen werden. Entsprechend gelten die evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen für beide Störungen, siehe auch die S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ [17]. Daher wurden keine spezifischen Empfehlungen ausgesprochen (NVL 2015) [14].

1.5.6.2 Somatische Komorbiditäten

- Diabetes mellitus

Während sich die Empfehlungen für SSRI und Psychotherapie auf Empfehlungsgrad A der NVL beziehen (NVL 2015; LoE Ia)[14], folgen die Ausführungen zu substanzspezifischen Effekten auf den Diabetes dem Empfehlungsgrad B (NVL 2015; LoE Ib)[14].

- Koronare Herzerkrankung und Herzinsuffizienz

Alle angegebenen Empfehlungen zur koronaren Herzerkrankung entsprechen der NVL (NVL 2015, Empfehlungsgrad A; LoE Ia)[14]. Die Empfehlung zu Herzinsuffizienz entspricht der Empfehlung aus dem DMP chronische Herzinsuffizienz des G-BA.

- Tumorerkrankungen

Die Empfehlung zur Psychotherapie entspricht den Empfehlungen der NVL (NVL 2015, Empfehlungsgrad B; LoE Ib)[14].

Darüber hinaus gibt die NVL[14] weitere Empfehlungen zu psychischen und somatischen Komorbiditäten, die aus oben genannten Gründen nicht als eigenständige Empfehlungen in der Richtlinie aufgenommen wurden.

Zu Nummer 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16.05.2006 beschlossen, sich dem auf allen Ebenen der Versorgung als relevant erachteten Problem der Multimorbidität im Kontext der Systematik bestehender strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) verstärkt zu widmen. Dies erfolgte zuerst durch die Ergänzung des DMP Koronare Herzkrankheit um das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“. Darüber hinaus hat der Unterausschuss Sektorenübergreifende Versorgung am 13.05.2009 eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem Auftrag, sich mit der Abbildung von Multimorbidität im Rahmen von DMP zu befassen.

Nach orientierenden Recherchen wurde deutlich, dass es problematisch würde, Leitlinienempfehlungen zum Vorgehen bei konkreten individuellen Krankheitskonstellationen zu identifizieren. Deshalb ist die AG DMP und Multimorbidität übereingekommen, sich dem Problem der Multimorbidität in einem ersten Schritt durch Empfehlungen zu Maßnahmen des strukturierten Medikamentenmanagements bei Patienten mit Multimedikation („Polypharmacy“ als internationales Synonym) zu nähern.

Auf chronische Einzelerkrankungen fokussierte Therapieempfehlungen führen häufig zu einer additiven Anwendung medikamentöser Maßnahmen mit einer gegebenenfalls daraus resultierenden Multimedikation. Diese kann wiederum Arzneimittelwechselwirkungen bedingen, die gewünschte Therapieeffekte ggf. verhindern, zum Auftreten beziehungsweise zur Verstärkung von Nebenwirkungen führen, die ihrerseits neue Arzneimittelverordnungen induzieren, und insgesamt negative Folgen für die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten haben.

Auch im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme werden krankheitsspezifische Therapieempfehlungen gegeben, durch die sich die oben angesprochenen Aspekte einer Multimedikation für die individuelle Patientin oder den individuellen Patienten ergeben können. Dies gilt insbesondere bei Multimorbidität, das heißt bei gleichzeitigem Vorliegen mehr als einer behandlungsbedürftigen, in der Regel chronischen Erkrankung, in einigen Fällen bei entsprechendem Schweregrad selbst bei nur einer Erkrankung.

Deshalb wurde die Multimedikation auch für die DMP als wesentliches Thema erkannt, das über einzelne DMP-Diagnosen hinaus für multimorbide Patientinnen und Patienten bedeutsam ist.

Unbeschadet der geltenden Regelungen der Arzneimittelrichtlinie bezüglich einer individuellen Verordnung von Arzneimitteln wurde die Entwicklung von Empfehlungen zur besonderen Berücksichtigung von Multimedikation, die DMP-übergreifend anwendbar sein sollen, angestrebt. Diese sollen im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung der Empfehlungen in die einzelnen DMP integriert werden und können, wo fachlich geboten, indikationsspezifisch angepasst werden.

Basierend auf den Erkenntnissen einer systematischen Literaturrecherche im Juli 2017 resultierten neun Quellen als Beratungsgrundlage zu Managementempfehlungen bei Multimedikation [8,9,46,50,51,52,53,54,59].

Bei den extrahierten Referenzen handelt es sich um sieben evidenzbasierte Leitlinien [8,9,46,50,51,52,53] und zwei systematische Übersichtsarbeiten [54,59].

Im ersten Beratungsprozess 2010 wurde aus den ausgewerteten Leitlinien eine Synopse der Kernempfehlungen erstellt. Dies ermöglichte eine Identifizierung von Maßnahmen, die mit einer hohen Konsistenz von verschiedenen Quellen empfohlen wurden und eine Analyse der zugrundeliegenden Evidenz. Bei der Auswahl der für die hier vorliegenden Anforderungen infrage kommenden Empfehlungen wurde insbesondere auf die Übertragbarkeit auf ein nicht-geriatrisches Patientinnen- und Patientenkollektiv und die oben erwähnte Konsistenz der Empfehlung geachtet. Die Gültigkeit dieser Kernempfehlungen wurde im Rahmen der aktuellen Literaturrecherche 2017 überprüft.

Es existiert keine allgemeingültige Definition für Multimedikation [8]. Die Festlegung auf fünf oder mehr Medikamente orientiert sich an der „Hausärztlichen Leitlinie – Multimedikation“ [8].

Die vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements gehen inhaltlich über den bereits in § 31a SGB V geregelten Anspruch auf die Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplanes hinaus. Der sich unmittelbar aus § 31a SGB V ergebende Anspruch der Versicherten besteht zudem unabhängig von den Voraussetzungen für die hier vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements. Vor diesem Hintergrund ist auch das Abstellen auf fünf oder mehr Arzneimittel gegenüber der Regelung in § 31a SGB V (Anwendung von mindestens drei verordneten Arzneimitteln) sachlich gerechtfertigt.

Soweit jedoch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements die Erstellung einer Liste zur Erfassung der verordneten Arzneimittel vorgesehen ist, wird diese aus Gründen der sprachlichen Vereinheitlichung auch als Medikationsplan bezeichnet. Erfolgt die Erstellung eines Medikationsplanes bereits in Erfüllung des Anspruchs aus § 31a SGB V kann auf diesen Medikationsplan dann selbstverständlich auch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements zurückgegriffen werden.

Die Erfassung der von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommenen Medikamente wird in Leitlinien als Grundvoraussetzung einer Überprüfung der medikamentösen Therapie gewertet [8]. Diese sollte zumindest einmal jährlich oder anlassbezogen (zum Beispiel Änderung der Medikation nach einem stationären Aufenthalt) erfolgen und eine Dokumentation der jeweiligen Indikation für das einzelne Medikament beinhalten [8,9,46]. Mögliche Arzneimittelinteraktionen sollten kritisch evaluiert werden [8].

Die Vertragspartner können Regelungen vereinbaren, die der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt die Erfassung der gesamten verordneten Medikamente erleichtern, zum Beispiel durch entsprechende patientenbezogene Verordnungslisten.

Die Indikationsstellung zur Verordnung von Arzneimitteln erfolgt insbesondere bei Vorliegen einer Multimorbidität in der Regel durch mehrere behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Dies kann gegebenenfalls Rücksprachen durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt notwendig machen. Auch kann eine Priorisierung der Behandlungsziele erforderlich sein, welche gegebenenfalls auch zu dem Verzicht einer Arzneimittelverordnung führen kann [8,51,53]. Diesbezüglich existieren aufgrund der individuell unterschiedlichen Fallkonstellationen keine generalisierbaren Leitlinienempfehlungen.

Durch den Medikationsplan wird die Therapieadhärenz und die Arzneimitteltherapiesicherheit unterstützt. Der Anspruch auf einen Medikationsplan wird in § 31a SGB V geregelt und im Bundesmantelvertrag konkretisiert.

Die Überwachung der Nierenfunktion wird insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten zum Vermeiden von Nebenwirkungen empfohlen [8,9] sowie bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit potentiell nierenschädigenden Grunderkrankungen [8]. Die

direkte Messung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) ist für die tägliche Praxis zu aufwendig. Die Konzentration des Serum-Kreatinins ist allerdings nur ein sehr ungenaues Maß für die GFR. Es wurden deshalb zahlreiche Schätzformeln entwickelt, mit denen aus Serum-Kreatinin und anderen Parametern (unter anderem Alter, Gewicht, Geschlecht) die glomeruläre Filtrationsrate berechnet wird (eGFR) [8]. Die sehr häufig auch weiterhin verwendete Formel von Cockcroft-Gault hat unter anderem den Nachteil, dass die GFR bei stark übergewichtigen Patientinnen und Patienten überschätzt wird, selbst wenn das Ergebnis auf die Körperoberfläche bezogen wird [53]. Diesen Nachteil hat die MDRD-Formel nicht, weshalb in den letzten Jahren in der internationalen Literatur dieser Formel der Vorzug gegeben wird. Die MDRD-Formel liefert GFR-Werte von akzeptabler Genauigkeit, die vom Körpergewicht unbeeinflusst sind. Statt der MDRD-Formel kann auch die CKD-EPI-Formel eingesetzt werden.

Die Adhärenz zur medikamentösen Therapie nimmt mit steigender Anzahl eingenommener Medikamente ab. Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen werden 30 – 50 % der verordneten Medikamente nicht wie empfohlen eingenommen [53]. Neben den bereits genannten Maßnahmen können eine angemessene Einbeziehung der Patientin oder des Patienten in Therapieentscheidungen und eine verständliche Aufklärung über die medikamentöse Therapie generell adhärenzsteigernd wirken [53].

Zu Nummer 1.6 Verlaufskontrolle

Das Kapitel Verlaufskontrolle orientiert sich an den entsprechenden Empfehlungen der systematischen Leitlinienrecherche des IQWiG. Die Empfehlungen zur Verlaufskontrolle sowie zur regelmäßigen Einschätzung der Suizidalität entsprechen den internationalen (BAP 2015 [16]; ICSI 2016 [27]; RANZCP 2015 [40]; SNHS 2014 [71]; VADoD 2016 [41] und NCCMH 2010 adults [49]) und nationalen Leitlinienempfehlungen (NVL 2015 [14]).

Zu Nummer 1.6.1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie

Die Empfehlungen basieren auf den Ausführungen der NVL (2015) [14].

Zu Nummer 1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung

Die Anforderungen an die Verlaufskontrolle bei der medikamentösen Behandlung einschließlich der differenzierten Intervalle und den Empfehlungen zum Vorgehen bei Nichtansprechen auf eine medikamentöse Behandlung wurden in Anlehnung an Leitlinienempfehlungen formuliert (NVL 2015 [14]; NCCMH 2010 adults [49]; BAP 2015 [16]; KPCI 2012 [30]; SNHS 2014; WFSBP 2013 / 2015; VADoD 2016; NVL 2015 [14]).

Zu Nummer 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren

In diesem Abschnitt werden die grundsätzlichen Kooperationsregeln der Versorgungsebenen beschrieben. Diese folgen dem Grundsatz, dass die Betreuung der an einer Depression erkrankten Patientin oder des an einer Depression erkrankten Patienten die Zusammenarbeit aller Sektoren und Einrichtungen erfordert, um eine qualifizierte Behandlung und Betreuung über die gesamte Versorgungskette zu gewährleisten.

1.7.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt

DMP verfolgen grundsätzlich einen niedrigschwelligen, bevölkerungsnahen und integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten und des häuslichen und familiären Umfelds. Hierzu bedarf es der Koordination durch eine dazu qualifizierte Ärztin oder einen dazu qualifizierten Arzt. Der koordinierende Arzt stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab, bezieht gegebenenfalls auch nichtärztliche Hilfen und flankierende Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen, bewertet sie - auch mit der Patientin oder dem Patienten zusammen, dokumentiert und bewahrt sie auf. Entsprechend § 73 SGB V sowie der Weiterbildungsordnung und den Leistungsinhalten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen

Versorgung gewählt haben, sowie Ärzte nach § 73 (1a) Satz 1 Ziffer 4.+5. teilnehmen. Dies schließt nicht aus, dass in bestimmten Fällen aufgrund besonderer Umstände des einzelnen Behandlungsfalls oder der Besonderheit der regionalen Versorgungsstruktur diese Aufgabe nicht auch von anderen Ärztinnen und Ärzten oder qualifizierten Einrichtungen - soweit diese Einrichtungen für die Erbringung dieser Leistungen ermächtigt beziehungsweise zugelassen sind – übernommen werden kann. Zu den qualifizierten Einrichtungen zählen in Abhängigkeit ihrer Ermächtigung beziehungsweise Zulassung sowie der jeweils geltenden ergänzenden rechtlichen Regelungen und Richtlinien auch Einrichtungen nach § 118 SGB V, die im vorgenannten Rahmen und Umfang auch im DMP tätig werden können.

Die Einbindung von notwendigem medizinischen Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte oder qualifizierte Einrichtungen sowie nicht-ärztliche Leistungserbringer sichergestellt. Die Auflistung wichtiger Indikationen, bei denen zu prüfen ist, ob eine Überweisung zu einem anderen qualifizierten Leistungserbringer erfolgen soll, ist nicht abschließend. Insbesondere bei Vorliegen von Komorbiditäten können sich zusätzliche Überweisungserfordernisse ergeben.

Aufgrund der Komplexität der Koordinationsaufgabe im Rahmen des DMP mit dem Ziel der kontinuierlichen und langfristig angelegten Betreuung und der eingeschränkten Steuerungsmöglichkeiten entsprechend § 73 Absatz 2 SGB V (zum Beispiel in der Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder der Verordnung von weiteren Behandlungs- und Unterstützungsoptionen, wie etwa der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege) ist die Koordination durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten nicht vorgesehen.

Zu Nummer 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

Die genannten Kriterien zur Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Leistungserbringerin, zum jeweils qualifizierten Leistungserbringer oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung basieren auf den Empfehlungen der IQWiG-Leitlinien-Synopse. Insgesamt acht Leitlinien (BAP 2015 [16], ICSI 2016 [27], KPCI 2012 [30], NCCMH 2010 adults [49], NCCMH 2010 physical [48], NVL 2015 [14], SNHS 2014 [71], WFSBP 2013 / 2015 [6]) geben allgemeine Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren. Einbezogen wurden insbesondere auch die Ausführungen der NVL zu Schnittstellen der Behandlung, da sie den deutschen Versorgungskontext betreffen (NVL 2015) [14].

Zu Nummer 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Die Empfehlungen zur Einweisung in ein Krankenhaus orientieren sich an den Indikationskriterien für unterschiedliche Stufen der Versorgung, welche laut NVL 2015 [14] bei der Behandlung der unipolaren Depression als sinnvoll erachtet werden. Die NVL ist als nationale S3-Leitlinie gerade beim Schnittstellen-Management im Rahmen dieses DMP von besonderem Interesse, da sie sich auf den deutschen Versorgungskontext bezieht. Die Indikationen zur Einweisung in ein Krankenhaus wurden darüber hinaus mit den entsprechenden internationalen Empfehlungen der systematischen Leitlinienrecherche des IQWiG abgeglichen.

Eine Notfallindikation zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung besteht laut NVL[14] insbesondere bei Vorliegen einer akuten suizidalen Gefährdung oder Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit sowie deutlichen psychotischen Symptomen. Damit übereinstimmend wird bei vorliegendem Suizidrisiko von drei internationalen Leitlinien eine Überweisung an fachpsychiatrische Einrichtungen empfohlen (KPCI 2012[30] [GoR ↓, LoE fehlt]; (NCCMH 2010 adults[49] [GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 physical[48] [GoR ↓, LoE fehlt]). Zudem empfiehlt eine internationale Leitlinie

bei Depressionen mit psychotischen Merkmalen eine Überweisung an eine fachpsychiatrische Einrichtung (BAP 2015[16] [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

Die hier aufgeführten dezidierten Empfehlungen bezüglich suizidaler Patientinnen und Patienten entsprechen den Aussagen der NVL 2015, (GoR B und LoE 1b)[14].

Zudem werden in der NVL folgende Anlässe für eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung genannt:

- bei dem Therapieerfolg massiv behindernden schwerwiegenden psychosozialen Faktoren und äußeren Lebensumständen (zum Beispiel durch Milieuänderung, depressionsbedingte Isolation),
- bei Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien
- bei der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung

Zu Nummer 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Die medizinische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit Depressionen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt am Alltagsleben teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die Depression und ihre Begleiterkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

Eine Leitlinie (NCCMH 2010)[49] empfiehlt für Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episode ein Rehabilitationsprogramm, wenn die Erkrankung zu einem Verlust der Arbeitsstelle oder über eine längere Zeit zu einer verminderten Teilhabe an anderen sozialen Aktivitäten geführt hat. (IQWiG [26])

Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

Die allgemeinen Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 2 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Die Qualitätsziele 1 bis 3 dienen der Abbildung der Empfehlungen unter Nummer 1.5.1.1. (Qualitätsziel 1: a); Qualitätsziel 2: b); Qualitätsziel 3: c)). Das Qualitätsziel 4 dient der Darstellung der Empfehlung einer ausreichend langen medikamentösen Behandlung (siehe Nummer 1.5.3). Aufgrund der im DMP eingeschriebenen Patientenklientel ist regelhaft davon auszugehen, dass die Behandlung mindestens neun Monate andauert, die sich aus zusammensetzt aus Akut- und Erhaltungstherapie. Daher wird als „angemessen lang“ mit einer Mindestdauer von neun Monaten operationalisiert. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die das Qualitätsziel 1 erreichen, sollte bei mindestens 80 Prozent liegen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die das Qualitätsziel 2 erreichen, sollte bei mindestens 80 Prozent liegen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die das Qualitätsziel 3 erreichen, sollte bei mindestens 80 Prozent liegen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die das Qualitätsziel 4 erreichen, sollte bei mindestens 60 Prozent liegen.

Bei der Zielwertberechnung zu den Qualitätszielen 1- 3 ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Ablehnung einer Psychotherapie auf Wunsch des Patienten sowie das Vorliegen von Kontraindikationen oder dem vorzeitigen Abbruch einer ansonsten empfohlenen medikamentösen Therapie nicht als „schlechte“ Qualität zu werten ist. Dies trifft auch auf eine bisher erst geplante Psychotherapie zu.

Das Qualitätsziel 5 stellt den nach Möglichkeit niedrigen Anteil an Patientinnen und Patienten in diesem DMP dar, die keine Behandlung erhalten. Hiermit soll Unterversorgung dargestellt und langfristig vermieden werden. Dieser Indikator dient auch der Darstellung der Möglichkeit, dass bei schweren und über zwei Jahre persistierenden depressiven Episoden, trotz der Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und Psychotherapie, zumindest eine Differenzierung zwischen einer Behandlung mit nur einem der beiden Behandlungsverfahren und gar keiner Therapie möglich ist. In diesem Indikator steht jede

Form von Therapie (alleinige Psychotherapie oder alleinige Pharmakotherapie oder Kombinationstherapie) für gute Qualität. Bei der Zielwertfestlegung ist zudem berücksichtigt, dass es auch eine Gruppe von Teilnehmern geben wird, bei denen eine medikamentöse Therapie kontraindiziert und gleichzeitig eine Psychotherapie bereits abgeschlossen ist, sie also aktuell keine Therapie erhalten. Dieser Umstand ist nicht per se als schlechte Qualität zu werten. Daher wird der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die weder eine medikamentöse noch eine psychotherapeutische Behandlung erhalten nie 0 Prozent betragen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die dieses Qualitätsziel erreichen, sollte bei unter 15 Prozent liegen.

Das Qualitätsziel 6 stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit relevanter Symptombesserung dar. Diese wird über eine Veränderung im PHQ-9-Summenscore um mindestens (größer/gleich) 5 Punkte operationalisiert, entsprechend des Kriteriums einer reliablen Veränderung (Reliable Change Index, RCI) nach Jacobson and Truax (1991) [29] für den PHQ-9 (McMillan et al., 2010 [43]). Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die dieses Qualitätsziel erreichen, sollte bei 55 Prozent liegen.

Das Qualitätsziel 7 stellt den möglichst hohen Anteil an Patientinnen und Patienten dar, bei denen die Suizidalität eingeschätzt wurde. Dieses Ziel entspricht den Empfehlungen, die Suizidalität bei Patienten mit Depression regelmäßig einzuschätzen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die dieses Qualitätsziel erreichen, sollte bei mindestens 90 Prozent liegen.

Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme (SGB V §137f, Absatz 2, Satz 2). Das Qualitätsziel zur Teilnahme einer Schulung dient der Umsetzung der unter Nummer 4.2 definierten Patientenschulung. Bei der Berechnung des Qualitätsindikators werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Präsenzgruppenschulung oder ein digitales Selbstmanagement-Programm wahrgenommen haben, als „gute Qualität“ gewertet, unabhängig von einer dokumentierten Empfehlung. Diejenigen, die trotz einer dokumentierten Empfehlung keine der beiden Schulungsarten wahrgenommen haben, werden als „schlechte Qualität“ gewertet. War eine Schulung aktuell nicht möglich oder wurde diese bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen, werden diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dem Indikator nicht berücksichtigt.

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

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Depression profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind in § 3 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Aufgrund klinischer Faktoren und der vorliegenden Evidenz und entsprechender Leitlinienempfehlungen ist das DMP Depression auf die unter Nummer 1.2 beschriebene Zielgruppe zu beschränken.

Unabhängig von der Ausprägung der Symptomatik oder der Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Verbesserung können die Patientin oder der Patient im DMP solange verbleiben, wie er oder sie nach gemeinsamer Einschätzung mit der Ärztin oder dem Arzt von einer Teilnahme profitiert.

Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Die Schulungen der Versicherten sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Nach § 137f Absatz 2 Satz 4 SGB V hat der G-BA den Auftrag, im Zuge der Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen unter anderem insbesondere Anforderung an die Schulungen der Versicherten zu regeln.

Die NVL empfiehlt psychoedukative Angebote (LoE Ib, Empfehlungsgrad B; NVL, 2015[14]). Diese können sowohl Präsenzgruppenschulungen oder digitale Selbstmanagement-Programme sein. Psychoedukative Maßnahmen tragen bei Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen zu einem verbesserten Umgang mit der Erkrankung, dem Erkrankungsverlauf und dem Behandlungserfolg bei (NVL, 2015 [14]). Dies entspricht den Anforderungen gemäß § 4 dieser Richtlinie, dass Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen dienen.

Der Begriff der Psychoedukation ist weit gefasst. Allgemein werden hierunter systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (NVL 2015).

Digitale Versorgungsangebote, die als eigenständige Therapie oder therapieersetzend konzipiert sind, sind keine Schulungsprogramme im Sinne von § 4 dieser Richtlinie.

Wissenschaftlich untersuchte Präsenzgruppenschulungen für Depressionen existieren bislang vorwiegend im stationären Sektor (NVL 2015 [14]), wobei eine Anwendung der Programme im ambulanten Setting möglich ist. Daher hat der G-BA geprüft, inwiefern digitale medizinische Anwendungen, die das Selbstmanagement chronisch Kranker verbessern, im Rahmen der Patientenschulungen für dieses DMP geeignet sind. Die Kriterien „strukturiert, evaluiert und publiziert“ werden aktuell von digitalen Selbstmanagement-Programmen für depressive Patientinnen und Patienten erfüllt. Therapeutisch begleitete digitale Selbstmanagement-Programme weisen dabei eine höhere Wirksamkeit und deutlich geringere Abbrecherquote auf als unbegleitete digitale Programme (Spek et al., 2007 [65]; Andersson und Cuijpers, 2009 [2]; Andrews et al., 2010 [3]; Richards and Richardson, 2012 [57]). Auch die in der NVL dargestellte Studienlage zeigt deutlich bessere Effekte bei therapeutisch unterstützten versus nicht-unterstützten digitalen Programmen (NVL, 2015 [14]). Daher werden digitale Selbstmanagement-Programme in diesem DMP für Patientinnen und Patienten empfohlen, sofern sie begleitet sind und es sich um zertifizierte Medizinprodukte handelt.

Präsenzgruppenschulungen werden ebenfalls empfohlen, um die Integration in DMP-Verträge zu ermöglichen, sobald entsprechende Schulungen vorliegen, die strukturiert, evaluiert und publiziert sind. Es können auch solche strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungen aufgenommen werden, die den optionalen zusätzlichen Einbezug von Angehörigen vorsehen.

Die Empfehlungen beinhalten nicht die Anforderung an die Verträge, obligat sowohl digitale Selbstmanagement-Programme als auch Präsenzgruppenschulungen vorzuhalten. Es können entweder digitale Selbstmanagement-Programme oder Präsenzgruppenschulung oder beide Schulungsformen in den Verträgen vereinbart werden, sofern sie den jeweils genannten Anforderungen entsprechen.

Die Begleitung digitaler Selbstmanagement-Programme erfolgt durch eine entsprechend qualifizierte, im vertragsärztlichen Bereich, in ermächtigten oder stationären Einrichtungen tätige ärztliche oder psychologisch-psychotherapeutische Leistungserbringerin oder einen ebensolchen Leistungserbringer, das heißt durch Hausärztinnen oder Hausärzte, ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder psychiatrische oder psychosomatische Fachärztinnen oder -ärzte oder durch eine entsprechend qualifizierte Einrichtung (vgl. Nummer 1.7.1). Die Begleitung beinhaltet mindestens die Motivationsförderung zur regelmäßigen Nutzung, deren Überprüfung sowie die Beobachtung

des Symptomverlaufs. Die Begleitung kann digital oder im direkten Patientenkontakt (zum Beispiel telefonisch, face-to-face) erfolgen. Wird das digitale Selbstmanagement-Programm nicht von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt oder der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten selbst begleitet, erfolgt die Anwendung in Kooperation zwischen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Begleiterin oder dem ärztlichen oder psychotherapeutischen Begleiter des Programms und der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt beziehungsweise der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten.

Die Definition der oben genannten obligat einzuhaltenden Qualitätsanforderungen („strukturiert“, „evaluiert“ und „publiziert“ sowie bei digitalen Anwendungen zusätzlich „qualifiziert begleitet“ und „zertifiziertes Medizinprodukt“) an die Selbstmanagement-Programme (digital oder Präsenz), führt dazu, dass DMP-Patientinnen und Patienten nur solche Selbstmanagement-Tools angeboten werden, die diese vom G-BA festgelegten und durch das Bundesversicherungsamt geprüften Qualitätsstandards erfüllen. In allen bisher umgesetzten DMP legt der G-BA entsprechende Anforderungen an Patientenschulungen fest.

Strukturierte, evaluierte, publizierte und qualifiziert begleitete digitale Anwendungen für Patientinnen und Patienten mit Depression werden im Rahmen des DMP ausschließlich als unterstützendes Versorgungsangebot im Sinne einer Patientenschulung und nicht als eigenständige Therapie oder therapieersetzend angewandt und sind daher unter der Überschrift „Schulungen der Versicherten“ verortet.

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

Gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation von DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6 DMPA-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

1. eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,
2. ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der G-BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

Die medizinischen Evaluationsparameter a) bis f) wurden unter Berücksichtigung der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu Buchstabe a) sind die administrativen Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu den Buchstaben b) bis f) sind die DMP-Dokumentationsdaten.

Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten: Zu Buchstabe b) und c): Die Auswertung bezieht sich auf Empfehlungen unter Nummer 1.5.1 und

orientiert sich an Qualitätszielen zur leitliniengerechte Therapie unter Nummer 2. Zu Buchstabe d): Auszuwerten ist die Symptomstärke, die über den Summscore des PHQ-9 (Dokumentationsparameter 1) erfasst wird. Dabei ist mindestens die Angabe von Mittelwert und Standardabweichung, sowie der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den Kategorien „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“ darzustellen. Eine Verbesserung bzw. Verschlechterung wird in diesem DMP über einen Differenzwert von 5 bzw. -5 Punkten im Summscore des PHQ-9 zwischen der aktuellen Dokumentation und der Erstdokumentation definiert (entsprechend des Kriteriums einer reliablen Veränderung (RCI) für den PHQ-9; McMillan et al., 2010). Zusätzlich soll der Anteil der Patientinnen und Patienten, mit einer Verbesserung um mindestens 50 Prozent im Summscore des PHQ-9 dargestellt werden [43]. Zu Buchstabe e): Die Remissionsrate stellt den Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dar, deren Summscore im PHQ-9 (Dokumentationsparameter 1) unter 5 Punkten liegt.

Zu Buchstabe f): Schulungen sind differenziert nach begleiteten digitalen Selbstmanagement-Programmen und Präsenzgruppenschulungen auszuwerten.

Mit dem vorliegenden Beschluss zur DMP-A-RL wurden erstmalig Evaluationsparameter für ein DMP Depression festgelegt. Die für die Auswertungen erforderlichen Dokumentationsparameter können jedoch erst mit Umsetzung der DMP-Verträge erhoben werden. Um einen ausreichend langen Auswertungszeitraum sicherzustellen, innerhalb dessen aussagefähige Ergebnisse generiert werden können, sieht der G-BA die Notwendigkeit, von den bestehenden Regelungen des § 6 Abs. 3 Nr. 2 DMP-A-RL abzuweichen. Die Möglichkeit von abweichenden Regelungen zum Evaluations- und Bewertungszeitraum bei chronischen Erkrankungen, für die der G-BA erstmalig Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme erlässt, wurde bereits in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 19. Juni 2014 dargestellt.

Daher legt der G-BA für den erstmalig zu erstellenden Bericht für Depression einen Evaluationszeitraum von 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1. Tag des Quartals, welches auf die früheste Zulassung eines DMP Depression folgt. Für anschließend zu erstellende Folgeberichte gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 3 Nr. 2 DMP-A-RL.

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 DMP-A-RL, das heißt der Vergleich der Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten, nicht durchgeführt werden. Folglich wurden keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

zu Anlage 18 (Depression – Dokumentation)

Die Dokumentationsparameter 1 bis 10 dienen der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 3. Mai 2017 begann die AG DMP Depressionen mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 25 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende **Tabelle**)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
20. August 2015	Plenum	Auftrag an das IQWiG: Leitlinienrecherchen zu der Diagnose Depressionen / Erstellung einer Leitliniensynopse für ein DMP Depression
4. April 2017		Fertigstellung des IQWiG Berichtes
3. Mai 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
5. Juli 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
25. Juli 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
5. September 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
25. Oktober 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
6. Dezember 2017	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
3. Januar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
20. Februar 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
20. März 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
25. April 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
19. Juni 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
4. Juli 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
22. August 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
11. Oktober 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
7. November 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
4. Dezember 2018	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
12. Dezember 2018	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
9. Januar 2019	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
30. Januar 2019	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
20. Februar 2019	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
13. März 2019	Unterausschuss DMP	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
19. März 2019	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
9. April 2019	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
3. Mai 2019	AG Sitzung	Beratung über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
15. Mai 2019	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren über die künftige Ausgestaltung der Anforderungen an das DMP Depression
18. Juni 2019	AG Sitzung	Vorbereitung der schriftlichen Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
25. Juni 2019	AG Sitzung	Vorbereitung der schriftlichen Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
2. Juli 2019	AG Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
3. Juli 2019	AG Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen
10. Juli 2019	Unterausschuss DMP	Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen Empfehlung zur Beschlussfassung
15. August 2019	Plenum	Beschluss über eine Änderung der DMP-A-RL, Ergänzung der Anlage 17(DMP Depression) und Anlage 18 (Depression – Dokumentation)

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und Anlage 18 (Depression Dokumentation) Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 15. Mai 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am 17. August 2019 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 14. Juni 2019.

Es gingen 17 Rückmeldungen ein. 12 dieser Rückmeldungen umfassten fristgerecht eingereichte Stellungnahmen. Fünf Rückmeldungen beschränkten sich auf eine Mitteilung über den Verzicht auf eine eigene Stellungnahme. Eine Stellungnahme erfolgte nicht fristgerecht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in 4 Arbeitsgruppensitzungen am 18. Juni 2019, 25. Juni 2019, 2. Juli 2019 und am 3. Juli 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 10. Juli 2019 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die Anhörung wurde in der Sitzung des Unterausschusses DMP am 10. Juli 2019 durchgeführt (**Anlage 5**). Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 26. Juni 2019 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 5**)

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. August 2019 beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht mit.

6. Literaturverzeichnis

1. **American Psychiatric Association (APA)**. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
2. **Andersson G, Cuijpers P**. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. Cogn Behav Ther 2009;38(4):196-205.
3. **Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N**. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. PLoS One 2010;5(10):e13196.
4. **Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)**. Patienteninformation Depression: Einfach nur traurig - oder depressiv? [online]. Berlin (GER): ÄZQ; 2016. [Zugriff: 07.05.2019]. URL: <https://www.patienteninformation.de/mdb/downloads/kip/psychische-erkrankungen/depression-kip.pdf>.
5. **Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H**. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. Aust N Z J Psychiatry 2006;40(1):51-54.
6. **Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ**. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J Biol Psychiatry 2013;14(5):334-385.
7. **Benkert O, Hippus H**. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie: 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer; 2017.
8. **Bergert FW, Braun M, Ehrenthal K, Feßler J, Gross J, Hüttner U, et al**. Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation; Empfehlungen zum Umgang mit

- Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten [online]. 16.04.2014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2013. [Zugriff: 12.06.2017]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf.
9. **Bergman-Evans B.** Improving medication management for older adult clients. Iowa City (USA): University of Iowa College of Nursing; 2012.
 10. **Bermejo I, Kratz S, Schneider F, Gaebel W, Multert C, Hegerl U, et al.** Konkordanz von Arzt- und Patienten-Einschätzung bei depressiven Störungen. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2003;97(Suppl IV):44-49.
 11. **Bermejo I, Niebling W, Berger M, Berger M, Härter M.** Patient's and physicians' evaluation of the PHQ-D for depression screening. Primary Care and Community Psychiatry 2005;10(4):125-131.
 12. **Boyer EW, Shannon M.** The serotonin syndrome. N Engl J Med 2005;352(11):1112-1120.
 13. **Brieger P, Marneros A.** Komorbidität bei psychiatrischen Krankheiten: Einige theoretische Überlegungen. Nervenarzt 2000;71(7):525-534.
 14. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression, Langfassung, 2. Auflage, Version 5 [online]. Registernummer nvl-005. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2015. [Zugriff: 04.05.2017]. URL: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>.
 15. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).** PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression; 2. Auflage; Version 2 [online]. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2016. [Zugriff: 08.05.2019]. URL: <https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers2-pll.pdf>.
 16. **Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ, et al.** Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol 2015;29(5):459-525.
 17. **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).** S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden" [online]. AWMF-Registrierungsnummer 051-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff: 08.05.2019]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001l_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf.
 18. **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), World Health Organization (WHO).** ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: WHO; 2005.
 19. **Dunkley EJ, Isbister GK, Sibbritt D, Dawson AH, Whyte IM.** The Hunter Serotonin Toxicity Criteria: simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity. QJM 2003;96(9):635-642.
 20. **Fava GA, Benasi G, Lucente M, Offidani E, Cosci F, Guidi J.** Withdrawal Symptoms after Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor Discontinuation: Systematic Review. Psychother Psychosom 2018;87(4):195-203.
 21. **Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E.** Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. Psychother Psychosom 2015;84(2):72-81.
 22. **Fox AB, Smith BN, Vogt D.** How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and

- internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry Res* 2018;268:15-20.
23. **Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C.** Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2007;22(11):1596-1602.
 24. **Härter M, Bermejo B, Niebling W.** Praxismanual Depression: Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007.
 25. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Depression [online]. 14.12.2016. Köln (GER): IQWiG; 2012. [Zugriff: 08.05.2019]. URL: https://www.gesundheitsinformation.de/depression.2125.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_lexicons=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0.
 26. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen; Abschlussbericht; Auftrag V15-02 [online]. 04.04.2017. Köln (GER): IQWiG. [Zugriff: 30.05.2017]. (IQWiG-Berichte; Band 502). URL: https://www.iqwig.de/download/V15-02_Leitliniensynopse-fuer-ein-DMP-Depressionen_Abschlussbericht_V1-0.pdf.
 27. **Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).** Depression in primary care [online]. 31.03.2016. Bloomington (USA): ICSI; 2016. [Zugriff: 30.05.2017]. URL: https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/.
 28. **Isbister GK, Buckley NA, Whyte IM.** Serotonin toxicity: a practical approach to diagnosis and treatment. *Med J Aust* 2007;187(6):361-365.
 29. **Jacobson NS, Truax P.** Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59(1):12-19.
 30. **Kaiser Permanente Care Management Institute.** Adult depression clinical practice guideline [online]. Oakland (USA): Kaiser Permanente Care Management Institute; 2012. [Zugriff: 30.05.2017]. URL: http://www.providers.kaiserpermanente.org/info_assets/cpp_cod/cod_depression_guideline_0712.pdf.
 31. **Katon W, Sullivan MD.** Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Suppl 6):3-11.
 32. **Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A.** Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;202:67-86.
 33. **Ledochowski L, Stark R, Ruedl G, Kopp M.** Körperliche Aktivität als therapeutische Intervention bei Depression. *Nervenarzt* 2017;88(7):765-778.
 34. **Liebherz S, Dirmaier J, Härter M, von Wolff A.** Faktenbox Psychotherapie bei Depressionen: Nutzen und Risiken im Überblick [online]. Gütersloh (GER): Bertelsmann Stiftung; 2014. [Zugriff: 08.05.2019]. URL: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/Faktencheck/Dokumente/Faktenboxen-PDFs/Faktencheck-Depression_Faktenbox_Psychotherapie.pdf.
 35. **Liebherz S, Tlach L, Sängler S, Dirmaier J, Härter M.** Entscheidungshilfen Depressionen [online]. 12.2018. Hamburg (GER): Netz psychische Gesundheit (psychnet); 2014. [Zugriff: 08.05.2019]. URL: <https://www.psychnet.de/de/entscheidungshilfen/entscheidungshilfen-depressionen/was-ist-eine-depression/was-ist-eine-depression.htm>.
 36. **Löwe B.** Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9) [online]. Hamburg (GER): Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; 2015. [Zugriff: 05.07.2019]. URL: <https://www.uke.de/dateien/institute/institut-und-poliklinik-f%C3%BCr-psychosomatische-medizin-und-psychotherapie/downloads/gesundheitsfragebogen-phq-9.pdf>.
 37. **Löwe B, Blankenberg S, Wegscheider K, König HH, Walter D, Murray AM, et al.** Depression screening with patient-targeted feedback in cardiology: DEPSCREEN-INFO randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2017;210(2):132-139.

38. **Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al.** Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004;78(2):131-140.
39. **Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K.** Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004;42(12):1194-1201.
40. **Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al.** Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49(12):1087-1206.
41. **Management of Major Depressive Disorder Working Group.** VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder [online]. Washington (USA): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2016. [Zugriff: 30.05.2017]. URL: <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf>.
42. **Maud E, Stuart B, Moore M, Dowrick C, Geraghty AWA, Dawson S, et al.** Managing Antidepressant Discontinuation: A Systematic Review. *Ann Fam Med* 2019;17(1):52-60.
43. **McMillan D, Gilbody S, Richards D.** Defining successful treatment outcome in depression using the PHQ-9: a comparison of methods. *J Affect Disord* 2010;127(1-3):122-129.
44. **Melchior H, Schulz H, Härter M.** Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen [online]. Gütersloh (GER): Bertelsmann Stiftung; 2014. [Zugriff: 08.05.2019]. URL: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf.
45. **Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D.** Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(1):77-84.
46. **Moreno G, Mangione CM, Kimbro L, Vaisberg E.** Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 update. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(11):2020-2026.
47. **Morres ID, Hatzigeorgiadis A, Stathi A, Comoutos N, Arpin-Cribbie C, Krommidas C, et al.** Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2019;36(1):39-53.
48. **National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH).** Depression in adults with a chronic physical health problem: the NICE guideline on treatment and management [online]. London (GBR): NCCMH; 2010. [Zugriff: 30.05.2017]. URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-243876061>.
49. **National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH).** Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults; updated edition [online]. London (GBR): NCCMH; 2010. [Zugriff: 30.05.2017]. (National Clinical Practice Guidelines; Band 90). URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293>.
50. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Medicines optimisation: The safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes [online]. London (GBR): NICE; 2015. [Zugriff: 21.08.2017]. (NICE Guideline; Band 5). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/evidence/full-guideline-pdf-6775454>.
51. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Multimorbidity: clinical assessment and management [online]. 09.2016. London (GBR): NICE; 2016. [Zugriff: 12.06.2017]. (NICE guideline; Band 56). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/evidence/full-guideline-pdf-2615543103>.
52. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Type 2 diabetes in adults: management [online]. 05.2017. London (GBR): NICE; 2015. [Zugriff: 20.07.2017]. (Nice Guideline; Band 28). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/evidence/full-guideline-pdf-78671532569>.

53. **Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al.** Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [online]. 03.2015 (11.2016). London (GBR): National Collaborating Centre for Primary Care; 2009. [Zugriff: 22.06.2017]. (Clinical guideline; Band 76). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/evidence/full-guideline-pdf-242062957>.
54. **Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al.** Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2014(10):Cd008165. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008165.pub3/abstract>.
55. **Petrowski K, Hessel A, Korner A, Weidner K, Brahler E, Hinz A.** Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2014;64(2):82-85.
56. **Rebar AL, Stanton R, Geard D, Short C, Duncan MJ, Vandelanotte C.** A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev* 2015;9(3):366-378.
57. **Richards D, Richardson T.** Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32(4):329-342.
58. **Robert Koch Institut (RKI).** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010; Depression [online]. Berlin (GER): RKI; 2010. [Zugriff: 08.05.2019]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/Depression.pdf?_blob=publicationFile.
59. **Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Prictor M, et al.** Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2014(4):Cd007768. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007768.pub3/abstract>.
60. **Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC.** The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009;259(5):298-306.
61. **Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B.** Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* 2016;77:42-51.
62. **Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, Richards J, Ward PB, Stubbs B.** Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response. *Psychiatry Res* 2016;241:47-54.
63. **Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U.** Psychotherapeutische Versorgung [online]. Berlin (GER): Robert Koch Institut; 2008. [Zugriff: 15.05.2019]. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 41). URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Psychotherapeutische_Versorgung.pdf?_blob=publicationFile.
64. **Sharma V, Mazmanian D, Persad E, Kueneman K.** A comparison of comorbid patterns in treatment-resistant unipolar and bipolar depression. *Can J Psychiatry* 1995;40(5):270-274.
65. **Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V.** Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37(3):319-328.
66. **Tlach L, Wusten C, Daubmann A, Liebherz S, Harter M, Dirmaier J.** Information and decision-making needs among people with mental disorders: a systematic review of the literature. *Health Expect* 2015;18(6):1856-1872.
67. **Trenckmann U, Bandelow B.** Empfehlungen zur Patienteninformation Psychiatrie und Psychotherapie [CD-ROM]. Darmstadt: Steinkopff; 2002.
68. **Wagner EH.** Managed care and chronic illness: health services research needs. *Health Serv Res* 1997;32(5):702-714.
69. **Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, de Girolamo G, et al.** Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the

- World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007;6(3):177-185.
70. **Wittchen HU, Jacobi F, Klose M, Ryl L.** Depressive Erkrankungen [online]. Berlin (GER): Robert Koch Institut; 2010. [Zugriff: 08.05.2019]. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 51). URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?_blob=publicationFile.
71. **Working Group of the Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults.** Clinical practice guideline on the management of depression in adults [online]. Santiago de Compostela (ESP): Galician Agency for Health Technology Assessment (AVALIA-T); 2014. [Zugriff: 30.05.2017]. URL: http://www.guiasalud.es/contenidos/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_comp_L_en.pdf.

7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe
- Anlage 4: Stellungnahmen
- Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 15. August 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zum Beschluss über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression - Dokumentation)

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird eine neue Informationspflicht für Ärztinnen und Ärzte eingeführt. Hierbei handelt es sich um die Erstellung teilnehmerbezogener Dokumentationen im DMP Depression gemäß den Vorgaben in Anlage 18 sowie der indikationsübergreifenden Dokumentation gemäß Anlage 2 DMP-A-RL. Im Folgenden werden die mit der Änderung der DMP-A-RL einhergehenden Bürokratiekosten für Ärztinnen und Ärzte geschätzt.

Die Anzahl der künftig in dem DMP Depression eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist mit großen Unsicherheiten verbunden, weshalb eine Einschätzung der Fallzahl nur eine Annäherung darstellen kann. Die Anzahl der in dem DMP Depression eingeschriebenen Patientinnen und Patienten wird auf ca. 324.000 geschätzt. Wie viele Versicherte sich tatsächlich in den nächsten Jahren einschreiben werden, wird sich erst nach Etablierung des DMP sowie dessen konkreter Ausgestaltung auf regionaler Ebene zeigen.

Es wird davon ausgegangen, dass durch die neue Informationspflicht zum DMP Depression den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten ein einmaliger Einarbeitungsaufwand von 60 Minuten entsteht. Zudem wird die Anzahl der beteiligten Ärzte auf eine Fallzahl von ca. 25.000 Ärztinnen und Ärzten geschätzt. Aufgrund der schwer vorhersehbaren Teilnahmebereitschaft an diesem neuen DMP Depression stellt die Schätzung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte einen Annäherungswert dar. Insofern entstehen im Zuge der Einarbeitung einmalige Bürokratiekosten von insgesamt geschätzt 1.332.500 Euro (53,30 Euro/60 x 60 x 25.000).

Durch die Einführung der Dokumentation ergeben sich zudem jährlich fortlaufende Bürokratiekosten. In diesem Zusammenhang wird für die Bürokratiekostenermittlung davon ausgegangen, dass im Durchschnitt drei Dokumentationen pro Patient und Jahr erstellt werden. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass für die Dokumentation eines Parameters 0,5 Minuten erforderlich sind. Dabei wird für die Erstdokumentation stets hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) vorausgesetzt; für die Erstellung der Folgedokumentationen wird ein Mischansatz aus hohem (53,30 Euro/h) und niedrigem (21,00 Euro/h) Qualifikationsniveau im Verhältnis 50:50 zugrunde gelegt, da Teile der DMP-Dokumentation an Praxispersonal delegiert werden können. Damit entstehen für die Dokumentation je eines Parameters im Rahmen der Erstdokumentation Bürokratiekosten in Höhe von 0,44 Euro sowie für die Dokumentation je eines Parameters im Rahmen einer Folgedokumentation in Höhe von 0,31 Euro. Es wird davon ausgegangen, dass jährlich geschätzt fünf Prozent der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten aus dem DMP ausscheiden und dafür entsprechend Neueinschreibungen erfolgen.

Die Anzahl der zu dokumentierenden Parameter ergibt sich aus Anlage 18 DMP-A-RL (Depression Dokumentation) und Anlage 2 DMP-A-RL (indikationsübergreifende Dokumentation).

Tabelle 1: Anzahl der im DMP Depression zu dokumentierenden Parameter

Anlage	Anzahl Dokumentationsparameter bei Erstdokumentation	Anzahl Dokumentationsparameter bei Folgedokumentation	Geschätzte Bürokratiekosten je Erstdokumentation in Euro	Geschätzte Bürokratiekosten je Folgedokumentation in Euro
Anlage 18	8	8	3,52 Euro	2,48 Euro
Anlage 2 ¹	8	6	3,52 Euro	1,86 Euro
Gesamt	16	14	7,04 Euro (16 x 0,44 Euro)	4,34 Euro (14 x 0,31 Euro)

Im Jahr der Einschreibung ergeben sich aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten von 15,72 Euro je Patient. In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr Bürokratiekosten von geschätzt 13,02 Euro je Patient.

Bei einer geschätzten Fallzahl von 324.000 Patientinnen und Patienten ergeben sich im Jahr der Einschreibung aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 5.093.280 Euro (324.000 x (7,04 Euro + 2 x 4,34 Euro)).

In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 4.218.480 Euro (324.000 x 3 x 4,34 Euro).

¹ Hinsichtlich Anlage 2 wird davon ausgegangen, dass ein Teil der geforderten administrativen Daten automatisch in der elektronischen Dokumentation hinterlegt wird (DMP-Fallnummer, Name der/des Versicherten, Geburtsdatum der/des Versicherten, Kostenträgername, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nummer, Vertragsarzt- bzw. Betriebsstättennummer, Krankenhaus-Institutionskennzeichen, Datum). Die Felder Nr. 10 (Einschreibung wegen) sowie Nr. 12 (Geschlecht) sind einmalig zu dokumentieren. Weitere sechs Felder der indikationsübergreifenden Dokumentation sind regelmäßig zu erheben (Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck, Raucher, Begleiterkrankungen, Dokumentationsintervall). Hieraus ergeben sich für die Erstdokumentation acht Parameter und für die Folgedokumentation sechs Parameter.

**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren
nach § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a SGB V zur Änderung
Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression -
Dokumentation)**

(Stand: 17.04.2019)

<ul style="list-style-type: none"> • Bundesärztekammer • Bundespsychotherapeutenkammer • Bundeszahnärztekammer
<ul style="list-style-type: none"> • Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e.V. • Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. • Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. • Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V. • Deutscher Heilbäderverband e.V. • Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. • Verband Physikalische Therapie e.V.
<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Rentenversicherung Bund
<ul style="list-style-type: none"> • Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V.
<ul style="list-style-type: none"> • Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. • Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.
<ul style="list-style-type: none"> • Bundesversicherungsamt
<p>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften <i>(mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung)</i></p>
<p>Non-AWMF-Fachgesellschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) • Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG) • Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) • Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e.V. (EVAA) • Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD) • GwG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (vormals: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GWG)) • Studiengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e.V.



Beschlussentwurf

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)

Stand: 15.05.2019

Legende:

gelb hinterlegt: dissente bzw. noch nicht konsentierete Positionen

Blaue Schrift: Ergänzungen im Vergleich zur geltenden Fassung der DMP-A-RL

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:

1. 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“

KBV, DKG, PatV

2. Die laufenden Nummern 13 bis 17 werden wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
„13	Körpergröße ⁵⁾	m

GKV-SV

[keine
Änderung]

14	Körpergewicht ⁵⁾	kg
15	Blutdruck ^{3) 5)}	mm Hg
16	Raucher ^{4) 5)}	Ja / Nein
17	Begleiterkrankungen ⁵⁾	Arterielle Hypertonie / Fettstoffwechselstörung / Diabetes mellitus / KHK / AVK / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen

⁵⁾ Dieser Dokumentationsparameter ist im DMP Depression optional auszufüllen.“

24

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

26 „Anlage 17 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen
27 und Patienten mit Depression28 1. **Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter**
29 **Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten**
30 **verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen**
31 **Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**32 **1.1 Definition von Depressionen**33 Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter
34 Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über mindestens zwei Wochen
35 gekennzeichnet sind. Es können zusätzlich Symptome wie vermindertes Selbstwertgefühl,
36 Konzentrationsstörungen, Schuldgefühle, Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, Angst, Nervosität
37 und Unruhe, Suizidgedanken und unterschiedliche körperliche Beschwerden (zum Beispiel
38 Appetitstörungen, Schlafstörungen, Schmerzen, Erschöpfung) auftreten. Diese Beschwerden
39 sind nicht immer leicht zuzuordnen und können in ihrer Ausprägung, Kombination und im
40 Verlauf sehr unterschiedlich sein. Bei den genannten psychischen und körperlichen
41 Symptomen handelt es sich um keine abschließende Aufzählung. Insbesondere in der
42 hausärztlichen Praxis berichten betroffene Patientinnen und Patienten nicht spontan über
43 typische depressive Symptome, sondern stellen sich häufig mit unspezifischen Beschwerden
44 vor. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer Leistungsfähigkeit und
45 ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt und weisen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko
46 auf.47 Bei der Krankheitsentstehung können somatische, psychogene sowie soziale und
48 umweltbezogene Faktoren eine Rolle spielen. Für das Verständnis des individuellen
49 Krankheitsbildes einer Depression sind die jeweiligen depressionsauslösenden und
50 aufrechterhaltenden Faktoren einzeln und in ihrem Zusammenwirken relevant.51 Depressionen können als unipolare Störung oder im Rahmen bipolarer oder anderer
52 psychischer oder somatischer Erkrankungen auftreten. Unipolare Depressionen können einen
53 episodischen oder chronischen Verlauf nehmen. Sie weisen unterschiedliche Schweregrade
54 auf. Schwere Depressionen können auch mit psychotischen Symptomen einhergehen.55 Depressionen können vollständig, unvollständig oder über längere Zeit gar nicht remittieren.
56 Eine rezidivierende Depression liegt vor, wenn zwischen den depressiven Episoden eine
57 Remission der Symptomatik erfolgt, die über mindestens zwei Monate, meist sehr viel länger
58 stabil anhält.59 Tritt eine depressive Episode im Rahmen einer bestehenden Dysthymie auf, spricht man von
60 einer Double Depression. Hält eine depressive Episode länger als zwei Jahre ohne Besserung

61 beziehungsweise Remission im Intervall an, spricht man von einer persistierenden
62 depressiven Episode.

63 **1.2 Hinreichende Diagnostik**

64 In ein DMP Depression können Patientinnen und Patienten eingeschrieben werden, wenn sie
65 eine gesicherte Diagnose einer unipolaren Depression mit

<p>GKV-SV, DKG, KBV mindestens mittelgradiger oder schwerer Schweregradausprägung ohne oder mit psychotischen Symptomen und</p>	<p>PatV <i>[streichen]</i></p>
--	---

66 persistierendem oder rezidivierendem Verlauf aufweisen. Die Bestimmung des
67 Schweregrades soll auf der Grundlage des Vorliegens der nachfolgend genannten Haupt- und
68 Zusatzsymptome erfolgen.

69 Voraussetzungen für die Einschreibung in das DMP Depression sind:

70 a) das Vorliegen von mindestens zwei der drei im Folgenden genannten Hauptsymptome
71 sowie mindestens

<p>GKV-SV, DKG, KBV drei</p>	<p>PatV zwei</p>
---	-----------------------------

72 der sieben genannten Zusatzsymptome

73 Hauptsymptome:

- 74 - Gedrückte, depressive Stimmung,
- 75 - Interessenverlust und Freudlosigkeit,
- 76 - Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und
- 77 Aktivitätseinschränkung

78 Zusatzsymptome:

- 79 - verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- 80 - vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- 81 - Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit,
- 82 - negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
- 83 - Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen,
- 84 - Schlafstörungen,
- 85 - verminderter Appetit

86 b) bestehende depressive Symptomatik seit mindestens einem Jahr oder mindestens dritte
87 Erkrankungsepisode

88 c) die Diagnosesicherung einschließlich psychischer und somatischer
89 Differenzialdiagnostik auf der Grundlage einer somatischen, biographischen, sozialen
90 Anamnese und des psychopathologischen Befundes sowie der körperlichen
91 Untersuchung einschließlich des neurologischen Status durch für diesen Bereich
92 qualifizierte Leistungserbringer.

93

GKV-SV, DKG <i>[streichen]</i>	KBV, PatV Neben den spezialisierten Leistungserbringern zählen hierzu auch die Hausärztinnen und Hausärzte.
--	---

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

100 **1.3 Therapieziele**

101 Die Therapieziele sind insbesondere:

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

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

114 **1.4 Therapieplanung**

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

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

124 Im Rahmen der Therapieplanung soll die Patientin oder der Patient aktiv über die Erkrankung,
125 deren Verlauf, Behandlungsoptionen und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und
126 möglichen Risiken sowie über mögliche Eigenaktivitäten (zum Beispiel Bewegung) aufgeklärt
127 werden. Bei der Aufklärung ist auf Stigmatisierungsängste einzugehen.

128 Wird der Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen zur Unterstützung als sinnvoll
129 erachtet, sollen diese evidenzbasiert sein.

130 Bei Beginn der Programmteilnahme sowie im weiteren Behandlungsverlauf (siehe
131 Nummer 1.6) soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt bei jeder Patientin
132 und jedem Patienten die Suizidalität aktiv und empathisch explorieren. Abgeschätzt werden

133 soll dabei der aktuelle Leidens- und Handlungsdruck (Lebensüberdruß, Todesgedanken,
 134 Suizidabsichten, Suizidpläne beziehungsweise Suizidversuche). Maßnahmen bei akuter
 135 Suizidalität sind unter Nummer 1.5.5 beschrieben.

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

139 Im Rahmen der Therapieplanung erstellt die koordinierende Ärztin oder der koordinierende
 140 Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
<p>einen Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen. Diese können sich insbesondere auf die Behandlungskoordination, auf psychotherapeutische Verfahren, auf andere nicht-medikamentöse und auf medikamentöse Maßnahmen sowie auf Eigenaktivitäten wie Lebensstiländerung beziehen. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sollen Strategien für ein Krisenmanagement besprochen und bei Bedarf festgehalten werden.</p>	<p>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.</p> <p>Der Therapieplan ist patientenverständlich zu fassen, regelmäßig zu aktualisieren und wird der Patientin oder dem Patienten in schriftlicher Form ausgehändigt.</p>

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

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

147 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

148 **1.5.1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung**

149 Zur Verfügung stehen folgende Behandlungsmöglichkeiten:

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

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

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

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

163 **1.5.1.1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem**
164 **Erkrankungsverlauf**

165 a) Bei einer mittelgradigen, persistierenden Depression (≤ 2 Jahre) sollen entweder eine
166 alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als
167 gleichwertige Alternativen angeboten werden.

168 b) Bei einer > 2 Jahre persistierenden Depression soll unabhängig vom Schweregrad
169 vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und
170 Psychotherapie angeboten werden. Ist eine Kombinationsbehandlung nicht
171 gewünscht oder möglich, sollten entweder eine alleinige Psychotherapie oder eine
172 alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige Alternativen empfohlen
173 werden.

174 c) Bei einer schweren, persistierenden Depression soll vorrangig eine
175 Kombinationsbehandlung mit medikamentöser und psychotherapeutischer
176 Behandlung angeboten werden. Ist eine Kombinationsbehandlung nicht gewünscht
177 oder möglich, sollten entweder eine alleinige medikamentöse oder eine alleinige
178 psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.

179 d) Bei einer rezidivierenden Depression (≥ 3 . Episode, mittelgradig) sollen, abhängig
180 von der (erfolgreichen) Behandlung früherer Episoden, entweder eine alleinige
181 Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Behandlung als gleichwertige
182 Alternativen angeboten werden.

183 e) Bei einer rezidivierenden Depression (≥ 3 . Episode, schwer) soll vorrangig eine
184 Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie
185 angeboten werden. Ist die Kombinationsbehandlung nicht gewünscht oder möglich,
186 sollten eine alleinige medikamentöse oder eine alleinige psychotherapeutische
187 Behandlung angeboten werden.

188 f) Depressive Patientinnen und Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in
189 jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten. Dabei sollte eine
190 Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Antipsychotika erwogen werden.

191 g) Bei einer Double Depression soll entweder eine Kombinationsbehandlung mit
192 medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung oder eine alleinige
193 medikamentöse Behandlung empfohlen werden

194 h) Tritt im Verlauf der Programmteilnahme eine depressive Episode mit leichtem
195 Schweregrad auf, soll eine Psychotherapie empfohlen werden.

196 Bei pharmakotherapie-resistenter Depression sollte eine Psychotherapie angeboten werden.

197 **1.5.1.2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin oder des Patienten**

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

203 Wenn sich die Depression durch die leitliniengerechte Umsetzung der unter Nummer 1.5.1.1
204 bis Nummer 1.5.1.2 genannten Maßnahmen nicht bessert, soll eine Überweisung zur
205 qualifizierten Leistungserbringerin oder zum qualifizierten Leistungserbringer gemäß Nummer
206 1.7 zur Klärung des weiteren therapeutischen Vorgehens geprüft werden.

207 **1.5.2 Psychotherapie**

208 Eine psychotherapeutische Behandlung stellt eine zentrale therapeutische Maßnahme bei
 209 depressiven Störungen dar.

GKV-SV, KBV	DKG	PatV
<p>Es stehen gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (PT-RL) 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.</p>	<p>Es stehen verschiedene Formen der Psychotherapie zur Verfügung, die als Einzel-, Gruppen-, oder Paartherapie oder deren Kombination im Umfang einer Akut-, Kurzzeit- oder Langzeittherapie Einsatz finden können. Dazu gehören insbesondere die Verhaltenstherapie, die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) und die systemische Therapie sowie die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie.</p>	<p>Es stehen gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (PT-RL) 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.</p> <p>Bei ambulanter Behandlung in Einrichtungen nach §117 oder §118 SGB V (Hochschulambulanzen oder Psychiatrische Institutsambulanzen) können diese sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen.</p>

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

213 Vor Beginn einer Psychotherapie sollten folgende Aspekte geklärt werden:

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

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

- 222 - Psychoedukation und Erarbeitung eines Störungsmodells
- 223 - Identifikation relevanter Problembereiche und Ableitung von Therapiezielen
- 224 - Verhaltensaktivierung, Alltagsstrukturierung, Steigerung positiver Erfahrung, Abbau
 225 von Belastungen
- 226 - Bearbeitung zugrundeliegender unbewusster Motive und innerseelischer Konflikte
 227 und Strukturen
- 228 - Arbeit an Gedanken, Einstellungen, (Selbst-)Bewertungen, Verarbeitungsmustern,
 229 Schemata, lebensgeschichtlichen Prägungen

- 230 - Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten, (sozialen) Kompetenzen, Genusssteigerung,
231 Stressmanagement und Verbesserung der Fähigkeit zur Emotionsregulation
- 232 - Rückfallprophylaxe, Notfallplanung
- 233 Grundlage jeder Psychotherapie stellt die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen
234 therapeutischen Beziehung dar. Zur Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen
235 probatorische Sitzungen insbesondere dem Aufbau der therapeutischen Beziehung und der
236 Identifizierung des geeigneten Therapieverfahrens. Darüber hinaus dienen diese der
237 Einschätzung der persönlichen Passung von Patient oder Patientin und Therapeut oder
238 Therapeutin.
- 239 Vor Beginn soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, die Wirklatenz, mögliche
240 Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Maßnahmen und die
241 Behandlungsdauer informiert werden.
- 242 Bei Ansprechen auf die Psychotherapie soll zur Stabilisierung des Therapieerfolgs eine
243 psychotherapeutische Weiterbehandlung (im Sinne einer Erhaltungstherapie) sowie zur
244 Senkung des Rückfallrisikos eine Rezidivprophylaxe angeboten werden.
- 245 Es kann sinnvoll sein, bei einer Langzeittherapie diese Rezidivprophylaxe über einen längeren
246 Zeitraum als niederfrequentes Therapieangebot durchzuführen.
- 247 In akuten Krisensituationen kann eine psychotherapeutische Akutbehandlung durchgeführt
248 werden, um eine kurzfristige Symptomverbesserung zu erreichen und eine weitere
249 Chronifizierung der psychischen Erkrankung zu vermeiden.
- 250 Mögliche Komorbiditäten der Depression sowie unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie
251 sind im Blick zu behalten. So können neben der Symptomebene weitere Funktions- und
252 Lebensbereiche einer Patientin oder eines Patienten tangiert sein, wie zum Beispiel
253 Partnerschaft, Arbeitsplatz, Freundschaften und Familie (zum Beispiel erhöhtes
254 Konfliktpotential nach Förderung der Abgrenzungsfähigkeit).
- 255 **1.5.3 Medikamentöse Therapie**
- 256 Bei Eintritt in ein DMP Depressionen soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende
257 Arzt die bisherige medikamentöse Behandlung der Depression erfassen. Folgende Aspekte
258 sollten geklärt werden:
- 259 - Aktuelle Medikation einschließlich der Selbstmedikation
- 260 - Art und Dauer der medikamentösen Therapie zur Behandlung der Depression in der
261 Vergangenheit
- 262 - Bisheriges Ansprechen und Nichtansprechen auf die Behandlung mit Antidepressiva
263 und anderen relevanten Pharmaka (beispielsweise Antipsychotika und
264 Phasenprophylaktika)
- 265 - Relevante Komorbiditäten, individuelle Unverträglichkeiten, unerwünschte
266 Arzneimittelwirkungen antidepressiver Medikation in der Vergangenheit und
267 Medikamentenwechselwirkungen sowie Auffälligkeiten im Metabolisierungsstatus,
268 wenn bekannt
- 269 - Präferenzen hinsichtlich einer medikamentösen Behandlung
- 270 Im Grundsatz ist bei der medikamentösen Therapie mittels Antidepressiva zu beachten, dass
271 ihre Wirkung umso besser ist, je schwerer die Depression ist. Die Patientin oder der Patient
272 soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, Wirklatenz, mögliche Nebenwirkungen
273 sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und die Behandlungsdauer informiert
274 werden. Zudem ist über mögliche Folgen einer Dosisreduzierung, einer unregelmäßigen
275 Einnahme sowie eines raschen Absetzens der medikamentösen Therapie aufzuklären. Ein
276 bestehender Kinderwunsch ist zu berücksichtigen.

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

<p>GKV-SV, KBV, DKG <i>[streichen]</i></p>	<p>PatV Vorrangig sind SSRIs zur Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger und schwerer Depression einzusetzen.</p>
--	--

282

<p>GKV-SV, KBV, DKG Zur medikamentösen Therapie stehen grundsätzlich folgende Wirkstoffe bzw. folgende Wirkstoffgruppen zur Verfügung:</p>	<p>PatV Zur medikamentösen Therapie stehen weitere Wirkstoffe bzw. weitere Wirkstoffgruppen zur Verfügung:</p>
--	--

283

<p>GKV-SV, KBV, DKG - Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI);</p>	<p>PatV <i>[streichen]</i></p>
--	--

- 284 - Tri- (und tetrazyklische) Antidepressiva (TZA) bzw. nichtselektive Monoamin-
 285 Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI);
- 286 - Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI);
- 287 - Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI);
- 288 - Alpha2-Rezeptor-Antagonisten (Noradrenerge und selektiv-serotonerge
 289 Antidepressiva (NaSSA));
- 290 - Selektive Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (Bupropion);
- 291 - Melatonin-Rezeptor-Agonisten (MT1/MT) und Serotonin 5-HT2C-Rezeptor-
 292 Antagonisten (Agomelatin);
- 293 - Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker

294 Zusätzlich stehen weitere Wirkstoffe zur Verfügung beispielsweise nicht klassifizierte
 295 Antidepressiva (Trazodon), sowie Johanniskraut und für die Augmentation Lithiumsalze und
 296 Quetiapin.

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

300 Es sollte grundsätzlich mit einer antidepressiven Monotherapie begonnen werden.

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

305 Mit Beginn der medikamentösen Therapie erfolgt eine engmaschige, wöchentliche Betreuung
 306 in den ersten vier Wochen. Dabei ist insbesondere zu Beginn eine sorgfältige Überwachung
 307 bezüglich Wirkung (Response) und Nebenwirkungen wichtig. Insbesondere zu Beginn einer

308 antidepressiven Therapie ist auf mögliche Symptome eines erhöhten Suizidrisikos durch
 309 Antriebssteigerung, bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung zu achten.
 310 Es hat sich bewährt, bei den meisten Antidepressiva mit einer niedrigen Anfangsdosis zu
 311 beginnen, die nach Verträglichkeit in den substanzspezifischen Zielbereich gesteigert wird.
 312 Kommt es zu nicht tolerablen Nebenwirkungen, ist der Wechsel des Medikaments, bevorzugt
 313 in eine andere Wirkstoffklasse, mit dem Patienten zu diskutieren. Häufige Nebenwirkungen
 314 sind Übelkeit und Erbrechen, Sturzneigung insbesondere bei älteren Patientinnen und
 315 Patienten, anfängliche innere Unruhe und Agitiertheit sowie sexuelle Funktionsstörungen.
 316 Selten aber schwerwiegende Nebenwirkungen sind das Auftreten eines Serotoninsyndroms
 317 und Komplikationen in Folge einer Verlängerung der QT-Überleitungszeit am Herzen.

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

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

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

335 **1.5.4 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen**

336 Die unter Nummer 1.5.1 bis Nummer 1.5.3 genannten therapeutischen Maßnahmen stellen
 337 die zentralen Behandlungsformen der Zielgruppe dieses DMP dar. Zur Unterstützung dieser
 338 Maßnahmen können unter anderem eine Ergotherapie [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.1)],
 339 Soziotherapie [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.2)], sowie die psychiatrische häusliche
 340 Krankenpflege [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.3)], erwogen werden.

341 Patientinnen und Patienten sollten zu einer gesunden Lebensweise motiviert werden. Als
 342 weitere unterstützende Maßnahme sollen Patientinnen und Patienten auf den positiven
 343 Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die depressive Symptomatik hingewiesen
 344 werden. Dazu sollte Patientinnen und Patienten regelmäßige körperliche Aktivität
 345 entsprechend der patientenseitigen Präferenz empfohlen werden.

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>Bei therapieresistenten und schweren depressiven Störungen kann eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) nach sorgfältiger Abwägung in Frage kommen. Die Indikationsstellung soll durch eine dafür qualifizierte Fachärztin oder einen dafür qualifizierten Facharzt erfolgen.</p>	<p>PatV</p> <p>1.5.4.1 Ergotherapie</p> <p>Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, und</p>
---	--

	<p>eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. Dabei gehört zur Ergotherapie auch die Möglichkeit, durch kreatives Handeln eigene Potentiale wieder zu entdecken und neue Handlungsmöglichkeiten zu erschließen.</p> <p>1.5.4.2 Soziotherapie</p> <p>Soziotherapie kann nach § 37a SGB V verordnet werden, wenn die Patientin oder der Patient nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann bzw. Krankenhausbehandlung geboten wäre, aber nicht ausführbar ist. Soziotherapie umfasst die Koordinierung der verordneten Leistung sowie die Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme.</p> <p>Die Verordnungsberechtigung für eine Fachärztin oder einen Facharzt und einer Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten bedarf einer Genehmigung durch die kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage der in der Soziotherapie-Richtlinie genannten Voraussetzungen.</p> <p>Hausärztinnen oder Hausärzte können zu einer Fachärztin oder einem Facharzt mit vorliegender Genehmigung überweisen. Kommt die überweisende Ärztin oder der überweisende Arzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass die oder der Versicherte nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbstständig in Anspruch zu nehmen, kann ein soziotherapeutischer Leistungserbringer per Verordnung hinzugezogen werden. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung der Patientin oder des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal fünf Therapieeinheiten zur Verfügung.</p> <p>1.5.4.3 Psychiatrische häusliche Krankenpflege</p> <p>Psychiatrische häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Verordnung von häuslicher Krankenpflege vorliegen. Dabei sind folgende Besonderheiten zu beachten:</p>
--	--

	<p>Das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist, dazu beizutragen, dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen. Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die relevanten Bezugspersonen der oder des Versicherten einzubeziehen und im Umgang mit deren oder dessen Erkrankung anzuleiten, soweit dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist.</p>
--	--

346

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>1.5.5 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität</p> <p>Einschätzung des Suizidrisikos</p> <p>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.</p> <p>Suizidprävention und Krisenmanagement</p> <p>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</p>	<p>PatV</p> <p>1.5.5 Maßnahmen bei Suizidalität</p> <p>Bei Patientinnen und Patienten mit Suizidalität muss ein Krisenmanagement durchgeführt werden. Die Klärung und Regelung der aktuellen Krisensituation umfasst insbesondere die Abklärung des aktuellen Anlasses, Prüfung der Notwendigkeit akuter psychopharmakotherapeutischer Maßnahmen, psychotherapeutisch orientierte Krisenintervention sowie die Klärung des adäquaten Behandlungssettings.</p> <p><i>Abklärung von Ursachen und auslösenden Faktoren</i></p> <p>Für die Passgenauigkeit der therapeutischen Interventionen soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt Ursachen und auslösende Faktoren der Suizidalität identifizieren. Insbesondere soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt folgende Maßnahmen durchführen oder veranlassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durchführung einer somatopsychiatrischen Befunderhebung zur Abklärung unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder möglicher körperlicher Ursachen sowie möglicher Intoxikationen. - Aktive und empathische Exploration der suizidalen Beschwerden mit dem Ziel, mögliche innerpsychische und/oder mögliche psychosoziale
--	--

<p>Patienten geklärt werden, welche Unterstützung und Hilfsangebote bei einer Verschlechterung der Symptomatik in Anspruch genommen werden können.</p> <p>Vorgehen bei akuter Suizidalität</p> <p>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 lokale Krisendienste bieten.</p> <p>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).</p> <p>Medikamentöse Maßnahmen und Suizidalität</p> <p>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.</p> <p>Tritt die suizidale Symptomatik insbesondere zu Beginn einer Therapie mit einem Antidepressivum auf, kann dies durch die antriebssteigernde Wirkung bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung bedingt sein. Eine Akutbehandlung mit Benzodiazepinen bei suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten kann in Betracht gezogen werden, da diese angstlösend und emotional distanzierend wirken und</p>	<p>Faktoren (Ursachen, Auslöser) zu erfassen und die Suizidgefährdung abzuschätzen.</p> <p><i>Medikamentöse Maßnahmen</i></p> <p>Überprüft werden soll die Möglichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - des Vorliegens suizidalitätsfördernder Wirkungen von Antidepressiva, insbesondere bei SSRIs durch Antriebssteigerung bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung, - ob die Serumkonzentrationen (Plasmaspiegel) aktuell eingenommener Antidepressiva und anderer Psychopharmaka im therapeutisch wirksamen Bereich liegen, - ob die suizidale Symptomatik auf Intoxikationen zurückzuführen sein könnte, - individuelle Unverträglichkeiten und unerwünschte Arzneimittelwirkungen anderer, aktuell eingenommener pharmakologisch wirksamer Substanzen (verschreibungspflichtige und nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, weitere eigenständig eingenommene Substanzen). <p>Klingt die Suizidalität trotz Anpassung oder Umstellung der Antidepressiva nicht ab, oder erscheint ein Wechsel des Antidepressivums nicht indiziert, oder ist von einer akuten Suizidgefährdung auszugehen, soll zur Reduzierung und Prävention suizidaler Handlungen und Symptome eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden. Möglich ist eine Augmentation.</p> <p>Zur Suizidprävention kann des Weiteren eine Verschreibung von Benzodiazepinen in Erwägung gezogen werden; aufgrund ihres Abhängigkeitspotenzials sollten sie jedoch nicht länger als vier Wochen gegeben werden.</p> <p><i>Psychotherapeutische Maßnahmen</i></p> <p>Als psychotherapeutische Maßnahmen im Sinne der Krisenintervention stehen Akuttherapien zur Verfügung (siehe auch Nummer 1.5.1).</p>
---	---

<p>depressives Erleben dämpfen können. Diese sollte aufgrund des Abhängigkeitspotenzials möglichst nicht länger als zwei Wochen andauern.</p> <p>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.</p>	<p><i>Klärung des erforderlichen Behandlungssettings</i></p> <p>Bei Suizidalität, die mit einem hohem Leidensdruck, einem hohen Handlungsdruck oder dem Auftreten plötzlicher suizidaler Krisen und Impulse einhergeht, ist eine Einweisung für eine akut-psychiatrische Krankenhausbehandlung vorzunehmen, sofern der Wunsch der Patientin oder des Patienten dem nicht entgegensteht (siehe auch Nummer 1.7.3). Wird eine vollstationäre Behandlung abgelehnt, soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt die Patientin oder den Patienten dazu ermutigen, andere Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Hier kommen folgende Optionen in Betracht; diese können auch im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilstationäre Krankenhausbehandlung, - Stationsäquivalente Behandlung (StäB), <p>Weitere unterstützende Therapien und Behandlungsansätze (siehe auch Nummer 1.5.4),</p> <p><i>Hinweise auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten</i></p> <p>Darüber hinaus soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt der Patientin oder dem Patienten Kontakthinweise zu weiteren Hilfemöglichkeiten geben. Hier kommen verschiedene Anlaufstellen aus der Region, Stadt oder Bezirk in Betracht, zum Beispiel Gemeindepsychiatrische Angebote, Sozialpsychiatrische Dienste, Angebote der gesundheitlichen Selbsthilfe (Selbsthilfeorganisationen, -kontaktstellen, -gruppen oder Ähnliches) und telefonische oder aufsuchende Krisendienste.</p>
---	--

347 1.5.6 Maßnahmen bei Komorbiditäten

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

354 1.5.6.1 Psychische Komorbiditäten

355 Zu den relevanten psychischen Komorbiditäten gehören insbesondere:

- 356 - **Angststörungen**

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

359 - **Alkoholabhängigkeit**

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

367 1.5.6.2 Somatische Komorbiditäten

368 Zu den relevanten somatischen Komorbiditäten gehören insbesondere:

369 - **Diabetes mellitus**

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

377 - **Koronare Herzerkrankung**

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

382 - **Herzinsuffizienz**

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

386 - **Tumorerkrankungen**

387 Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Tumorerkrankung sollte eine Psychotherapie
388 angeboten werden.

389 **1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

390 Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder
391 der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder
392 mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder
393 mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten
394 Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

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

405 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch
 406 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach
 407 § 31a SGB V informiert.

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

414 **1.6 Verlaufskontrolle**

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

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

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

- 423 - Erhebung und klinische Beurteilung der Symptomausprägung und –veränderung,
- 424 - Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus und psychosozialer
- 425 Belastungsfaktoren,
- 426 - Einschätzung des Ansprechens auf die Therapie und
- 427 - Beurteilung möglicher Nebenwirkungen der Therapie

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
<i>[streichen]</i>	- Einschätzung des somatischen Gesundheitszustandes sowie möglicher Komorbiditäten

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

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

434 **1.6.1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie**

435 Bei einer psychotherapeutischen Behandlung ist das Therapieansprechen regelmäßig zu
 436 beurteilen. Dabei soll geprüft werden, ob der Behandlungsumfang sowie das gewählte
 437 Behandlungsverfahren geeignet sind. Bei psychotherapeutischer Behandlung ist bei fehlender
 438 Besserung nach spätestens drei Monaten die weitere Konsultation eines zusätzlich
 439 qualifizierten Leistungserbringers zu prüfen.

440 **1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung**

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

444 Besteht ein erhöhtes Suizidrisiko sollten eine Woche nach Beginn einer antidepressiven
 445 medikamentösen Behandlung und anschließend regelmäßig Kontrollen stattfinden, bis das
 446 Suizidrisiko als nicht mehr klinisch relevant beurteilt wird.

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

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

- 457 - Wechsel des Antidepressivums
- 458 - Kombination zweier Antidepressiva
- 459 - Augmentation mit Lithium

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

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

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

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

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

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

481 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren

482 Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression erfordert die
 483 Zusammenarbeit und den Informationsaustausch über alle Sektoren (ambulant, stationär) und
 484 Einrichtungen hinweg sowie aller an der Versorgung Beteiligten. Eine qualifizierte Behandlung
 485 muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

486

GKV-SV, PatV, DKG		KBV
1.7.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt		1.7.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt oder koordinierende Psychologische Psychotherapeutin oder koordinierender Psychologischer Psychotherapeut

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

GKV-SV	KBV, PatV	DKG
<p>Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt <u>grundsätzlich</u> durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.</p> <p>In <u>Ausnahmefällen</u> kann eine Patientin oder ein Patient mit unipolarer Depression <u>eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt</u> oder eine qualifizierte 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, <u>auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm</u> 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.</p>	<p>Die Langzeitbetreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben <u>oder durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Leistungserbringerin beziehungsweise einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Leistungserbringer</u> oder eine qualifizierte 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.</p> <p>Die qualifizierten Leistungserbringer sind die folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hausärztinnen und Hausärzte – Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; – Fachärztinnen und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin; – Fachärztinnen und Fachärzte für Psychotherapie; – Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; 	<p>Die Langzeitbetreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben <u>oder durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Ärztin beziehungsweise einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Arzt</u> oder eine qualifizierte 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.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie; - Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie; - Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; - Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde; - Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie - Psychologische Psychotherapeuten. <p><u>Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch die Hausärztin oder den Hausarzt erfolgen.</u></p>	
--	--	--

492

<p>GKV-SV, PatV, DKG</p> <p>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</p>	<p>KBV</p> <p>1.7.2 Überweisung <u>oder Weiterleitung</u> von der koordinierenden Ärztin / <u>Psychotherapeutin</u> oder vom koordinierenden Arzt / <u>Psychotherapeutin</u> zur jeweils qualifizierten Fachärztin / <u>Psychotherapeutin</u>, zum jeweils qualifizierten Facharzt / <u>Psychotherapeuten</u> oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung</p>
---	---

493 In Abhängigkeit von der eigenen Qualifikation ist die Erforderlichkeit einer Überweisung [**KBV,**
 494 **PatV:** oder einer Weiterleitung] zu einer entsprechend qualifizierten Fachärztin oder einem
 495 entsprechend qualifizierten Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeutin oder
 496 Psychologischen Psychotherapeuten oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung
 497 insbesondere zu prüfen bei:

- 498 - hausärztlicher Behandlung: spätestens nach sechs Wochen bei nicht ausreichender
 499 Besserung,
- 500 - Nichtansprechen der aktuellen medikamentösen Therapie zur Therapieanpassung
 501 (Präparatewechsel, Kombination, Augmentation),
- 502 - fehlender Besserung bei aktueller Psychotherapie nach spätestens drei Monaten,
- 503 - Hinweisen auf eine die depressive Erkrankung komplizierende psychische oder
 504 somatische Komorbidität,
- 505 - psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor,

- 506 - Verdacht auf eine bipolare Störung,
 507 - unklarer psychiatrischer Differentialdiagnostik oder
 508 - geplanter oder bestehender Schwangerschaft zur Einleitung, Fortsetzung oder
 509 Absetzung einer medikamentösen antidepressiven Behandlung

GKV-SV, DKG, KBV [streichen]	PatV - Verordnung einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder Soziotherapie
--	---

510 Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ist die Notwendigkeit einer unmittelbaren
 511 Vorstellung bei einer entsprechend qualifizierten Fachärztin oder einem entsprechend
 512 qualifizierten Facharzt, einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem
 513 Psychologischen Psychotherapeuten, bei einer qualifizierten ambulanten Einrichtung oder
 514 eine unmittelbare Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung

GKV-SV, DKG, KBV zu prüfen.	PatV zu veranlassen.
---------------------------------------	--------------------------------

515 Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin [**KBV:** oder Psychotherapeutin] oder der
 516 behandelnde Arzt [**KBV:** oder Psychotherapeut] nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 517 Überweisung [**KBV:** oder Weiterleitung].

518 **1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung**

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

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

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

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

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

537 **1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

538 Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist individuell zu prüfen, ob eine
 539 Patientin oder ein Patient von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.

540 Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die
 541 Erwerbsfähigkeit zu erhalten sowie Benachteiligungen durch die Depression und ihre
 542 Begleiterkrankungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken und eine möglichst
 543 selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen.

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

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

548 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

549

	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, 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	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer über zwei Jahre persistierenden depressiven Episode (unabhängig vom Schweregrad): Hoher Anteil mit einer Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie.	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer über zwei Jahre persistierenden depressiven Episode: 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).
3	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, unter zwei Jahren persistierenden depressiven Episode: 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.
4	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva:	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva:

	Hoher Anteil mit einer angemessenen Therapiedauer.	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.
5	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer oder mehr als zwei Jahre persistierender depressiver Episode: Niedriger Anteil ohne aktuell stattfindende depressionsspezifische Therapie.	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).
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	KBV, PatV Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ungeplanten stationären depressionsbedingten Behandlungen. DKG, GKV-SV [keine Aufnahme]	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanten stationären depressionsbedingten Behandlungen bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
9	KBV, DKG, PatV Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Schulung wahrgenommen haben. GKV-SV [keine Aufnahme]	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die ein digitales Selbstmanagement-Programm oder eine Präsenzgruppenschulung wahrgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

10	<p>PatV</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf die Unterstützung durch Selbsthilfeverbände und örtliche Selbsthilfe-Kontaktstellen hingewiesen wurden</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>	<p>Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die auf die Unterstützung durch Selbsthilfeverbände und örtliche Selbsthilfe-Kontaktstellen hingewiesen wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>
----	---	---

550

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

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

556 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

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

559 **3.2 spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

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

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

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

570 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

573 **4.2 Schulungen der Versicherten**

574

<p>GKV-SV</p> <p>Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Schulungsprogramme sind kein notwendiger Bestandteil dieses DMP, unabhängig davon, ob es sich um digitale Schulungen oder</p>	<p>DKG, KBV</p> <p>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</p>	<p>PatV</p> <p>Jede Patientin oder jeder Patient soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm erhalten. Unterstützend zu den therapeutischen Maßnahmen soll auch ein digitales strukturierte und</p>
--	--	---

Präsenzschulungen handelt. Schulungen in diesem DMP stellen psychoedukative Begleitmaßnahmen dar. Sie können als optionales Angebot zum Einsatz kommen. Sofern Schulungsprogramme angeboten werden, müssen sie den Anforderungen nach § 4 entsprechen und vom BVA zugelassen sein.	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.	evaluiertes Selbstmanagement-Programm angeboten werden, das qualifiziert begleitet wird. Im Übrigen gelten die Anforderungen an die Schulungen der Versicherten nach § 4 dieser Richtlinie.
--	--	---

575

576 **5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**
 577 **(§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

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

- 580 a. Tod
- 581 b. Leitliniengerechte Behandlung: Psychotherapie oder medikamentöse Therapie bei
 582 Patienten mit mittelgradigen Depressionen, Kombinationsbehandlung aus
 583 Psychotherapie und medikamentöser Therapie bei Patienten mit schweren oder mehr
 584 als 2 Jahre persistierenden Depressionen
- 585 c. Ausreichend lange medikamentöse Behandlung bei Patienten mit medikamentöser
 586 Behandlung
- 587 d. Relevante Symptombesserung
- 588 e. Remissionsrate

GKV-SV, KBV, PatV f. Ungeplante stationäre depressionsbedingte Behandlungen	DKG [streichen]
--	---------------------------

589

GKV-SV [streichen]	KBV PatV g. Schulungen DKG f. Schulungen
------------------------------	---

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

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

596

597 **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 ¹	Leicht / Mittelgradig / Schwer
3	Schweregrad zu Beginn der aktuellen depressiven Episode ²	Aktuell keine depressive Episode / Leicht / Mittelgradig / Schwer
4	Dauer der aktuellen depressiven Episode ³	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
Relevante Ereignisse		
8	GKV-SV, KBV, PatV Ungeplante stationäre depressionsbedingte Akutbehandlung seit der letzten Dokumentation ^{2, 4}	Anzahl

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

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

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

⁴Hinweis für die Ausfüllanleitung: Alle ungeplanten stationären Behandlungen aufgrund der Depression. Dazu zählen auch Notfall- und Selbsteinweisungen.

⁵Hinweis 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.

	DKG: [keine Aufnahme]	
Schulungen		
9	DKG, KBV, PatV Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer depressionsspezifischen Schulung teilgenommen GKV-SV [keine Aufnahme]	Ja / Nein
10	DKG, KBV, PatV Depressionsspezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) GKV-SV [keine Aufnahme]	Ja / Nein
11	DKG, KBV, PatV Depressionsspezifische Schulung wahrgenommen GKV-SV [keine Aufnahme]	Digitales Selbstmanagement-Programm/ Präsenzgruppenschulung / Nein / War aktuell nicht möglich ⁵ / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
12	PatV Verweis auf die Selbsthilfe GKV-SV, DKG, KBV [keine Aufnahme]	Ja/Nein

598

599 “

600

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

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

605

606 Berlin, den 15. August 2019

607

608

609

610

611

612

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



1 **Tragende Gründe**

2 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen** 3 **Bundesausschusses** 4 **über die 17. Änderung der DMP-Anforderungen-** 5 **Richtlinie (DMP-A-RL):** 6 **Änderung der Anlage 2, Ergänzung der** 7 **Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18** 8 **(Depression – Dokumentation)**

9 Stand: 15.05.2019

10

11 **Legende:**

12 **gelb hinterlegt:** dissente bzw. noch nicht konsentierete Positionen

13 Vom 15. August 2019

14

Inhalt

15	1. Rechtsgrundlage	2
16	2. Eckpunkte der Entscheidung	2
17	3. Bürokratiekostenermittlung	35
18	4. Verfahrensablauf	35
19	5. Fazit	35
20	6. Literaturverzeichnis	35
21	7. Zusammenfassende Dokumentation	35

22 1. Rechtsgrundlage

23 Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
 24 Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember
 25 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten
 26 Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den
 27 Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Abs. 2 SGB V
 28 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung
 29 von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 1 SGB V, die er gemäß
 30 § 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V legt
 31 fest, dass der G-BA insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen
 32 jeweils entsprechende Richtlinien zu erlassen hat.

33 2. Eckpunkte der Entscheidung

34 Allgemeines

35 Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen
 36 Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien
 37 oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des
 38 jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der
 39 Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch
 40 an Leitlinientexten orientieren.

41 Zu Anlage 2

42 Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der laufenden Nummer 10
 43 um die Ausprägung Depression wurde infolge der Ergänzung eigenständiger Anforderungen
 44 an DMP Depression erforderlich.

KBV, DKG, PatV

Laut § 28f der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) sollen personenbezogener Daten in den strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des SGB V genutzt werden. Für die Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 der DMP-A-RL sind diese Zwecke nicht gänzlich erfüllt, da keiner der Parameter, die in den Dokumentationsfeldern 13 bis 17 erfasst werden, in der Anlage 17 (DMP Depression) direkt adressiert wird. Im Sinne der Entbürokratisierung am Ort der Leistungserbringung sollen diese Felder in Rahmen des DMP Depression nicht verpflichtend, sondern optional angegeben werden. Somit haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, diese Daten nur dann zu erfassen, wenn sie diese für die Behandlung nach der Anlage 17 der DMP-A-RL als relevant betrachten.

GKV-SV

[streichen]

45 Zu den Regelungen im Einzelnen:

46 Zu Nummer 1.1 Definition von Depressionen

47 Einteilung der Depressionen in ihre Erkrankungsformen

48 Depressionen sind in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10)
 49 oder im US-amerikanischen Diagnosemanual (Diagnostic and Statistical Manual of Mental
 50 Disorders/DSM-5) über klinische und explizit formulierte Kriterien nach verschiedenen
 51 Schweregraden definiert. In der ICD-10 werden Depressionen den affektiven Störungen (F30
 52 bis F39) zugeordnet; diese teilen sich wiederum in unipolar-depressive und bipolare Störungen

53 auf. Depressionen als Folge einer organischen Störung sind davon abzugrenzen (F06.3)
 54 Diese, wie auch bipolare Störungen, sind nicht Gegenstand dieses DMP (siehe Nummer 1.2).

55 Zu den unipolaren depressiven Störungen zählen die depressive Episode beziehungsweise
 56 die rezidivierende depressive Störung, die chronische Depression und die Dysthymie
 57 (Nationale VersorgungsLeitlinie NVL 2015).

58 Wesentliche Merkmale einer klinischen Depression im Sinne einer depressiven Episode nach
 59 ICD-10 (F32) oder einer Major Depression nach DSM-5 sind depressive Kernsymptome, die
 60 für mindestens zwei Wochen klinisch relevant vorliegen und eine deutliche Veränderung
 61 gegenüber dem normalen Befinden darstellen.

62 Treten mehrere depressive Episoden im Verlauf eines Lebens auf, werden diese als
 63 rezidivierende depressive Störung bezeichnet (F33). Von einer chronischen Depression wird
 64 gesprochen, wenn eine depressive Episode länger als zwei Jahre besteht.

65 Hauptmerkmal der Dysthymie (F34.1) hingegen ist eine chronisch depressive Verstimmung,
 66 die ein im Vergleich zu depressiven Episoden leichteres Störungsbild aufweist und mindestens
 67 zwei Jahre andauert. Entwickelt sich zusätzlich zur Dysthymie eine voll ausgeprägte
 68 depressive Episode spricht man von einer sogenannten „Double Depression“ (NVL 2015) [14].

69 Auch bei einer chronischen depressiven Störung kann es zu einer phasenweisen
 70 Verschlechterung der Symptome und der Manifestation einer voll ausgeprägten, schweren
 71 depressiven Episode kommen. Remittiert diese nicht vollständig, das heißt bleiben leichte oder
 72 mittelschwere depressive Beschwerden bestehen, liegt ein chronischer und rezidivierender
 73 Verlauf vor.

74 Das folgende Schaubild illustriert die Formen und Verläufe unipolarer depressiver Störungen:

75 *Hinweis: „Hier folgt Abbildung Verläufe unipolarer depressiver Störungen (NVL 2015, S. 26).“*

76 Abbildung 1: Verläufe unipolarer depressiver Störungen (NVL 2015)[14]

77 *Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und der Lebensführung*

78 Betroffene mit einer depressiven Erkrankung können sowohl in ihrer persönlichen und
 79 beruflichen Leistungsfähigkeit als auch in der gesamten Lebensführung und Alltagskompetenz
 80 stark beeinträchtigt sein (NVL 2015)[14]. Die Art und Schwere der Beeinträchtigung kann
 81 individuell und phasenweise auch in Abhängigkeit vom Schweregrad und der
 82 Erkrankungsdauer unterschiedlich ausgeprägt sein und sich in verschiedenen
 83 Lebensbereichen manifestieren (zum Beispiel Führung des Haushalts, soziale Beziehungen,
 84 Arbeitsfähigkeit, Tagesstrukturierung, Freizeitaktivitäten) und sich auf die Lebensqualität
 85 auswirken.

86 *Bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis*

87 Depressive Störungen können ganz unterschiedliche auslösende sowie aufrechterhaltende
 88 Faktoren insbesondere bei Chronifizierung aufweisen. Die auslösenden und
 89 aufrechterhaltenden Krankheitsfaktoren können sowohl ein somatisches
 90 Krankheitsgeschehen umfassen, auf psychisch bedingte Schwierigkeiten und nicht
 91 ausreichende Bewältigungsmechanismen zurückzuführen sein oder auch soziale
 92 beziehungsweise umweltbezogene Ursachen haben (NVL 2015 [14], ICF [18]).

93 *Vorkommen von Depressionen und ihren Erkrankungsformen*

94 Gemäß NVL (2015)[14] liegt die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen national wie
 95 international bei 16 bis 20% (alle Formen). Das Erkrankungsrisiko für eine unipolare
 96 Depression wird bei Frauen mit einer 12-Monatsprävalenz von 10,6% doppelt so hoch beziffert
 97 wie bei Männern mit 4,8%. Die Häufigkeit einer unipolaren Depression in der
 98 Allgemeinbevölkerung wird in einem Zeitfenster von zwölf Monaten für beide Geschlechter auf
 99 insgesamt 7,7%, für eine Major Depression (depressive Episode) auf 6% und für eine
 100 Dysthymie auf 2% geschätzt, gefolgt von bipolaren Störungen mit 1,5% (NVL 2015) [14].

101 Suizidalität, zumindest in Form von Suizidgedanken, ist bei depressiven Patientinnen und
 102 Patienten sehr häufig, 60-70 % der Patientinnen und Patienten haben während einer aktuellen
 103 depressiven Episode auch Suizidgedanken (NVL 2015)[14]. Das Suizidrisiko ist bei depressiv
 104 Erkrankten etwa 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Insgesamt gehen bis zu 70 %
 105 der jährlich etwa 10 000 Suizide in Deutschland auf eine depressive Erkrankung zurück (NVL
 106 2015)[14].

107 **Zu Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik**

108 *Bedeutung der verschiedenen Erkrankungsformen für das DMP Depression*

109 Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber dem G-BA explizit auferlegt,
 110 ein DMP für Depressionen zu erarbeiten. DMP sind gemäß § 137f SGB V
 111 Behandlungsprogramme für Krankheiten mit einem chronischen Verlauf, häufigem Auftreten
 112 und intersektorialem Behandlungsbedarf. Des Weiteren wird gemäß § 137f SGB V
 113 vorausgesetzt, dass Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität bestehen.

114 Da chronische und rezidivierende unipolare depressive Störungen die beiden häufigsten
 115 schwerwiegenden Erkrankungsformen darstellen, wird das DMP auf diese ausgerichtet.

116 Obgleich bipolare Störungen meist schwerwiegende Verläufe zeigen, werden sie in diesem
 117 DMP nicht berücksichtigt. Es handelt es sich um eine eigenständige und weniger häufige
 118 Krankheitsentität, zu der eine eigene S3-Leitlinie vorliegt, die eine differenzierte
 119 Vorgehensweise erfordert.

120 Wenngleich die Definition der Depression und ihre Kriterien auf internationale
 121 Klassifikationssysteme Bezug nehmen, sind spezifische Codes für die Definition, Diagnose
 122 und Einschreibung in das DMP nicht ausreichend, dienen aber der Orientierung (F32.1-3 und
 123 F33.1-3/ jeweils mittelgradig, schwer ohne psychotische Symptome oder schwer mit
 124 psychotischen Symptomen). Dies liegt darin begründet, dass als Teilnahmevoraussetzungen
 125 am DMP weitere Aspekte bedeutsam sind, welche über die Kriterien von
 126 Klassifikationssystemen hinausgehen. Dazu gehören zum Beispiel das Alter oder spezifische
 127 Voraussetzungen hinsichtlich Erkrankungsdauer, um insbesondere Betroffene mit
 128 langwierigen Verläufen anzusprechen und weiterer Chronifizierung gezielt zu begegnen.

129 Bei der Auswahl der Zielgruppe für dieses DMP werden entsprechend der Vorgaben des
 130 § 137f SGB V Patientinnen und Patienten mit chronischen Verlaufsformen berücksichtigt.
 131 Ebenfalls werden wiederkehrende Formen der Erkrankung als chronisch im Sinne dieses DMP
 132 gewertet.

133 Etwa 80% aller Depressionen zeigen eine mittel- bis schwergradige Ausprägung (Faktencheck
 134 Depression [45], Wittchen et al. (2010) DEGS [73]). Sie führen zu ausgeprägten
 135 Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltagslebens und gehen mit einer erhöhten
 136 Suizidalität einher (Gesundheit in Deutschland 2015, RKI: Faktenblatt Depression 2010 [59];
 137 IQWiG[28]).

138 Die Behandlung von mittel- und schwergradigen Depressionen ist durch
 139 Kombinationstherapien, intersektorales Behandlungssetting und Vernetzungsaufwand
 140 zwischen unterschiedlichen Behandlern sehr komplex, was sie zu einem geeigneten
 141 Ansatzpunkt für ein DMP macht.

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
Bei leichten Depressionen sind die Auswirkungen auf psychosoziale Funktionsfähigkeit und Alltagsbewältigung in der Regel deutlich geringer als bei mittelgradigen bis schweren Formen. Es existieren unterschiedlichste angemessene, auch niedrigschwellige, Angebote in der	Es ist auch eine Einschreibung von Patientinnen und Patienten mit leichter Schweregradausprägung möglich, da sie aufgrund ihres chronischen oder rezidivierenden Verlaufs eine kontinuierliche und abgestimmte medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung bedürfen und damit von einem

<p>Versorgung. Intersektorale Übergänge, insbesondere stationäre Behandlungen, sind eher selten notwendig.</p> <p>Eine der Voraussetzungen für die Einschreibung in ein DMP Depression ist das Vorliegen einer mittelgradigen oder schweren depressiven unipolaren Störung ohne oder mit psychotischen Symptomen.</p>	<p>strukturierten Behandlungsprogramm profitieren.</p>
---	--

142 Das Programm ist auf Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr ausgerichtet (siehe
143 auch Nummer 3.2).

144 Gemäß Stufenplan der Diagnostik erfolgt die Diagnosestellung einer unipolaren depressiven
145 Störung (NVL 2015) [14] in folgenden Schritten:

- 146 - Erfassung der Hauptsymptome: Veränderung in Stimmung und Antrieb
- 147 - Klärung, ob die Veränderung in Stimmung und Antrieb eher einer depressiven oder
- 148 einer anderen psychischen Störung zuzuordnen ist (Differentialdiagnostik)
- 149 - Ausschluss anderer hirnanorganischer Ursachen beziehungsweise Verursachung durch
- 150 Gebrauch oder Missbrauch psychotroper Substanzen

151 Genaue Erhebung des psychopathologischen Befundes (unter anderem Zusatzsymptome)
152 und des Verlaufes

153 Zu a)

<p>DKG, KBV, GKV-SV</p> <p>Eine Voraussetzung für die Einschreibung in ein DMP Depression ist das Vorliegen einer mindestens mittelgradigen oder schweren depressiven unipolaren Störung ohne oder mit psychotischen Symptomen. Dabei ist die Schweregradeinteilung anhand der Anzahl der zutreffenden Haupt- und Zusatzsymptome zu differenzieren. Die Systematik der Schweregradbestimmung anhand der Haupt- und Zusatzsymptome ist in Abbildung 2 dargestellt.</p>	<p>PatV</p> <p>Die Schweregradeinteilung ist anhand der Anzahl der zutreffenden Haupt- und Zusatzsymptome zu differenzieren. Die Systematik der Schweregradbestimmung anhand der Haupt- und Zusatzsymptome ist in Abbildung 2 dargestellt.</p>
--	---

154 *Hinweis: „Hier folgt Abbildung Schweregradbestimmung der unipolaren Depression nach*
155 *ICD-10 Kriterien (modifiziert nach NVL 2015, S. 33).“*

156 Legende: die Zahlen („= 2“ oder „= 3-4“) beziehen sich auf das Vorhandensein von mind. zwei Hauptsymptomen
157 und mind. drei bis vier Zusatzsymptomen

158 Abbildung 2: Schweregradbestimmung der unipolaren Depression nach ICD-10 Kriterien (modifiziert nach NVL
159 2015)[14]

160 Neben der Erfassung von Art und Dauer der Symptome erfolgt die Schweregradbestimmung
161 anhand der Anzahl und Kombination der Symptome, die mindestens zwei Wochen anhalten
162 müssen. Für eine leichte depressive Episode müssen zwei der Hauptsymptome und zwei der
163 Zusatzsymptome vorliegen. Von einer mittelgradigen Depression spricht man bei zwei
164 Hauptsymptomen und drei bis vier Zusatzsymptomen. Liegen alle drei Hauptsymptome und
165 mindestens vier Zusatzsymptome vor, sind die Kriterien für eine schwere depressive Episode
166 erfüllt.

167 Eine klare Abgrenzung der Schweregrade ist wichtig, da die therapeutischen Maßnahmen
168 entsprechend dem vorliegenden Schweregrad ausgerichtet sein sollen (siehe Nummer 1.5).

169 Zur Exploration der Haupt- und Zusatzsymptome können folgende Leitfragen verwendet
 170 werden (NVL 2015)[14]:

171 **Hinweis: „Hier folgt Tabelle Leitfragen zur Schweregradbestimmung der unipolaren
 172 Depression nach ICD-10 Kriterien (modifiziert nach NVL 2015, S.37)“**

173 Tabelle 1: Leitfragen zur Schweregradbestimmung der unipolaren Depression nach ICD-10 Kriterien
 174 (modifiziert nach NVL 2015 [14])

175 Zu b)

176 Es wird die Voraussetzung für die Einschreibung in das DMP Depression über das Vorliegen
 177 einer Depression mit einer Erkrankungsdauer von mindestens einem Jahr oder über das
 178 Vorliegen der mindestens dritten Erkrankungsepisode definiert.

179 Von dem im DSM-5 verwendeten Zeitkriterium der zwei Jahre für eine chronische Depression
 180 wurde hier abgesehen, weil bei diesem Zeitkriterium von einer sehr hohen patientenseitigen
 181 Belastung und einer deutlichen Unterversorgung auszugehen ist. Studien zeigen, dass nach
 182 einem Jahr rund 76% der behandelten Depressiven remittieren, nach zwei Jahren 79% (NVL
 183 2015)[14]. Die Genesungsrate steigt also im zweiten Behandlungsjahr kaum noch an. Auch
 184 die Chroniker-Richtlinie (Richtlinie zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend
 185 chronisch Erkrankte) des Gemeinsamen Bundesausschusses spricht von chronisch, wenn die
 186 Erkrankung unter anderem über mindestens ein Jahr behandlungsbedürftig ist.

187 Depressive Episoden können einmalig oder wiederholt auftreten. Bei wiederholtem Auftreten
 188 wird eine rezidivierende Depression diagnostiziert. Je mehr depressive Episoden erlebt
 189 werden, desto höher ist das Risiko für eine weitere Episode (Rezidiv). Mit der dritten
 190 depressiven Episode empfehlen Leitlinien Maßnahmen zur Verhinderung von
 191 Wiedererkrankungen (=Rezidivprophylaxe) (IQWiG) [28].

192 Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung erhöht sich nach zweimaliger Erkrankung auf
 193 70 % und liegt nach der dritten Episode bei 90 % (NVL 2015)[14].

194 Als Voraussetzung für eine Teilnahme am DMP Depression wird aus den vorgenannten
 195 Gründen eine Erkrankungsdauer einer Depression von mindestens einem Jahr definiert. Da
 196 eine Depression episodenhaft auftreten kann, wird zusätzlich festgelegt, dass eine Teilnahme
 197 auch möglich ist, wenn aktuell mindestens die dritte Krankheitsepisode vorliegt. Dabei ist das
 198 Auftreten der Erkrankungsepisoden nicht an die Jahresfrist gebunden.

199

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>Zu c)</p> <p>Entsprechend der NVL werden Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen am häufigsten von Hausärztinnen und Hausärzten (64,1 %) behandelt, gefolgt von spezifischen Fachärztinnen und Fachärzten (13,2%)(NVL 2015)[14].</p> <p>Aus dem Modellprojekt des G-BA zur Verbesserung der Versorgungsorientierung von 2011 ist bekannt, dass durch nicht leitlinienkonforme Diagnostik von Depressionen im hausärztlichen Bereich häufig Fehldiagnosen gestellt werden und Klassifikationen nach Schweregraden nicht erfolgen. Eine Befragung von Hausärzten durch Dickmann et al. (2012)[19] weist auf die begrenzten zeitlichen Ressourcen in der</p>	<p>KBV</p> <p>Zu c)</p> <p>Zu den entsprechend qualifizierten Leistungserbringern, die die Depressionsdiagnose sichern können, zählen die unter 1.7.1 genannten Leistungserbringer.</p> <p>Zwischen dem Auftreten erster psychischer Beschwerden und der Inanspruchnahme einer fachspezifischen Behandlung besteht eine erhebliche Latenz von mehr als 5 Jahren bei rund 50% der später Behandelten (Schulz et al., 2008)[66]. Nur 29-52% der Patienten mit Depressionen suchen Hilfe während des ersten Erkrankungsjahres auf; die mediane Dauer bis zum Beginn der Behandlung beträgt zwei Jahre (Wang et al., 2007)[72]. Nach wie vor spielen Stigmatisierungsängste bei der stark verzögerten Inanspruchnahme</p>
--	--

hausärztlichen Sprechstunde hin. Über die Hälfte der Hausärzte gaben an, 10-20 Minuten für ein Erstinterview nicht aufbringen zu können und 40% hielten ihren Kenntnisstand bezüglich Depressionen für unzureichend.

Des Weiteren ist aus der Analyse von Routinedaten bekannt, dass Fachärztinnen oder Fachärzte und Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten 30% der Depressions-Diagnosen stellen, von denen nur 6 % unspezifisch sind. Wohingegen 70% der kodierten Diagnosen, von denen 94% nicht spezifisch sind, von Hausärztinnen oder Hausärzten und nicht psychiatrischen oder nicht psychosomatischen Fachärztinnen oder Fachärzten gestellt werden (Faktencheck Depression) [45]. Für eine leitliniengerechte Therapie ist jedoch eine Schweregradeinteilung der Depression notwendig.

Im Rahmen des Zusatzmoduls „Psychische Gesundheit“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland wurde vom Robert Koch-Institut ein umfassendes klinisches Interview mit standardisierter Diagnostik bei Patientinnen und Patienten durchgeführt, die angegeben hatten, in den letzten zwölf Monaten eine Depressionsdiagnose bekommen zu haben. Die innerhalb der Studie durchgeführte Diagnostik konnte die anamnestisch berichteten Diagnosen lediglich in 37% der Fälle bestätigen. In 36% der Fälle ergab sie eine andere psychische Erkrankung, in 26% keine psychische Störung (EpiBull14/2017) [60].

Diese Daten sind Hinweise auf Validitätsprobleme bei der Diagnosestellung einer Depression.

Die NVL (2015)[14] empfiehlt besonders bei komplizierten Verläufen und Komorbiditäten die Einbeziehung einer Fachärztin oder eines Facharztes, sowie bei erfolglosen Therapieversuchen nach spätestens sechs Wochen. Dies ist bei der Zielgruppe dieses DMP (fehlende Genesung nach zwölf Monaten, dritte Episode) regelhaft der Fall, sodass eine Vorstellung bei einer Fachärztin oder bei einem Facharzt oder bei einer Psychologischen Psychotherapeutin oder bei einem Psychologischen Psychotherapeuten mit fachärztlicher somatischer Abklärung bereits stattgefunden haben sollte.

der spezialisierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eine große Rolle. So zeigen mehrere Studien einen Einfluss von Stigmatisierung auf das Aufsuchen fachspezifischer Behandlung bei Depression (zum Beispiel Schomerus et al., 2009[63]; Barney et al., 2006[5]; Mojtabai et al., 2002[46]). Insbesondere Männer, ältere Menschen und Menschen ohne vorherigen Kontakt zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung suchen aus Angst vor Stigmatisierung seltener die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf (Schomerus et al., 2009)[63]. Des Weiteren konnte gerade bei schwerer erkrankten Betroffenen eine Stigmatisierung hinsichtlich der Inanspruchnahme störungsspezifischer Behandlung gefunden werden (Fox et al., 2018)[23]. Ein bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland zeigt, dass rund ein Drittel der Befragten im Falle psychotherapierelevanter Störungen nicht zu einem Psychotherapeuten gehen würde (Petrowski et al., 2014)[56]. Diese negative Haltung ist bei Männern und Menschen mit niedrigem Bildungsstand stärker ausgeprägt.

Für diese Patientengruppen ist es von großer Relevanz, durch eine bereits bestehende therapeutische Beziehung zur Hausärztin oder zum Hausarzt Barrieren zur Inanspruchnahme von Behandlung zu verringern und damit auch eine Teilnahme am DMP ohne die Bedingung einer initialen Weiterleitung in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen. Eine zusätzliche Diagnoseabsicherung durch entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte würde Patientinnen und Patienten mit Stigmatisierungsängsten den Weg in die strukturierte Versorgung verbauen. Auch vor dem Hintergrund langer Wartezeiten für die fachspezifische Versorgungsebene ist eine Einschränkung auf fachärztlich gestellte Diagnosen schwer vertretbar. Im Rahmen des DMP können diese Hürden abgebaut werden, sodass die zweite Versorgungsebene im Laufe der Programmteilnahme von dieser Patientengruppe besser akzeptiert wird.

Die Qualität der Depressionsdiagnostik, insbesondere die behandlungsrelevante Festlegung des Schweregrades, kann durch

<p>Mehrere Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR (NCCHM 2010 adults [50]: 2x hoher GoR, LoE fehlt; SNHS 2014[74]: niedriger GoR, LoE fehlt) die Empfehlung, dass entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den diagnostischen Prozess einbezogen werden sollen und dies bereits bei Verdacht auf eine Depression.</p> <p>Zu den entsprechend qualifizierten Leistungserbringern, die die Depressionsdiagnose sichern können, zählen: Fachärztin und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin und Facharzt für Neurologie nur mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Fachärztin und Facharzt für Nervenheilkunde, Allgemeinmediziner und Internisten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zur somatischen Differentialdiagnostik kann in Abhängigkeit von der eigenen Qualifikation die Einbindung von weiteren Leistungserbringern erforderlich sein. Vorbefunde sind zu berücksichtigen.</p>	<p>die Anforderungen dieser Richtlinie zusätzlich gesteigert werden.</p> <p>Zur somatischen Differentialdiagnostik kann in Abhängigkeit von der eigenen Qualifikation die Einbindung von weiteren Leistungserbringern erforderlich sein. Vorbefunde sind zu berücksichtigen.</p>
---	--

200

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>Aufgrund der geringeren Symptomschwere erfüllen Dysthymien nicht die Einschreibevoraussetzungen.</p>	<p>PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

201 Patientinnen und Patienten mit einer Depression als Folge einer organischen Störung (ICD 10
 202 F06.3) sind nicht Zielgruppe dieses DMP, da die Behandlung der somatischen
 203 Grunderkrankung prioritär und nicht Gegenstand dieses DMP ist. Die Diagnose einer
 204 organisch bedingten Depression ist laut NVL[14] zu stellen, wenn die Störung des Affekts sehr
 205 wahrscheinlich als direkte körperliche Folge eines spezifischen medizinischen
 206 Krankheitsfaktors angesehen wird. Dies betrifft beispielsweise Multiple Sklerose, Schlaganfall,
 207 Hypothyreose oder demenzielle Erkrankungen. Eine Teilnahme am DMP kann jedoch
 208 erfolgen, wenn die Depression als Komorbidität zu werten ist.

209 **Zu Nummer 1.3 Therapieziele**

210 Die im Anforderungstext formulierten Therapieziele entsprechen überwiegend den
 211 allgemeinen Behandlungszielen in der NVL (NVL 2015)[14].

212 Unter Remission ist die vollständige oder weitestgehende Wiederherstellung der psychischen
 213 Gesundheit nach der Akutbehandlung zu verstehen. Unter einem Rückfall (= relapse) versteht
 214 man das erneute Auftreten des Vollbilds einer depressiven Episode, wenn nach oder während
 215 der Akutbehandlung kurzfristig bereits eine Besserung eingetreten war. Die Wiedererkrankung
 216 (= Rezidiv) ist dahingehend definiert, dass nach vollständiger Genesung erneut eine
 217 depressive Episode auftritt.

218 Um die Bedeutungen der Komorbiditäten bei Depression zu betonen (siehe auch Nummer
219 1.5.6) wurde die adäquate Behandlung der Komorbiditäten als Therapieziel aufgenommen.

220 Die Auflistung der Ziele ist insofern nicht abschließend, als weitere Therapieziele im Rahmen
221 der verschiedenen Behandlungsphasen individuell zu spezifizieren sind. Zudem stellt die
222 Auflistung der Ziele keine Prioritätensetzung dar, so dass individuell zu prüfen ist, welche der
223 genannten Zielsetzungen mit welcher Wertigkeit zu verfolgen sind.

224 **Zu Nummer 1.4 Therapieplanung**

225 Die bei der Therapieplanung zu berücksichtigenden Faktoren orientieren sich an den
226 entsprechenden Empfehlungen der NVL (NVL 2015)[14]. Die differenzierten
227 Behandlungsempfehlungen leiten sich insbesondere vom Schweregrad und dem Verlauf der
228 depressiven Erkrankung ab (siehe Nummer 1.5). Mit dem individuellen Krankheitsverlauf ist
229 zum Beispiel die Dauer der depressiven Episode oder die Anzahl der Episoden gemeint.
230 Hinsichtlich des Behandlungsverlaufs sollen gegebenenfalls vorher stattgefundene
231 Maßnahmen und das individuelle Ansprechen bei der Therapieplanung berücksichtigt werden.

232 *Aufklärung*

233 Die Aufklärung über Nutzen und Risiken dient der informierten Entscheidung der Patientinnen
234 und Patienten. Bezüglich der allgemeinen Therapieprinzipien sowie der umfassenden
235 Aufklärung der Patientin oder des Patienten wird auch auf § 7 der DMP-A-RL verwiesen. Es
236 soll ein hoher Informationsgrad zu den Behandlungsmöglichkeiten gewährleistet werden.
237 Patientinnen und Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression
238 aufgeklärt werden. Wenn es angebracht ist und die Patientinnen und Patienten einverstanden
239 sind, gilt dies auch für deren Angehörige (Empfehlungsgrad A, LoE Ib). So sollte mit den
240 Patientinnen und Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung über
241 mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und
242 möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden. Die Hinweise zur Information und
243 Einbeziehung der Patientinnen und Patienten entsprechen den Empfehlungen der NVL
244 unipolare Depression.[14]

245 *Schriftliche Patienteninformation*

246 Mehrere Leitlinien empfehlen, dass zusätzlich zur mündlichen Aufklärung optional schriftliche
247 evidenzbasierte Patienteninformationen verwendet werden können [NVL 2015 [14]: GoR A;
248 NCCMH 2010 adults [50]; SNHS 2014 [74]]. Diese liegen sowohl in deutscher Sprache
249 [4,25,27,36,37,69,70], als auch in mehreren anderen Sprachen vor (zum Beispiel [4,69,70]).
250 Bei der Aufklärung sollten laut mehrerer Leitlinien Stigmatisierungsängste berücksichtigt
251 werden [SNHS 2014 [74]; NCCMH 2010 adults [50]].

252 *Exploration von Suizidalität*

253 Aufgrund des erhöhten Suizidrisikos bei depressiv Erkrankten ist es besonders wichtig,
254 Suizidalität im Rahmen der Diagnostik aktiv und empathisch zu explorieren. Auch im weiteren
255 Behandlungsverlauf, in dem Suizidalität neu auftreten kann, ist eine regelmäßige Erfassung
256 notwendig. Das Befragen der Patientinnen und Patienten über suizidale Gedanken, Impulse
257 und Pläne führt entgegen einer weit verbreiteten Fehleinschätzung nicht dazu, dass diese erst
258 dadurch auf die Idee gebracht werden. Die meisten Patientinnen und Patienten sind erleichtert
259 und fühlen sich entlastet, wenn das Thema angesprochen wird.

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>[streichen]</p>	<p>PatV</p> <p>Zu berücksichtigen ist auch, dass krankheitsimmanente Faktoren das Ansprechen suizidaler Symptome seitens der Patientin oder des Patienten erschweren können. Bei einem depressiven Stupor (Symptome unter anderem: stark verminderter Antrieb und Spontaneität,</p>
---	--

	<p>Verlangsamung des Denkens, Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit und der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme) die Gefahr einer nicht kommunizierten Suizidalität (vgl. Henkel/Schneider 2017)[26].</p> <p>Ziele der Exploration sind das Erfassen der suizidalen Symptome, das Identifizieren möglicher innerpsychischer und/oder psychosozialer Ursachen und Auslöser sowie die Abschätzung der Suizidgefährdung.</p> <p>Der Gesprächseinstieg sollte so gewählt werden, dass die Hürde für die Patientin oder den Patienten niedrigschwellig ist und sie oder er sich ermutigt fühlt, über suizidale Gedanken und Gefühle zu sprechen. Manchen Patientinnen und Patienten fällt es schwer, sich zu öffnen, was verschiedene Gründe haben kann (zum Beispiel religiöse oder kulturelle Aspekte, krankheitsimmanente Faktoren, Ängste in Bezug auf Zwangsbehandlung, soziale Erwünschtheit). Deshalb sollten Fragen, die Suizidalität explorieren, vorsichtig beginnen und im Laufe der Exploration immer konkreter werden, so dass suizidale Intentionen, Problemkonstellationen und der aktuelle Handlungsdruck abgeschätzt werden können.</p>
--	---

260 Die Abschätzung des Suizidrisikos sollte durch Erfragen von Risikomerkmale vorgenommen
 261 werden:

- 262 - „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“
- 263 - „Häufiger?“
- 264 - „Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich
 265 Suizidgedanken aufgedrängt?“
- 266 - „Konnten Sie diese Gedanken beiseiteschieben?“
- 267 - „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es tun würden?“
- 268 - „Haben Sie Vorbereitungen getroffen?“
- 269 - „Umgekehrt: Gibt es etwas, was Sie davon abhält?“
- 270 - „Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Suizidgedanken gesprochen?“
- 271 - „Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?“
- 272 - „Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Bekanntenkreis schon jemand das Leben
 273 genommen?“

274 Die Empfehlungen zur Erfassung von Suizidalität entsprechen der NVL 2015 [14].

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>[<i>streichen</i>]</p>	<p>PatV</p> <p>Die Prädiktion von Suizidversuchen oder vollendetem Suizid ist aber sehr schwer; eine Checkliste zur validen Diagnose von Suizidalität gibt es nicht (NVL 2015). Zudem</p>
--	--

	verlaufen die Phasen der Suizidalität nicht linear; depressive Patienten können von passiven Todeswünschen oder Suizidgedanken direkt zu suizidalen Handlungen übergehen (so genannter Raptus) (NVL 2015) [14].
--	---

275 *PHQ-9 Patient Health Questionnaire*

276 Zur Unterstützung bei der Abschätzung der Symptomschwere im Rahmen der
 277 Therapieplanung (VADoD 2016)[42] sowie bei der Einschätzung der Symptomveränderung
 278 und des Ansprechens auf die Therapie im Rahmen der Verlaufskontrolle (VaDoD 2016[42];
 279 BAP 2015[16]) wird die Verwendung von psychometrischen Tests empfohlen. Es stehen
 280 klinisch bewährte und psychometrisch gut untersuchte Selbstbeurteilungsinstrumente zur
 281 Verfügung, die unterschiedlich lang sowie unterschiedlich komplex sind (zum Beispiel Patient
 282 Health Questionnaire; PHQ-9, Beck Depressionsinventar; BDI, Allgemeine Depressionsskala;
 283 ADS) oder Fremdbeurteilungsinstrumente (zum Beispiel Inventar depressiver Symptome, IDS-
 284 C; Quick Inventory of Depressive Symptomatology (Clinician-Rated), QIDS-C; Hamilton
 285 Depression Rating Scale, HDRS; Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS). Zur
 286 Erfassung des Schweregrads der Depression kommt insbesondere der PHQ-9 als
 287 ergänzendes Instrument in Frage, da er zeitökonomisch einsetzbar ist. Er erfährt eine breite
 288 Anwendung in der fachärztlichen sowie fachpsychologischen Versorgung und wird in
 289 zahlreichen nationalen wie internationalen Therapiestudien als Haupterfolgsmaß eingesetzt.
 290 In Deutschland ist er in verschiedenen Projekten eingesetzt worden, hat sich als valide und
 291 änderungssensitiv erwiesen (Löwe et al. 2004b [39], 2004c[40]; Gilbody et al. 2007 [24]) und
 292 wird gut akzeptiert (zum Beispiel Bermejo et al. 2003 [10], 2005 [11]; Löwe et al. 2017 [38]).
 293 Der PHQ-9 weist gute psychometrische Kennwerte auf und ist darin mit anderen Instrumenten
 294 (etwa BDI, ADS usw.) vergleichbar. Die Empfehlung zur Verwendung des PHQ-9 im DMP
 295 Depression wird durch mehrere Leitlinien (VADoD 2016 [42]; SNHS 2014 [74], NVL 2015 [14])
 296 gestützt.

297 Tabelle 2: Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gesamtwert _____ = Addition _____ + _____ + _____ der Spaltensummen				

298

Englische Version: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

299

Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

300

Der Summenwert des PHQ-9 hat einen Range von 0 bis 27 und ist wie folgt zu interpretieren:

301

Tabelle3: Einteilung PHQ-9 Summenwert nach Schweregrad der Depression

PHQ-9 Summenwert	Schweregrad der Depression
0 – 4	Fehlen einer depressiven Schweregradausprägung
5 – 9	Leichte Ausprägung
10 – 14	Mittelgradige Ausprägung
15 – 19	Schwere Ausprägung
20 – 27	Schwerste Ausprägung

302

Weichen die Schweregradeinschätzungen basierend auf der klinischen Beurteilung der Symptome (Nummer 1.2) von den Angaben im PHQ-9 ab, ist die klinische Schweregradeinschätzung vorzuziehen, da nur anhand der klinischen Erfassung aller relevanten Haupt- und Zusatzsymptome sowie anhand der Dauer und des Verlaufs der Symptome eine adäquate klinische Diagnosestellung möglich ist (NVL 2015) [14].

303

304

305

306

307 *Therapieplan erstellen und Ziele vereinbaren*

308 Die Identifikation, Festlegung und Prüfung von gemeinsam vereinbarten Zielen und
 309 Maßnahmen ist elementarer Bestandteil jeder strukturierten Behandlung einer chronischen
 310 Erkrankung und lehnt sich an die Definition des Collaborative Care Modells an (siehe zum
 311 Beispiel Wagner, 1997[71]; NCCMH adults 2010 [50]). Diese Ziele sollten möglichst spezifisch,
 312 messbar und zeitlich terminiert formuliert sein und können auch als Teilziele sowohl Aspekte
 313 der Behandlungscoordination, psychotherapeutischer, anderer nicht-medikamentöser und
 314 medikamentöser Maßnahmen (zum Beispiel Dosis und Dauer der Medikamenteneinnahme),
 315 sowie Aspekte der Eigenaktivität (zum Beispiel konkrete patientenrelevante
 316 Verhaltensaktivierung) adressieren.

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>[streichen]</p>	<p>PatV</p> <p>Therapieplanung schriftlich zu fassen ist im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung bisher nicht üblich und auch in der alltäglichen ärztlichen Behandlung nicht indiziert. Es liegen daher auch keine verlässlichen Studien vor, die deren Evidenz eindeutig nachweisen.</p> <p>Anders verhält es sich mit längerfristigen Verfahren, die im Rahmen von strukturiertem Vorgehen etabliert sind. So ist beispielsweise der soziotherapeutische Betreuungsplan in den Soziotherapie-Richtlinien normiert.</p> <p>Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG 2015) wurde das Entlassmanagement umfassend reformiert und beinhaltet die Aufstellung eines Entlassplans, um eine koordinierte Anschlussbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Auch in der medizinischen Rehabilitation sind Rehabilitationspläne etabliert und üblich. Weiter hat der Gesetzgeber mit dem Bundesteilhabegesetz Regelungen für die Erstellung eines Teilhabeplans gemäß § 19 SGB IX geschaffen.</p> <p>Diese Entwicklungen zeigen, dass vor dem Hintergrund der Stärkung der Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe- und Gesamtpläne schriftlich zu fassen und den Bürgerinnen und Bürgern auszuhändigen sind.</p> <p>Insofern ist in Analogie dieses Verständnisses von Bürgerinnen und Bürgern als Patientinnen und Patienten auch auf das DMP anzuwenden. Auch hier handelt es sich um strukturiertes Behandlungsverfahren, in dem sorgfältig Befunde erhoben, Therapieleistungen geplant, begleitet und ausgewertet werden. Die Patientin oder der Patient soll daher auch Zugang zu diesen Unterlagen haben.</p>
---	---

317 *Krisenmanagement*

318 Das bei der Therapieplanung in diesem DMP empfohlene Krisenmanagement ist an die in der
 319 NVL (2015)[14] beschriebene psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung und eine
 320 Empfehlung der NCCMH adults (2010)[50] angelehnt. Bei Bedarf und insbesondere bei
 321 schweren Depressionen und Vorliegen einer komplexeren Problematik sollte der Umgang mit
 322 dem Auftreten akuter Krisen gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten thematisiert und
 323 Strategien vereinbart werden (NCCMH 2010 adults [50] [GoR ↑, LoE fehlt]).

324 *Angehörige und Selbsthilfe*

325 Die Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen und die Empfehlung zum Hinweis
 326 auf Selbsthilfe- und Angehörigengruppen entsprechen der NVL 2015[14]. Informationen zu
 327 Selbsthilfeverbänden und örtlichen Selbsthilfe-Kontaktstellen können beispielsweise der
 328 NAKOS-Liste (www.nakos.de) entnommen werden.

329 **Zu Nummer 1.5 Therapeutische Maßnahmen**

330 **Zu Nummer 1.5.1 Allgemeine Empfehlungen zur Behandlung**

331 Als therapeutische Maßnahmen stehen laut Leitliniensynopse des IQWiG einschließlich NVL
 332 mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, welche die Psychotherapie (Nummer 1.5.2), die
 333 medikamentöse Therapie (Nummer 1.5.3), die Kombination von Psychotherapie und
 334 medikamentöser Therapie sowie weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen
 335 (Nummer 1.5.4) umfassen. [14,15,28] Mehrheitlich werden in den internationalen Leitlinien
 336 sowie der NVL die aufgeführten Therapieindikationen mit hohen Empfehlungsgraden und
 337 Evidenzleveln genannt.

338 Bei der Entscheidung der Auswahl der Therapieverfahren sind die Schwere der Erkrankung,
 339 deren Dauer und Verlauf sowie die Patientenpräferenzen maßgeblich [14]. Die
 340 patientenseitige Präferenz gegenüber einem Behandlungsverfahren sollten auch unter
 341 Berücksichtigung von möglichen Vorbehandlungen in die Therapieentscheidung einbezogen
 342 werden. Die Empfehlungen zu den bei der Wahl der Behandlungsmaßnahmen
 343 einzubeziehenden Faktoren richten sich nach den Empfehlungen der NVL (2015) [14] und der
 344 NCCMH adults (2010) [50].

345 **Zu Nummer 1.5.1.1 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem**
 346 **Erkrankungsverlauf**

347 Die allgemeinen Empfehlungen zur Behandlung entsprechen den Empfehlungen der vom
 348 IQWiG bewerteten Leitlinien (NVL 2015)[14].

349 Die Empfehlung zum Einsatz von Psychotherapie, medikamentöser Behandlung oder zur
 350 Kombination von beidem ist maßgeblich mit der Erkrankungsschwere verknüpft.

351 Auch in diesem Abschnitt rekurren die Anforderungen auf höchste Empfehlungsgrade und
 352 Evidenzlevel, die sich laut NVL wie folgt darstellen [14]. Demnach soll bei einer mittelschweren
 353 Depression entweder Psychotherapie oder eine Behandlung mit Antidepressiva Einsatz finden
 354 (Empfehlungsgrad A, LoE Ia). Demgegenüber soll bei akuten schweren Depressionen eine
 355 Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten
 356 werden (Empfehlungsgrad A, LoE Ia). Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht
 357 gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patientinnen und Patienten mit akuten
 358 mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig
 359 zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden (Empfehlungsgrad A, LoE
 360 Ia) [14].

361 Sofern die eingesetzten antidepressiven Medikamente bei mittelschweren Depressionen nicht
 362 zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie offeriert werden
 363 (Empfehlungsgrad A, LoE Ia).

364 Bei Double Depression und chronischer Depression mit mindestens zweijährigem Verlauf
 365 sollen die Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, dass eine
 366 Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie
 367 wirksamer ist. (Empfehlungsgrad A, LoE Ia). Bei Double Depression und chronischer
 368 Depression ist eine aktive Suche nach individuell-lebensgeschichtlichen Störungsfaktoren
 369 angezeigt. Da es um längere Krankheitsdauern geht, sollten unter Umständen längere
 370 Therapiedauern mit Aufarbeitung individueller störungsbedingender und aufrechterhaltender
 371 Faktoren bedacht werden.

372 Depressive Patientinnen und Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten den
 373 Empfehlungen der NVL nach in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten
 374 (Empfehlungsgrad Klinischer Konsenspunkt / KKP, LoE Expertenkonsens). Bei Patientinnen
 375 und Patienten mit wahnhafter Depression sollte eine Kombination aus Antidepressiva und
 376 Antipsychotika erwogen werden. Welche konkreten Kombinationen besonders
 377 erfolgversprechend sind, lässt sich aufgrund der aktuellen Studienlage noch nicht beantworten
 378 (Empfehlungsgrad B, LoE Ia) [14].

379 **Zu Nummer 1.5.1.2 Therapiegrundsätze in Abhängigkeit vom Alter der Patientin oder**
 380 **des Patienten**

381 Bei Depressionen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahren) soll Betroffenen eine Psychotherapie (Empfehlungsgrad A, LoE Ia) und bei schweren Formen sollte laut NVL eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie angeboten werden (Empfehlungsgrad B, LoE Ia). Auch bei leichten kognitiven Einschränkungen soll eine Psychotherapie bevorzugt als Einzeltherapie offeriert werden (Empfehlungsgrad B, LoE Ib). Im Alter liegt der Schwerpunkt eher auf der Psychotherapie, was auch etwaigen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufgrund von Multimorbidität Rechnung tragen kann. Wenngleich im Alter spezifische Herausforderungen zur Umsetzung von Behandlungsempfehlungen bestehen, werden gerade von älteren Patientinnen und Patienten die Angebote sehr wertschätzend angenommen [14].

391 **Zu Nummer 1.5.2 Psychotherapie**

392 Die vom IQWiG bewerteten Leitlinien einschließlich der NVL[14,15,28] nennen verschiedene Psychotherapieverfahren, die zur Behandlung einer Depression in Frage kommen.
 393

GKV-SV, PatV	DKG, KBV
Die NVL [14,15] benennt die Verhaltenstherapie, die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte/ psychodynamische und analytische Psychotherapie), die systemische Therapie, die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie.	Dazu wird in der NVL [14,15] die Verhaltenstherapie, die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte/ psychodynamische und analytische Psychotherapie), die systemische Therapie, die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie mit der jeweiligen Evidenz beschrieben.

394 In der vertragsärztlichen Versorgung können gemäß Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL)
 395 derzeit die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren
 396 (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) erbracht werden.

GKV-SV, KBV	DKG	PatV
Bei stationärer Behandlung können diese ebenfalls sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen.	Bei Behandlung durch Krankenhäuser können diese ebenfalls sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen.	Bei ambulanter Behandlung in Einrichtungen nach § 117 oder § 118 SGB V (Hochschulambulanzen oder Psychiatrische Institutsambulanzen) können diese sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen. Die Behandlung durch Hochschulambulanzen oder psychiatrische Institutsambulanzen richtet sich an Patientinnen und Patienten, die wegen Art, Schwere, Dauer oder Komplexität eines solchen Versorgungsangebots bedürfen. Das Leistungsangebot der Psychiatrischen

		Institutsambulanz umfasst im Sinne einer Komplexleistung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.
--	--	--

397 Alle in dieser Anlage der DMP-A-Richtlinie beschriebenen Inhalte, die auf die PT-RL verweisen,
 398 sind der PT-RL untergeordnet. Die PT-RL gilt in der jeweils aktuellen Fassung auch für die
 399 psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des DMP Depression, und zwar in der gleichen
 400 Weise wie außerhalb des DMP Depression.

401 Als maßgeblicher Erfolgsfaktor einer psychotherapeutischen Behandlung wird in der NVL eine
 402 tragfähige, vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin
 403 oder Patient betont (NVL (2015)[14] Empfehlungsgrad B, LoE Ib)). Ein weiterer wichtiger
 404 Erfolgsfaktor ist, dass die individuell passende Behandlungsform nach den
 405 Patientenpräferenzen gefunden wird. Dazu sind die Investitionsbereitschaft der Patientin und
 406 des Patienten und die fachliche Qualifikation wie auch Empathiefähigkeit der Therapeutin und
 407 des Therapeuten bedeutsam. Eine erfolgreiche Psychotherapie setzt Motivation, Bereitschaft
 408 und Fähigkeit zur Einsicht und zur Mitwirkung durch die Patientinnen und Patienten voraus.
 409 Dabei gilt in einem sensiblen und persönlichen Bereich wie der Psychotherapie besonders,
 410 dass sich die Betroffenen aufgehoben, angenommen sowie verstanden fühlen und sich
 411 anvertrauen können [14,15].

412 Unabhängig davon, für welche Therapieform die Entscheidung ausfällt, sollte die
 413 Psychotherapeutin und der Therapeut ermutigen und Hoffnung geben, einfühlsam sein und
 414 eine vertrauensvolle Beziehung zur Patientin oder zum Patienten aufbauen sowie die
 415 Beweggründe und Erwartungen der Betroffenen an die Behandlung eruieren; die Therapeutin
 416 oder der Therapeut sollte die Krankheit erklären und verdeutlichen, dass deren Ursache nicht
 417 in persönlichem Versagen oder Schuld liegt, als auch vermitteln, dass die Erkrankung
 418 behandelt werden kann und warum eine Therapie für die Patientin oder den Patienten wichtig
 419 ist. Dabei soll im Gespräch mit Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen eine
 420 verständliche Sprache verwendet werden [14,15].

421 Die Empfehlungen zur Rezidivprophylaxe im Rahmen der Psychotherapie, zum Vorgehen
 422 beim Nichtansprechen auf eine Psychotherapie und die Hinweise auf potentielle unerwünschte
 423 Wirkungen der Psychotherapie sind an die NVL (2015)[14] angelehnt. Angaben zu den Zielen
 424 der probatorischen Sitzungen, zur Art und Inhalten sowie zum Umfang der in der
 425 vertragsärztlichen Versorgung derzeit erbringbaren Psychotherapien sind der aktuellen
 426 Fassung der PT-RL entnommen.

427 **Zu Nummer 1.5.3 Medikamentöse Therapie**

428 Die hier in den Anforderungen für dieses DMP genannten antidepressiven Medikamente und
 429 entsprechenden Empfehlungen dazu beziehen sich bis auf die Ausführungen zu
 430 Phytopharmaka auf höchste Empfehlungsgrade und Evidenzniveaus der nationalen und
 431 internationalen Leitlinien (Empfehlungsgrad A, LoE Ia) [14].

432 Zwischen den Substanzklassen bestehen jedoch erhebliche Unterschiede bezüglich
 433 möglicher Toxizität und Nebenwirkungen. Letzteres ist von hoher klinischer Relevanz, da mehr
 434 als die Hälfte der mit Antidepressiva behandelten Patientinnen und Patienten über
 435 unerwünschte Nebenwirkungen klagt. So lassen sich verschiedene Kriterien zur Auswahl des
 436 Antidepressivums voneinander differenzieren. Die Auswahlkriterien umfassen die
 437 Verträglichkeit, die Überdosierungssicherheit, das Ansprechen in einer früheren
 438 Krankheitsperiode, die Handhabbarkeit, die Anwendungserfahrung, die Möglichkeiten bei

439 Nichtansprechen, die Komorbidität und Komedikation sowie die individuellen
440 Patientenpräferenzen [14].

<p>GKV-SV, DKG, KBV [streichen]</p>	<p>PatV Die Wirkstoffgruppe der SSRI hat eine umfangreiche Evidenz- und Leitlinien-Beleglage und ist als primäre Therapie für Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen und schweren Depression vorrangig einzusetzen und darüber hinaus in der praktischen Anwendung bewährt und etabliert. Die NVL (2015) [14] weist auf die bessere Verträglichkeit der SSRI gegenüber den älteren TZA hin.</p>
--	---

441 Betroffene sollten dazu über unterschiedliche Wirkstärken verfügbarer Zubereitungen und
442 Nebenwirkungen informiert werden. Sie sollten ebenfalls aufgeklärt werden über mögliche
443 schwere Wechselwirkungen von Johanniskraut mit anderen Medikamenten (einschließlich
444 oraler Kontrazeptiva, Antikoagulantien und Antiepileptika; Empfehlungsgrad B, LoE IV
445 Expertenkonsens) [14].

446 Das Serotoninsyndrom (Synonym: serotonerges Syndrom) ist eine seltene, jedoch potentiell
447 lebensbedrohliche unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) einer antidepressiven
448 medikamentösen Therapie. Verantwortlich ist eine serotonerge Überaktivität, ausgelöst durch
449 die Überdosierung eines serotonergen Wirkstoffes beziehungsweise pharmakodynamische
450 (Addition serotonerger Wirkstoffe) oder pharmakokinetische (Kombination eines serotonergen
451 Wirkstoffes mit einem Metabolisierungsinhibitor) Interaktionen.

452 Die klinische Manifestation ist von erheblicher Variabilität. Typische Symptome des
453 Serotoninsyndroms sind

- 454 - Psychische Auffälligkeiten mit Konzentrationsstörungen und Unruhe,
- 455 Orientierungsstörungen, Verwirrtheit, Wahrnehmungsstörungen, Erregungszuständen
- 456 und Bewusstseinsstörungen.
- 457 - Neuromuskuläre Symptome wie Tremor, Myoklonien, Hyperreflexie,
- 458 Koordinationsstörungen und Muskelkrämpfe
- 459 - Autonom- vegetative Symptome: Fieber (> 38° C, Schüttelfrost), Tachykardie,
- 460 Hypertonie, Hyperhidrosis, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Hyperventilation und
- 461 Diarrhoe.
- 462 - Bei stärkster Ausprägung Auftreten von epileptischen Anfällen, Koma- und
- 463 Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz und Ateminsuffizienz.

464 In voller Ausprägung ist ein serotonerges Syndrom lebensbedrohend. Die Symptome setzen
465 regelhaft in den ersten 24 Stunden nach Einnahme der Substanzen ein. Zu den wichtigsten
466 Auslösern gehören:

- 467 - SSRI (Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer): Fluoxetin, Sertralin Citalopram,
- 468 Escitalopram, Fluvoxamin, Paroxetin,
- 469 - SNRI (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer): Venlafaxin,
- 470 Duloxetin
- 471 - MAO-Hemmer (Monoaminoxidase-Hemmer): Tranylcypromin, Moclobemid
- 472 - TZA (Trizyklische Antidepressiva): Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin, Clomipramin,
- 473 Imipramin und weitere
- 474 - Andere Antidepressiva: Lithium, Mirtazapin
- 475 - Opiode: Tramadol, Fentanyl
- 476 - Antiemetika: Metoclopramid, Ondansetron
- 477 - Antiparkinsonmedikamente
- 478 - Migränetherapeutika (Triptane)

479 - Phytopharmaka: Johanneskraut und weitere zum Teil freiverkäufliche Substanzen

480 Zur Diagnose eines Serotoninsyndroms wurden die sogenannten Hunter- Kriterien publiziert
481 (Dunkley et al. (2003) [20]). Für die Diagnose des Serotoninsyndroms sind Kloni (induzierbar,
482 spontan oder okulär), Agitation, Schweißausbrüche, Tremor, Hypertonus,
483 Temperaturerhöhung und Hyperreflexie als Leitsymptome erforderlich.

484 Die Notfalltherapie besteht im Absetzen der angeschuldigten Arzneimittel und je nach
485 klinischer Ausprägung der stationären oder intensivmedizinischen Überwachung [7,12,20,30].

486 Ventrikuläre Herzrhythmusstörungen vom Typ der Torsade de Pointes (TdP) sind eine seltene,
487 jedoch schwerwiegende und lebensbedrohliche Nebenwirkung von Antidepressiva und
488 zahlreichen anderen Wirkstoffen wie Antipsychotika, Antiarrhythmika, Antibiotika oder
489 Antimykotika. Auslösende Ursache ist die Verlängerung der myokardialen Refraktärzeit, die
490 mit einer Verlängerung des QT- Intervalls im EKG einhergeht. Risikofaktoren für das Auftreten
491 einer abnormen medikamentenbedingten QT- Verlängerung und von Torsade de Pointes sind
492 hohe Plasmakonzentrationen der auslösenden Arzneimittel, ein kongenitales QT- Syndrom,
493 Elektrolytstörungen insbesondere eine Hypokaliämie, Bradykardien, weibliches Geschlecht
494 und eine Komedikation anderer repolarisationsverlängernder Medikamente. Vor und während
495 einer Therapie mit Antidepressiva mit Einfluss auf die QT- Zeit ist die Durchführung eines EKG
496 mit Bestimmung der frequenzkorrigierten Dauer des QT-Intervalls notwendig (NVL 2015) [14].

497 Für eine längerfristige Verordnung von Antidepressiva kann es ganz unterschiedliche Gründe
498 geben. Diese umfassen Therapieresistenz, effektive Phasenprophylaxe mit entsprechenden
499 Rezidiven nach Reduktion, belastende Absetzsymptome, oder Präferenz von Patientin oder
500 Patient und / oder Behandler. Je nach vorliegendem Grund ist die Dauertherapie zu bewerten
501 und gegebenenfalls anzupassen, beispielsweise sind bei Therapieresistenz andere Strategien
502 angezeigt als bei alleinigen belastenden Absetzsymptomen bei gleichzeitigem
503 Patientenwunsch nach Absetzen.

504 Das sogenannte „Antidepressant discontinuation syndrome“ (ADDS) ist eine neue Entität im
505 DSM-5 (APA, 2013)[1] und mittlerweile gut belegt. Es tritt wahrscheinlich insbesondere beim
506 rapiden Absetzen von Antidepressiva mit kurzen Halbwertszeit, und hier besonders bei
507 SSRI,SNRI und MAOI auf (Fava et al., 2015; 2018)[21,22], bei bis zu 40% der Patienten.
508 Symptome sind unter anderem grippeartige Beschwerden, Hyperarousal, Schlaflosigkeit und
509 Übelkeit. Abzugrenzen ist dieses Absetzsyndrom von einem Entzug im Rahmen einer
510 Abhängigkeit, da bei letzterer die vorherigen Kriterien einer Sucht erfüllt sein müsse
511 (beispielsweise Dosiserhöhung, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust; all das wird bei
512 Antidepressiva nicht beobachtet) und typischerweise bei Suchtdrogen zumindest initial eine
513 euphorisierende oder halluzinogene Wirkung im Vordergrund steht, die bei Antidepressiva
514 ebenfalls nicht vorhanden ist.

515 Im Falle eines Absetzens von Antidepressiva, insbesondere der oben genannten Klassen,
516 sollte daher langsam ausgeschlichen werden (über vier Wochen). Die Datenbasis ist hierfür
517 zwar nicht stark (Maund et al., 2019) [43], solange es jedoch keinen medizinischen Grund für
518 ein sofortiges Absetzen gibt, spricht diesem Vorgehen nichts entgegen. Die Patientin oder der
519 Patient soll gut informiert werden über die mögliche Symptomatik und deren grundsätzliche
520 Harmlosigkeit wie auch Vergänglichkeit, trotz der Tatsache, dass das ADDS teils sehr
521 belastend sein kann. Eine engmaschige Begleitung der Patientin oder des Patienten ist
522 während dieser Phase sinnvoll, sowohl zur Einordnung der Symptome als auch um ein
523 mögliches Rezidiv zeitnah zu erkennen.

524 *Phasen der medikamentösen Therapie*

525 Um die Therapie nachhaltig zu gestalten und einer voreiligen Therapiebeendigung bei erster
526 Besserung der Symptomatik und damit verbundener Rückfallgefahr zu begegnen, sind die
527 Phasen der Akut- und Erhaltungsphase sowie die Rezidivprophylaxe zu beachten [14].

528 **Zu Nummer 1.5.4 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen**

529 Die Hinweise auf Ergotherapie, Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege
 530 basieren auf der NVL (2015) [14]. Diesbezüglich gelten die entsprechenden Richtlinien des G-
 531 BA.

532 Die Empfehlungen zu körperlicher Aktivität und Sport orientieren sich ebenfalls an der NVL
 533 (2015) [14]. Seit der Veröffentlichung der NVL im Jahr 2015 sind mehrere Meta-Analysen zur
 534 Frage der Wirksamkeit von körperlicher Aktivität und Sport bei Depression veröffentlicht
 535 worden, die moderate bis starke Effekte auf die depressive Symptomatik nachweisen konnten
 536 (Morres et al., 2019 [48]; Ledochowski et al., 2017 [35]; Schuch et al., 2016 [64]; Kvam et al.,
 537 2016 [34]; Schuch et al., 2016 [65]; Rebar et al., 2015 [57]). Daher wurde die entsprechende
 538 Empfehlung aufgenommen.

GKV-SV, DKG, KBV

Sieben Leitlinien der IQWiG-Synopse empfehlen, bei einer schweren, vital bedrohlichen oder therapieresistenten depressiven Episode eine elektrokonvulsive Therapie als Behandlungsalternative in Betracht zu ziehen (BAP 2015 [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NCCMH 2010 adults[50] [2 x GoR ↓, LoE fehlt]; NVL 2015[14] [GoR ↑, LoE ↑]; RANZCP 2015[41] [2 x GoR fehlt, LoE ↑]; SNHS 2014[74] [GoR ↑, LoE fehlt]; VADoD 2016 [42] [GoR ↑, LoE fehlt]; WFSBP 2013 / 2015[6] [GoR ↓, LoE ↓]).

PatV

Die Einzelhinweise beruhen weitgehend auf den jeweiligen Richtlinien. Vor dem Hintergrund der in den Richtlinien vorgegebenen Einzelregelungen wird darauf verzichtet, detaillierte Empfehlungen zu geben, welche Leistung in welchem Fall verordnet werden soll. Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt wird zudem gehalten sein, zu prüfen, welche Leistungen für die Patientin oder den Patienten tatsächlich zur Verfügung stehen.

539

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>Zu Nummer 1.5.5 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität</p> <p>Die Empfehlungen zur Einschätzung des Suizidrisikos, zur Suizidprävention und Krisenmanagement, zum Vorgehen bei akuter Suizidalität sowie die Empfehlungen und zu berücksichtigenden Aspekte der medikamentösen Therapie bei Suizidalität leiten sich aus der NVL (2015) [14] sowie der NCCMH (2010 adults) [50] ab. Die aus der NVL (2015) [14] abgeleitete Nennung von empirisch belegten Risikofaktoren (vgl. Einschätzung des Suizidrisikos) kann lediglich eine Entscheidungshilfe zur Einschätzung des Suizidrisikos liefern und stellt alleine keine abschließende Checkliste zur hinreichend validen Diagnose von Suizidalität da.</p>	<p>PatV</p> <p>Zu Nummer 1.5.5 Maßnahmen bei Suizidalität</p> <p>Bei suizidalen Patientinnen und Patienten kommen laut NVL verschiedene Maßnahmen in Betracht.</p> <p>Bei akuter Suizidalität ist gemäß der NVL (2015)[14] zu beachten, dass die Hauptstrategie darin besteht, zuerst stützend und entlastend vorzugehen, bis die akute Selbstgefährdung abklingt, um dann anschließend eine weitere, mehr ursachenbezogene Behandlung einzuleiten.</p> <p>Die somato-psychiatrische Befunderhebung umfasst wenigstens eine gründliche internistische Untersuchung und eine laborchemische Differentialdiagnostik bei psychischen Auffälligkeiten (zum Beispiel nach Schneider und Hettmann 2017) [62]. Bei schweren psychomotorischen Erregungszuständen sollen mögliche somatische Ursachen wie Blutzuckerentgleisung, kardiovaskuläre Ereignisse, Schmerzsyndrome, Epilepsie, systemische oder zentralnervöse entzündliche Erkrankungen abgeklärt werden (siehe Henkel und Schneider 2017) [26].</p> <p>Bei depressiven Patientinnen und Patienten mit suizidalen Beschwerden, insbesondere bei anhaltend tiefer Hoffnungslosigkeit und schweren Angst- und Erregungszuständen, soll der koordinierende Arzt oder die koordinierende Ärztin die bisherige medikamentöse Strategie überprüfen und Änderungen in Erwägung ziehen.</p> <p>Zur Möglichkeit des Vorliegens suizidalitätsfördernder Wirkungen von Antidepressiva, insbesondere SSRIs, zum Beispiel durch Auftreten vermehrter Unruhe, Akathisie und exzitatorischen Wirkungen, die mit der Einnahme einhergehen können siehe NVL 2015) [14].</p> <p>Zum Einsatz von Lithium zur Augmentationen (additive Gabe zur Wirkungsverstärkung eines Antidepressivums) oder die Verordnung als Monopräparat siehe NVL 2015[14].</p> <p>Zur Gabe von Benzodiazepinen siehe NVL 2015. Für die Dauer der Gabe heißt es in der NVL 2015 „unter vier Wochen“ [14].</p>
--	---

	<p>Wie in Nummer 1.7.3 beschrieben, ist die Indikation zur stationären Behandlung zu prüfen. Als psychotherapeutische Maßnahmen im Sinne der Krisenintervention stehen Akuttherapien zur Verfügung (siehe auch Nummer 1.5.1, 1.5.1.1). Als Arzneimitteltherapie soll in der Rezidivprophylaxe zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden (Empfehlungsgrad A, LoE Ia; siehe auch Nummer 1.5.2 und 1.5.2.1) [14].</p>
--	--

540 **Zu Nummer 1.5.6 Maßnahmen bei Komorbiditäten**

541 Der NVL [14] zufolge wird „Komorbidität“ als das Auftreten von zwei oder mehr verschiedenen
542 Krankheiten zur selben Zeit definiert, was in der Praxis ein häufiges Phänomen darstellt.
543 Gemäß NVL gelten dabei folgende Einschränkungen: Im Vergleich zur Pharmako- und
544 Psychotherapie liegen insgesamt weniger Therapiestudien vor, die spezifisch depressive
545 Episoden bei komorbiden psychischen Störungen und/oder körperlichen Erkrankungen
546 adressieren. Häufig stellen komorbide Störungen sogar ein Ausschlusskriterium in den Studien
547 dar. Wenn jedoch depressive Störungen im Fokus von Untersuchungen zur Komorbidität
548 stehen, fehlen oftmals Angaben zum Schweregrad der Depression oder es wurde keine
549 klassifikatorische Diagnostik vorgenommen, so dass die Interpretation der Studienergebnisse
550 erschwert sein kann. Es liegen allerdings sehr viele Studien vor, die beispielsweise
551 psychosoziale Belastungen und/oder depressive Symptome bei körperlichen Erkrankungen
552 sowie ihre Therapie untersucht haben und Depressivität als wichtiges Zielkriterium zumeist im
553 Fokus hatten, wie zum Beispiel in der Psychoonkologie. Grundsätzlich ist festzuhalten – soweit
554 nicht anders in dem vorliegenden Kapitel der NVL thematisiert – dass die NVL-Empfehlungen
555 auch für Depressionen mit komorbiden Störungen gelten. Je nach Art der Komorbidität ist die
556 Einholung entsprechender fachärztlicher Expertise abzuwägen. Die Überweisung [KBV, PatV:
557 bzw. Weiterleitung] oder Mitbehandlung zu bzw. durch entsprechend qualifizierte
558 Leistungserbringer wird insbesondere bei die depressive Erkrankung komplizierende
559 Komorbiditäten empfohlen (siehe auch Nummer 1.7.2).

560 Die NVL unterscheidet bei den zahlreichen möglichen Komorbiditäten zwischen 1.)
561 komorbiden psychischen und 2.) komorbiden somatischen Erkrankungen. Zu den
562 psychischen Komorbiditäten zählen laut NVL vor allem die Angst- und Zwangserkrankungen,
563 Alkoholabhängigkeit, somatoforme Störungen, Essstörungen, und Persönlichkeitsstörungen.
564 Die Komorbidität von psychischen Störungen ist klinisch sehr bedeutsam. Die NVL beschreibt,
565 dass zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben, dass das gleichzeitige Auftreten zweier oder
566 mehrerer komorbider Störungen bei einem Individuum in der Regel den Verlauf kompliziert
567 und die Therapie erschwert [13]. Bei komorbiden Störungen kommt es überdies gehäuft zu
568 Therapieresistenz [33,67].

569 Bei den somatischen Komorbiditäten führt die NVL vor allem Diabetes mellitus,
570 kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen sowie Tumorerkrankungen, chronische
571 Schmerzerkrankungen und neurodegenerative Erkrankungen (Demenz und Morbus
572 Parkinson) an. Depressionen und somatische Erkrankungen treten demnach häufig
573 gemeinsam auf. Die Lebenszeitprävalenz für eine depressive oder eine Angststörung bei
574 somatisch Kranken liegt laut NVL bei ca. 40% und ist damit ungefähr doppelt so hoch wie in
575 der Allgemeinbevölkerung.(NVL 2015) [14].

576 Da eine umfassende Betrachtung infrage kommender Komorbiditäten nicht möglich ist, wurde
577 im Anforderungstext neben dem generischen Hinweis auf die Möglichkeit zahlreicher weiterer
578 Komorbiditäten auch eine spezifische Auswahl von Empfehlungen zu Begleiterkrankungen

579 dargestellt, die bei Depressionen besonders häufig vorkommen oder für die sich spezifische
 580 versorgungsrelevante Empfehlungen der vom IQWiG bewerteten Leitlinien ableiten lassen.
 581 Hierbei handelt es sich zum großen Teil auch um Empfehlungen der NVL mit dem
 582 Empfehlungsgrad A oder B. Bei den somatischen Komorbiditäten wurden zudem
 583 insbesondere auch Erkrankungen berücksichtigt, für die eigene DMP nach §137f SGB V
 584 existieren. Im Folgenden werden die Empfehlungsgrade und – soweit vorhanden – die
 585 Evidenzlevel der NVL[14] angegeben:

586 1.5.6.1 Psychische Komorbiditäten

587 - Angststörungen

588 Aufgrund ihrer Häufigkeit werden Angststörungen im Anforderungstext benannt,
 589 wenngleich die Leitlinienempfehlungen keine hohen Empfehlungsgrade aufweisen. Die
 590 Empfehlung der NVL entspricht dem Empfehlungsgrad Klinischer Konsenspunkt (KKP) auf
 591 Grundlage von Expertenkonsens, der wiederum auf RCTs basiert. Demnach liegen
 592 empirische Belege für Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Interpersonelle
 593 Psychotherapie (IPT) vor. Zur Pharmakotherapie liegen empirische Belege für SSRIs und
 594 Venlafaxin vor (NVL 2015).

595 - Alkoholabhängigkeit

596 Die NVL-Empfehlungen entsprechen Empfehlungsgrad A, bis auf die Ausführungen zur
 597 Psychotherapie, denen Empfehlungsgrad B zugrunde liegt [14]. Die NVL [14] empfiehlt mit
 598 Empfehlungsgrad B in diesem Zusammenhang auch, dass unabhängig von einer
 599 möglicherweise notwendigen Krisenintervention eine Depressionsbehandlung nicht vor
 600 einer zwei- bis vier-wöchigen Abstinenz begonnen werden sollte, da erst dann eine valide
 601 Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstellung möglich ist. In einer akuten
 602 Situation (zum Beispiel bei schwerer depressiver Episode oder bestehender Suizidalität)
 603 ist der Behandlungsbedarf sofort gegeben. Zum Abstinenzgebot wird in der NVL
 604 [14]zusätzlich der LoE IV auf Grundlage von Expertenkonsens angegeben. Die
 605 Empfehlungen für Psychotherapie beziehen sich auf die KVT. Zu anderen
 606 Psychotherapieverfahren kann laut NVL [14] aufgrund unzureichender Daten keine
 607 Empfehlung ausgesprochen werden.

608 - Somatoforme Störungen

609 Obwohl depressive Störungen und somatoforme Störungen relativ häufig gemeinsam
 610 auftreten, können aufgrund der unzureichenden Studienlage keine Empfehlungen über
 611 eine Pharmako- oder Psychotherapie bei dieser Komorbidität ausgesprochen werden.
 612 Entsprechend gelten die evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen für beide
 613 Störungen, siehe auch die S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ [17]. Daher
 614 wurden keine spezifischen Empfehlungen ausgesprochen (NVL 2015) [14].

615 1.5.6.2 Somatische Komorbiditäten

616 - Diabetes mellitus

617 Während sich die Empfehlungen für SSRI und Psychotherapie auf Empfehlungsgrad A der
 618 NVL beziehen (NVL 2015; LoE Ia)[14], folgen die Ausführungen zu substanzspezifischen
 619 Effekten auf den Diabetes dem Empfehlungsgrad B (NVL 2015; LoE Ib)[14].

620 - Koronare Herzerkrankung und Herzinsuffizienz

621 Alle angegebenen Empfehlungen zur koronaren Herzerkrankung entsprechen der NVL
 622 (NVL 2015, Empfehlungsgrad A; LoE Ia)[14]. Die Empfehlung zu Herzinsuffizienz
 623 entspricht der Empfehlung aus dem DMP chronische Herzinsuffizienz des G-BA.

624 - Tumorerkrankungen

625 Die Empfehlung zur Psychotherapie entspricht den Empfehlungen der NVL (NVL 2015,
 626 Empfehlungsgrad B; LoE Ib)[14].

627 Darüber hinaus gibt die NVL[14] weitere Empfehlungen zu psychischen und somatischen
628 Komorbiditäten, die aus oben genannten Gründen nicht als eigenständige Empfehlungen in
629 der Richtlinie aufgenommen wurden.

630 **Zu Nummer 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

631 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16.05.2006 beschlossen, sich dem auf
632 allen Ebenen der Versorgung als relevant erachteten Problem der Multimorbidität im Kontext
633 der Systematik bestehender strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) verstärkt zu
634 widmen. Dies erfolgte zuerst durch die Ergänzung des DMP Koronare Herzkrankheit um das
635 Modul „Chronische Herzinsuffizienz“. Darüber hinaus hat der Unterausschuss
636 Sektorenübergreifende Versorgung am 13.05.2009 eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem
637 Auftrag, sich mit der Abbildung von Multimorbidität im Rahmen von DMP zu befassen.

638 Nach orientierenden Recherchen wurde deutlich, dass es problematisch würde,
639 Leitlinienempfehlungen zum Vorgehen bei konkreten individuellen Krankheitskonstellationen
640 zu identifizieren. Deshalb ist die AG DMP und Multimorbidität übereingekommen, sich dem
641 Problem der Multimorbidität in einem ersten Schritt durch Empfehlungen zu Maßnahmen des
642 strukturierten Medikamentenmanagements bei Patienten mit Multimedikation („Polypharmacy“
643 als internationales Synonym) zu nähern.

644 Auf chronische Einzelerkrankungen fokussierte Therapieempfehlungen führen häufig zu einer
645 additiven Anwendung medikamentöser Maßnahmen mit einer gegebenenfalls daraus
646 resultierenden Multimedikation. Diese kann wiederum Arzneimittelwechselwirkungen
647 bedingen, die gewünschte Therapieeffekte ggf. verhindern, zum Auftreten beziehungsweise
648 zur Verstärkung von Nebenwirkungen führen, die ihrerseits neue Arzneimittelverordnungen
649 induzieren, und insgesamt negative Folgen für die Therapieadhärenz der Patientinnen und
650 Patienten haben.

651 Auch im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme werden krankheitsspezifische
652 Therapieempfehlungen gegeben, durch die sich die oben angesprochenen Aspekte einer
653 Multimedikation für die individuelle Patientin oder den individuellen Patienten ergeben können.
654 Dies gilt insbesondere bei Multimorbidität, das heißt bei gleichzeitigem Vorliegen mehr als
655 einer behandlungsbedürftigen, in der Regel chronischen Erkrankung, in einigen Fällen bei
656 entsprechendem Schweregrad selbst bei nur einer Erkrankung.

657 Deshalb wurde die Multimedikation auch für die DMP als wesentliches Thema erkannt, das
658 über einzelne DMP-Diagnosen hinaus für multimorbide Patientinnen und Patienten bedeutsam
659 ist.

660 Unbeschadet der geltenden Regelungen der Arzneimittelrichtlinie bezüglich einer individuellen
661 Verordnung von Arzneimitteln wurde die Entwicklung von Empfehlungen zur besonderen
662 Berücksichtigung von Multimedikation, die DMP-übergreifend anwendbar sein sollen,
663 angestrebt. Diese sollen im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung der Empfehlungen in
664 die einzelnen DMP integriert werden und können, wo fachlich geboten, indikationsspezifisch
665 angepasst werden.

666 Basierend auf den Erkenntnissen einer systematischen Literaturrecherche im Juli 2017
667 resultierten neun Quellen als Beratungsgrundlage zu Managementempfehlungen bei
668 Multimedikation [8,9,47,51,52,53,54,55,61].

669 Bei den extrahierten Referenzen handelt es sich um sieben evidenzbasierte Leitlinien
670 [8,9,47,51,52,53,54] und zwei systematische Übersichtsarbeiten [55,61].

671 Im ersten Beratungsprozess 2010 wurde aus den ausgewerteten Leitlinien eine Synopse der
672 Kernempfehlungen erstellt. Dies ermöglichte eine Identifizierung von Maßnahmen, die mit
673 einer hohen Konsistenz von verschiedenen Quellen empfohlen wurden und eine Analyse der
674 zugrundeliegenden Evidenz. Bei der Auswahl der für die hier vorliegenden Anforderungen
675 infrage kommenden Empfehlungen wurde insbesondere auf die Übertragbarkeit auf ein nicht-
676 geriatrisches Patientinnen- und Patientenkollektiv und die oben erwähnte Konsistenz der

677 Empfehlung geachtet. Die Gültigkeit dieser Kernempfehlungen wurde im Rahmen der
678 aktuellen Literaturrecherche 2017 überprüft.

679 Es existiert keine allgemeingültige Definition für Multimedikation [8]. Die Festlegung auf fünf
680 oder mehr Medikamente orientiert sich an der „Hausärztlichen Leitlinie – Multimedikation“ [8].

681 Die vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements gehen
682 inhaltlich über den bereits in § 31a SGB V geregelten Anspruch auf die Erstellung und
683 Aushändigung eines Medikationsplanes hinaus. Der sich unmittelbar aus § 31a SGB V
684 ergebende Anspruch der Versicherten besteht zudem unabhängig von den Voraussetzungen
685 für die hier vorgesehenen Maßnahmen eines strukturieren Medikamentenmanagements. Vor
686 diesem Hintergrund ist auch das Abstellen auf fünf oder mehr Arzneimittel gegenüber der
687 Regelung in § 31a SGB V (Anwendung von mindestens drei verordneten Arzneimitteln)
688 sachlich gerechtfertigt.

689 Soweit jedoch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements die Erstellung einer
690 Liste zur Erfassung der verordneten Arzneimittel vorgesehen ist, wird diese aus Gründen der
691 sprachlichen Vereinheitlichung auch als Medikationsplan bezeichnet. Erfolgt die Erstellung
692 eines Medikationsplanes bereits in Erfüllung des Anspruchs aus § 31a SGB V kann auf diesen
693 Medikationsplan dann selbstverständlich auch im Rahmen des strukturierten
694 Medikamentenmanagements zurückgegriffen werden.

695 Die Erfassung der von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommenen
696 Medikamente wird in Leitlinien als Grundvoraussetzung einer Überprüfung der
697 medikamentösen Therapie gewertet [8]. Diese sollte zumindest einmal jährlich oder
698 anlassbezogen (zum Beispiel Änderung der Medikation nach einem stationären Aufenthalt)
699 erfolgen und eine Dokumentation der jeweiligen Indikation für das einzelne Medikament
700 beinhalten [8,9,47]. Mögliche Arzneimittelinteraktionen sollten kritisch evaluiert werden[8].

701 Die Vertragspartner können Regelungen vereinbaren, die der koordinierenden Ärztin oder dem
702 koordinierenden Arzt die Erfassung der gesamten verordneten Medikamente erleichtern, zum
703 Beispiel durch entsprechende patientenbezogene Verordnungslisten.

704 Die Indikationsstellung zur Verordnung von Arzneimitteln erfolgt insbesondere bei Vorliegen
705 einer Multimorbidität in der Regel durch mehrere behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Dies kann
706 ggf. Rücksprachen durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt notwendig
707 machen. Auch kann eine Priorisierung der Behandlungsziele erforderlich sein, welche ggf.
708 auch zu dem Verzicht einer Arzneimittelverordnung führen kann [8,52,54]. Diesbezüglich
709 existieren aufgrund der individuell unterschiedlichen Fallkonstellationen keine
710 generalisierbaren Leitlinienempfehlungen.

711 Durch den Medikationsplan wird die Therapieadhärenz und die Arzneimitteltherapiesicherheit
712 unterstützt. Der Anspruch auf einen Medikationsplan wird im § 31a SGB V geregelt und im
713 Bundesmantelvertrag konkretisiert.

714 Die Überwachung der Nierenfunktion wird insbesondere bei älteren Patientinnen und
715 Patienten zum Vermeiden von Nebenwirkungen empfohlen [8,9] sowie bei jüngeren
716 Patientinnen und Patienten mit potentiell nierenschädigenden Grunderkrankungen[8]. Die
717 direkte Messung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) ist für die tägliche Praxis zu
718 aufwendig. Die Konzentration des Serum-Kreatinins ist allerdings nur ein sehr ungenaues Maß
719 für die GFR. Es wurden deshalb zahlreiche Schätzformeln entwickelt, mit denen aus Serum-
720 Kreatinin und anderen Parametern (unter anderem Alter, Gewicht, Geschlecht) die
721 glomeruläre Filtrationsrate berechnet wird (eGFR) [8]. [Die sehr häufig auch weiterhin
722 verwendete Formel von Cockcroft-Gault hat unter anderem den Nachteil, dass die GFR bei
723 stark übergewichtigen Patientinnen und Patienten überschätzt wird, selbst wenn das Ergebnis
724 auf die Körperoberfläche bezogen wird [54]. Diesen Nachteil hat die MDRD-Formel nicht,
725 weshalb in den letzten Jahren in der internationalen Literatur dieser Formel der Vorzug
726 gegeben wird. Die MDRD-Formel liefert GFR-Werte von akzeptabler Genauigkeit, die vom
727 Körpergewicht unbeeinflusst sind.

728 Die Adhärenz zur medikamentösen Therapie nimmt mit steigender Anzahl eingenommener
 729 Medikamente ab. Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen werden 30 –
 730 50 % der verordneten Medikamente nicht wie empfohlen eingenommen [54]. Neben den
 731 bereits genannten Maßnahmen können eine angemessene Einbeziehung der Patientin oder
 732 des Patienten in Therapieentscheidungen und eine verständliche Aufklärung über die
 733 medikamentöse Therapie generell adhärenzsteigernd wirken [54].

734 **Zu Nummer 1.6 Verlaufskontrolle**

735 Das Kapitel Verlaufskontrolle orientiert sich an den entsprechenden Empfehlungen der
 736 systematischen Leitlinienrecherche des IQWiG. Die Empfehlungen zur Verlaufskontrolle sowie
 737 zur regelmäßigen Einschätzung der Suizidalität entsprechen den internationalen (BAP 2015
 738 [16]; ICSI 2016 [29]; RANZCP 2015 [41]; SNHS 2014 [74]; VADoD 2016 [42] und NCCMH
 739 2010 adults [50]) und nationalen Leitlinienempfehlungen (NVL 2015 [14]).

740 **Zu Nummer 1.6.1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie**

741 Die Empfehlungen basieren auf den Ausführungen der NVL (2015) [14].

742 **Zu Nummer 1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung**

743 Die Anforderungen an die Verlaufskontrolle bei der medikamentösen Behandlung
 744 einschließlich der differenzierten Intervalle und den Empfehlungen zum Vorgehen bei
 745 Nichtansprechen auf eine medikamentöse Behandlung wurden in Anlehnung an
 746 Leitlinienempfehlungen formuliert (NVL 2015 [14]; NCCMH 2010 adults [50]; BAP 2015 [16];
 747 KPCI 2012 [32]; SNHS 2014; WFSBP 2013 / 2015; VADoD 2016; NVL 2015 [14]).

748 **Zu Nummer 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren**

749 In diesem Abschnitt werden die grundsätzlichen Kooperationsregeln der Versorgungsebenen
 750 beschrieben. Diese folgen dem Grundsatz, dass die Betreuung des an einer Depression
 751 erkrankten Patienten die Zusammenarbeit aller Sektoren und Einrichtungen erfordert, um eine
 752 qualifizierte Behandlung und Betreuung über die gesamte Versorgungskette zu gewährleisten.

GKV-SV, DKG	KBV, PatV
1.7.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt	1.7.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt oder koordinierende Psychologische Psychotherapeutin oder koordinierender Psychologischer Psychotherapeut

753

GKV-SV	KBV, PatV	DKG
DMP verfolgen grundsätzlichen einen niedrigschwelligen, bevölkerungsnahen und integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten und des häuslichen und familiären Umfelds. Hierzu bedarf es der Koordination durch eine dazu qualifizierte Ärztin oder einen dazu	Für die Koordination von Patientinnen und Patienten mit Depressionen in diesem strukturierten Behandlungsprogramm sind alle genannten Leistungserbringer gleichermaßen geeignet: – Hausärztinnen und Hausärzte – Fachärztinnen und Fachärzte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie;	Für die Koordination von Patientinnen und Patienten mit Depressionen in diesem strukturierten Behandlungsprogramm sind Hausärztinnen und Hausärzte geeignet. Gleichermaßen geeignet für die Koordination sind zugelassene oder ermächtigte Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungsbezeichnung en, die sich nach der (Muster-

<p>qualifizierten Arzt. Der koordinierende Arzt stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab, bezieht gegebenenfalls auch nichtärztliche Hilfen und flankierende Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen, bewertet sie - auch mit dem Patienten zusammen, dokumentiert und bewahrt sie auf. Entsprechend § 73 SGB V sowie der Weiterbildungsordnung und den Leistungsinhalten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, sowie Ärzte nach § 73 (1a) Satz 1 Ziffer 4.+5. teilnehmen. Dies schließt nicht aus, dass in bestimmten Fällen aufgrund besonderer Umstände des einzelnen Behandlungsfalls oder der Besonderheit der regionalen Versorgungsstruktur diese Aufgabe nicht auch von anderen Ärztinnen und Ärzten oder qualifizierten Einrichtungen - soweit diese Einrichtungen für die Erbringung dieser Leistungen ermächtigt beziehungsweise zugelassen sind - übernommen werden kann.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin; - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychotherapie; - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie; - Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie; - Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; - Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde; - Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie - Psychologische Psychotherapeuten. <p>Bei alle genannten Fachgruppen stellt die Behandlung und Behandlungskoordination von Patientinnen und Patienten mit Depression ein Kerngebiet dar. Das Management von komplexen somatischen Komorbiditäten ist ein Kerngebiet der Hausärztinnen und Hausärzte. Liegen solche Konstellationen vor, sollte die Koordination des strukturierten Behandlungsprogramms durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.</p> <p>Ebenso geeignet für die Koordination sind qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder</p>	<p>)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer¹ richten. Dazu zählen insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, - Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie - Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde sowie - Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie. <p>Die zuvor verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.</p> <p>Ebenso geeignet für die Koordination sind Krankenhäuser, die als qualifizierte Einrichtung für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen.</p>
---	--	--

¹ <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>

<p>Zu den qualifizierten Einrichtungen zählen in Abhängigkeit ihrer Ermächtigung beziehungsweise Zulassung sowie der jeweils geltenden ergänzenden rechtlichen Regelungen und Richtlinien auch Einrichtungen nach § 118 SGB V, die im vorgenannten Rahmen und Umfang auch im DMP tätig werden können.</p> <p>Die Einbindung von notwendigem medizinischen Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte oder qualifizierte Einrichtungen sowie nicht-ärztliche Leistungserbringer sichergestellt. Die Auflistung wichtiger Indikationen, bei denen zu prüfen ist, ob eine Überweisung zu einem anderen qualifizierten Leistungserbringer erfolgen soll, ist nicht abschließend. Insbesondere bei Vorliegen von Komorbiditäten können sich zusätzliche Überweisungserfordernisse ergeben.</p> <p>Aufgrund der Komplexität der Koordinationsaufgabe im Rahmen des DMP mit dem Ziel der kontinuierlichen und langfristig angelegten Betreuung und der eingeschränkten Steuerungsmöglichkeiten entsprechend § 73 (2) SGBV (z. B. in der Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder der Verordnung von weiteren Behandlungs- und Unterstützungsoptionen, wie etwa der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege) ist die Koordination durch</p>	<p>ermächtigt sind oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen.</p>	
---	--	--

psychologische Psychotherapeutinnen oder psychologische Psychotherapeuten nicht vorgesehen.		
---	--	--

754

GKV-SV, DKG, PatV	KBV
Zu Nummer 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	Zu Nummer 1.7.2 Überweisung <u>oder Weiterleitung</u> von der koordinierenden Ärztin / <u>Psychotherapeutin</u> oder vom koordinierenden Arzt / <u>Psychotherapeuten</u> zur jeweils qualifizierten Fachärztin / <u>Psychotherapeuten</u>, zum jeweils qualifizierten Facharzt / <u>Psychotherapeuten</u> oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung

755 Die genannten Kriterien zur Überweisung [**KBV:** oder Weiterleitung] von der koordinierenden
 756 Ärztin [**KBV:** oder psychologischen Psychotherapeutin] oder vom koordinierenden Arzt [**KBV:**
 757 oder psychologischen Psychotherapeuten] zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils
 758 qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung basieren auf den
 759 Empfehlungen der IQWiG-Leitlinien-Synopse. Insgesamt acht Leitlinien (BAP 2015 [16], ICSI
 760 2016 [29], KPCI 2012 [32], NCCMH 2010 adults [50], NCCMH 2010 physical [49], NVL 2015
 761 [14], SNHS 2014 [74], WFSBP 2013 / 2015 [6]) geben allgemeine Empfehlungen zur
 762 Kooperation der Versorgungssektoren. Einbezogen wurden insbesondere auch die
 763 Ausführungen der NVL zu Schnittstellen der Behandlung, da sie den deutschen
 764 Versorgungskontext betreffen (NVL 2015) [14].

765 **Zu Nummer 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung**

766 Die Empfehlungen zur Einweisung in ein Krankenhaus orientieren sich an den
 767 Indikationskriterien für unterschiedliche Stufen der Versorgung, welche laut NVL 2015 [14] bei
 768 der Behandlung der unipolaren Depression als sinnvoll erachtet werden. Die NVL ist als
 769 nationale S3-Leitlinie gerade beim Schnittstellen-Management im Rahmen dieses DMP von
 770 besonderem Interesse, da sie sich auf den deutschen Versorgungskontext bezieht. Die
 771 Indikationen zur Einweisung in ein Krankenhaus wurden darüber hinaus mit den
 772 entsprechenden internationalen Empfehlungen der systematischen Leitlinienrecherche des
 773 IQWiG abgeglichen.

774 Eine Notfallindikation zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung
 775 besteht laut NVL[14] insbesondere bei Vorliegen einer akuten suizidalen Gefährdung oder
 776 Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit sowie deutlichen
 777 psychotischen Symptomen. Damit übereinstimmend wird bei vorliegendem Suizidrisiko von
 778 drei internationalen Leitlinien eine Überweisung an fachpsychiatrische Einrichtungen
 779 empfohlen (KPCI 2012[32] [GoR ↓, LoE fehlt]; (NCCMH 2010 adults[50] [GoR ↓, LoE fehlt];
 780 NCCMH 2010 physical[49] [GoR ↓, LoE fehlt]). Zudem empfiehlt eine internationale Leitlinie
 781 bei Depressionen mit psychotischen Merkmalen eine Überweisung an eine fachpsychiatrische
 782 Einrichtung (BAP 2015[16] [2 x GoR ↓, LoE fehlt]).

783 Die hier aufgeführten dezidierten Empfehlungen bezüglich suizidaler Patientinnen und
 784 Patienten entsprechen den Aussagen der NVL 2015, (GoR B und LoE 1b)[14].

785 Zudem werden in der NVL folgende Anlässe für eine stationäre psychiatrisch-
 786 psychotherapeutische oder psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung genannt:

787 - bei den Therapieerfolg massiv behindernden schwerwiegenden psychosozialen Faktoren
788 und äußeren Lebensumständen (z. B. durch Milieuänderung, depressionsbedingte
789 Isolation),

790 - bei Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien

791 - bei der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung

792 **Zu Nummer 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

793 Die medizinische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit
794 Depressionen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell
795 bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen sowie die Erwerbsfähigkeit
796 zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt am Alltagsleben teilzuhaben. Eine
797 Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die Depression und ihre
798 Begleiterkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

799 Eine Leitlinie (NCCMH 2010)[50] empfiehlt für Patientinnen und Patienten mit einer
800 anhaltenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episode ein Rehabilitationsprogramm,
801 wenn die Erkrankung zu einem Verlust der Arbeitsstelle oder über eine längere Zeit zu einer
802 verminderten Teilhabe an anderen sozialen Aktivitäten geführt hat. (IQWiG [28])

803 **Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

804 Die allgemeinen Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 2 DMP-A-
805 RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

806 Die Qualitätsziele 1 bis 3 dienen der Abbildung der Empfehlungen unter Nummer 1.5.1.1.
807 (Qualitätsziel 1: a); Qualitätsziel 2: b); Qualitätsziel 3: c)). Das Qualitätsziel 4 dient der
808 Darstellung der Empfehlung einer ausreichend langen medikamentösen Behandlung (siehe
809 Nummer 1.5.3). Aufgrund der im DMP eingeschriebenen Patientenklientel ist regelhaft davon
810 auszugehen, dass die Behandlung mindestens neun Monate andauert, die sich aus
811 zusammensetzt aus Akut- und Erhaltungstherapie. Daher wird als „angemessen lang“ mit
812 einer Mindestdauer von neun Monaten operationalisiert. Der angestrebte Anteil an
813 Patientinnen und Patienten, die das Qualitätsziel 1 erreichen, sollte bei mindestens 80 Prozent
814 liegen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die das Qualitätsziel 2 erreichen,
815 sollte bei mindestens 80 Prozent liegen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten,
816 die das Qualitätsziel 3 erreichen, sollte bei mindestens 80 Prozent liegen. Der angestrebte
817 Anteil an Patientinnen und Patienten, die das Qualitätsziel 4 erreichen, sollte bei mindestens
818 60 Prozent liegen.

819 Bei der Zielwertberechnung zu den Qualitätszielen 1- 3 ist dem Umstand Rechnung zu tragen,
820 dass die Ablehnung einer Psychotherapie auf Wunsch des Patienten sowie das Vorliegen von
821 Kontraindikationen oder dem vorzeitigen Abbruch einer ansonsten empfohlenen
822 medikamentösen Therapie nicht als „schlechte“ Qualität zu werten ist. Dies trifft auch auf eine
823 bisher erst geplante Psychotherapie zu.

824 Das Qualitätsziel 5 stellt den nach Möglichkeit niedrigen Anteil an Patientinnen und Patienten
825 in diesem DMP dar, die keine Behandlung erhalten. Hiermit soll Unterversorgung dargestellt
826 und langfristig vermieden werden. Dieser Indikator dient auch der Darstellung der Möglichkeit,
827 dass bei schweren und über zwei Jahre persistierenden depressiven Episoden, trotz der
828 Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und Psychotherapie,
829 zumindest eine Differenzierung zwischen einer Behandlung mit nur einem der beiden
830 Behandlungsverfahren und gar keiner Therapie möglich ist. In diesem Indikator steht jede
831 Form von Therapie (alleinige Psychotherapie oder alleinige Pharmakotherapie oder
832 Kombinationstherapie) für gute Qualität. Bei der Zielwertfestlegung ist zudem berücksichtigt,
833 dass es auch eine Gruppe von Teilnehmern geben wird, bei denen eine medikamentöse
834 Therapie kontraindiziert und gleichzeitig eine Psychotherapie bereits abgeschlossen ist, sie
835 also aktuell keine Therapie erhalten. Dieser Umstand ist nicht per se als schlechte Qualität zu
836 werten. Daher wird der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die weder eine
837 medikamentöse noch eine psychotherapeutische Behandlung erhalten nie 0 Prozent

838 betragen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die dieses Qualitätsziel
839 erreichen, sollte bei unter 15 Prozent liegen.

840 Das Qualitätsziel 6 stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit relevanter
841 Symptombesserung dar. Diese wird über eine Veränderung im PHQ-9-Summenscore um
842 mindestens (größer/gleich) 5 Punkte operationalisiert, entsprechend des Kriteriums einer
843 reliablen Veränderung (Reliable Change Index, RCI) nach Jacobson and Truax (1991) [31] für
844 den PHQ-9 (McMillan et al., 2010 [44]). Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten,
845 die dieses Qualitätsziel erreichen, sollte bei 55 Prozent liegen.

846 Das Qualitätsziel 7 stellt den möglichst hohen Anteil an Patientinnen und Patienten dar, bei
847 denen die Suizidalität eingeschätzt wurde. Dieses Ziel entspricht den Empfehlungen, die
848 Suizidalität bei Patienten mit Depression regelmäßig einzuschätzen. Der angestrebte Anteil
849 an Patientinnen und Patienten, die dieses Qualitätsziel erreichen, sollte bei mindestens
850 90 Prozent liegen.

<p>KBV, PatV</p> <p>Die strukturierte Behandlung im Rahmen des Programms und die Stärkung des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten sollen unter anderem dazu dienen, ungeplante stationäre depressionsbedingte Behandlungen zu vermeiden. Daher wurde das Qualitätsziel „Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ungeplanten stationären depressionsbedingten Behandlungen“ formuliert. Es wird nicht geplante stationäre Aufenthalte geben, die nicht vermeidbar sind. Daher kann der Zielwert hier nie 0 Prozent betragen. Der angestrebte Anteil an Patientinnen und Patienten, die dieses Qualitätsziel erreichen, sollte bei unter 10 Prozent liegen.</p>	<p>GKV-SV, DKG</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	---

851

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme (SGB V §137f, Absatz 2, Satz 2). Das Qualitätsziel zur Teilnahme einer Schulung dient der Umsetzung der unter Nummer 4.2 definierten Patientenschulung.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	--

852

<p>PatV</p> <p>Qualitätsziel „Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf die Unterstützung durch Selbsthilfverbände und örtliche Selbsthilfe-Kontaktstellen hingewiesen wurden“ dient der Umsetzung der in Nummer 1.4 formulierten Anforderung.</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>
---	--

853 **Zu Nummer 3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten**
854 **(§ 137f Absatz. 2 Satz 2 Nummer. 3 SGB V)**

855 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der
856 Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer Teilnahme am
857 strukturierten Behandlungsprogramm Depression profitieren und aktiv an der Umsetzung
858 mitwirken kann.

859 **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

860 Die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind in § 3 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich
861 für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

862 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

863 Aufgrund klinischer Faktoren und der vorliegenden Evidenz und entsprechender
864 Leitlinienempfehlungen ist das DMP Depression auf die unter Nummer 1.2 beschrieben
865 Zielgruppe zu beschränken.

866 **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

867 Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
868 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

869 **Zu Nummer 4.2. Schulungen der Versicherte**

870 Die Schulungen der Versicherten sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
871 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
<p>In diesem DMP wird eine Verpflichtung zur Teilnahme an eigenständigen Schulungsprogrammen nicht für erforderlich gehalten. Die in anerkannten DMP-Schulungsprogrammen üblicherweise enthaltenen Inhalte wie zum Beispiel eine strukturierte Vermittlung von Kenntnissen über die Erkrankung und deren Behandlung, die Förderung der Behandlungsmotivation sowie von Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung sind in diesem DMP bereits an anderer Stelle hinreichend berücksichtigt worden. Psychoedukative Elemente sind unter anderem integraler Bestandteil im Rahmen von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulanter Psychotherapie - Intensiver Aufklärung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt 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 mögliche Eigenaktivitäten (zum Beispiel Bewegung) aufgeklärt werden. Bei der Aufklärung ist auf Stigmatisierungsängste einzugehen.... erstellt die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten einen Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen. Diese können sich insbesondere auf die Behandlungskoordination, auf psychotherapeutische Verfahren, auf 	<p>Nach § 137f Absatz 2 Satz 4 SGB V hat der G-BA den Auftrag, im Zuge der Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen unter anderem insbesondere Anforderung an die Schulungen der Versicherten zu regeln.</p> <p>Die NVL empfiehlt psychoedukative Angebote (LoE Ib, Empfehlungsgrad B; NVL, 2015[14]). Diese können sowohl Präsenzgruppenschulungen oder digitale Selbstmanagement-Programme sein. Psychoedukative Maßnahmen tragen bei Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen zu einem verbesserten Umgang mit der Erkrankung, dem Erkrankungsverlauf und dem Behandlungserfolg bei (NVL, 2015 [14]). Dies entspricht den Anforderungen gemäß §4 dieser Richtlinie, dass Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahme dienen.</p> <p>Wissenschaftlich untersuchte Präsenzgruppenschulungen für Depressionen existieren bislang vorwiegend im stationären Sektor (NVL 2015 [14]), wobei eine Anwendung der Programme im ambulanten Setting möglich ist. Die Kriterien strukturiert, evaluiert und publiziert werden aktuell von digitalen Selbstmanagement-Programmen erfüllt. Therapeutisch begleitete digitale Selbstmanagement-Programme weisen dabei eine höhere Wirksamkeit und deutlich geringere Abbrecherquoten auf als</p>

<p>andere nicht-medikamentöse und auf medikamentöse Maßnahmen sowie auf Eigenaktivitäten wie Lebensstiländerung beziehen. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sollen Strategien für ein Krisenmanagement besprochen und bei Bedarf festgehalten werden.“</p> <p>- der Selbsthilfe</p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (NVL 2015 [14]).</p> <p>Psychoedukation kann auch außerhalb von Psychotherapie, im Einzelgespräch oder in Gruppen erfolgen, zum Beispiel in manualisierter Form oder in Form von Vorträgen, Diskussionen, Rollenspielen, Verhaltensübungen, diese können um schriftliche Materialien (Selbsthilfemanuale, Literatur, Broschüren, etc.) ergänzt werden.</p> <p>Die im DMP Depression angebotenen Schulungsprogramme müssen strukturiert, evaluiert, publiziert und zielgruppenspezifisch sein.</p> <p>Anhand des jeweiligen Programmkonzepts (Zielgruppe, Programminhalte) und der Fragestellung der Evaluationsstudien (Vergleichsintervention) ist insbesondere zu prüfen, ob ein Angebot den Anspruch erhebt, bestimmte Therapieansätze im Sinne des § 4 Abs. 3 DMP-A-RL zu unterstützen (zum Beispiel Wissensvermittlung, Förderung des Krankheitsverständnisses und des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Krankheit) oder ob die Inhalte eine eigenständige Therapie darstellen oder an Stelle einer dem Grunde nach bereits erforderlichen Therapie der Wartezeitüberbrückung dienen. Schulungen in diesem DMP stellen psychoedukative Begleitmaßnahmen dar, das heißt sie können die entsprechend ausgerichteten therapeutischen Ansätze begleiten und unterstützen, keinesfalls aber ersetzen.</p> <p>Darüber hinaus muss die Ausrichtung an den Therapiezielen und an den medizinischen</p>	<p>unbegleitete digitale Programme (Spek et al., 2007 [68]; Andersson und Cuijpers, 2009 [2]; Andrews et al., 2010 [3]; Richards and Richardson, 2012 [58]). Auch die in der NVL dargestellte Studienlage zeigt deutlich bessere Effekte bei therapeutisch unterstützten versus nicht-unterstützten digitalen Programmen (NVL, 2015 [14]). Daher werden digitale Selbstmanagement-Programme in diesem DMP für Patientinnen und Patienten empfohlen, sofern sie begleitet sind.</p> <p>Präsenzgruppenschulungen werden ebenfalls empfohlen, um die Integration in DMP-Verträge zu ermöglichen, sobald entsprechende Schulungen vorliegen, die strukturiert, evaluiert und publiziert sind.</p> <p>Die Empfehlungen beinhalten nicht die Anforderung an die Verträge, obligat sowohl digitale Selbstmanagement-Programme als auch Präsenzgruppenschulung vorzuhalten. Es können entweder digitale Selbstmanagement-Programme oder Präsenzgruppenschulung oder beide Schulungsformen in den Verträgen vereinbart werden, sofern sie den jeweils genannten Anforderungen entsprechen.</p> <p>Mit dieser Empfehlung folgt der G-BA dem gesetzlichen Auftrag zur Prüfung, ob digitale Anwendungen, die das Selbstmanagement chronisch Kranker verbessern, im Rahmen der Patientenschulungen im DMP aufgenommen werden können (§137f, Absatz 8, SGB V).</p> <p>Die Begleitung digitaler Selbstmanagement-Programme erfolgt durch einen entsprechend qualifizierten, im vertragsärztlichen Bereich, in ermächtigten oder stationären Einrichtungen tätigen ärztlichen oder psychologisch-psychotherapeutischen Leistungserbringer, das heißt durch Hausärztinnen oder Hausärzte, ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder psychiatrische oder psychosomatische Fachärztinnen oder -ärzte oder durch eine entsprechend qualifizierte Einrichtung (vgl. Nummer 1.7.1). Die Begleitung beinhaltet mindestens die Motivationsförderung zur regelmäßigen Nutzung, deren Überprüfung sowie die Beobachtung des Symptomverlaufs. Die Begleitung kann computerbasiert oder im direkten</p>
--	--

<p>Inhalten der jeweils betroffenen Anlagen der DMP-A-RL gegeben sein.</p> <p>Bei der persönlichen Vermittlung der psychoedukativen Inhalte durch entsprechend ausgebildete Leistungserbringer können auch digitale Programme unterstützend eingesetzt werden. Voraussetzung ist, dass diese nicht den persönlichen Kontakt ersetzend konzipiert sind und dem schulenden Leistungserbringer eine uneingeschränkte Führung durch die Programminhalte ermöglichen, sodass er sie dem jeweiligen Schulungsstand der Versicherten anpassen kann.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung ist, dass diese Programme ihre Eignung für den definierten Einsatzzweck wissenschaftlich nachgewiesen haben.</p>	<p>Patientenkontakt (zum Beispiel telefonisch, face-to-face) erfolgen. Wird das digitale Selbstmanagement-Programm nicht von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt oder der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten selbst begleitet, erfolgt die Anwendung in Kooperation zwischen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Begleiterin oder dem ärztlichen oder psychotherapeutischen Begleiter des Programms und der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt beziehungsweise der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten.</p> <p>Mit den formulierten Konkretisierungen zu den digitalen Selbstmanagement-Programmen wird die gesetzliche Vorgabe erfüllt, Anforderungen an diese digitalen Anwendungen im Rahmen der DMP zu definieren. Ein Verzicht auf die Definition von obligat einzuhaltenden Qualitätsanforderungen an die Selbstmanagement-Programme (digital oder Präsenz) würde dazu führen, dass DMP-Patientinnen und Patienten Selbstmanagement-Tools ohne vom G-BA festgelegte und durch das Bundesversicherungsamt geprüfte Qualitätsstandards angeboten werden. In allen bisher umgesetzten DMP legt der G-BA entsprechende Anforderungen an Patientenschulungen fest.</p>
---	---

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

874 Gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation von
875 DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6 DMPA-
876 RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

- 877 1. eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung
878 innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,
- 879 2. ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines
880 Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

881 Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der DMP-
882 A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde die
883 fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen
884 Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom
885 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die
886 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI
887 antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise
888 entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine
889 vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben
890 der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der G-
891 BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-

892 Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nr. 2 DMP-A-RL
 893 belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den
 894 Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf
 895 wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur
 896 Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

897 Die medizinischen Evaluationsparameter a) bis [GKV-SV, DKG: f); KBV; PatV: g)] wurden
 898 unter Berücksichtigung der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der
 899 aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu
 900 Buchstabe a) sind die administrativen Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu den
 901 Buchstaben b) bis [GKV-SV, DKG: f); KBV; PatV: g)] sind die DMP-Dokumentationsdaten.

902 Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten: Zu
 903 Buchstabe b) und c): Die Auswertung bezieht sich auf Empfehlungen unter Nummer 1.5.1 und
 904 orientiert sich an Qualitätszielen zur leitliniengerechte Therapie unter Nummer 2. Zu
 905 Buchstabe d): Auszuwerten ist die Symptomstärke, die über den Summenscore des PHQ-9
 906 (Feld 1 der Dokumentation) erfasst wird. Dabei ist mindestens die Angabe von Mittelwert und
 907 Standardabweichung, sowie der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den
 908 Kategorien „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“ darzustellen. Eine Verbesserung
 909 bzw. Verschlechterung wird in diesem DMP über einen Differenzwert von 5 bzw. -5 Punkten
 910 im Summenscore des PHQ-9 zwischen der aktuellen Dokumentation und der
 911 Erstdokumentation definiert (entsprechend des Kriteriums einer reliablen Veränderung (RCI)
 912 für den PHQ-9; McMillan et al., 2010). Zusätzlich soll der Anteil der Patientinnen und Patienten,
 913 mit einer Verbesserung um mindestens 50 Prozent im Summenscore des PHQ-9, dargestellt
 914 werden. [44]. Zu Buchstabe e): Die Remissionsrate stellt den Anteil der Teilnehmerinnen und
 915 Teilnehmer dar, deren Summenscore im PHQ-9 (Feld 1 der Dokumentation) unter 5 Punkten
 916 liegt.

<p>GKV-SV [streichen]</p>	<p>DKG, KBV, PatV Zu Buchstabe g) [DKG f]): Schulungen sind differenziert nach begleiteten digitalen Selbstmanagement- Programmen und Präsenzgruppenschulungen auszuwerten.</p>
--------------------------------------	--

917 Mit dem vorliegenden Beschluss zur DMP-A-RL wurden erstmalig Evaluationsparameter für
 918 ein DMP Depression festgelegt. Die für die Auswertungen erforderlichen
 919 Dokumentationsparameter können jedoch erst mit Umsetzung der DMP-Verträge erhoben
 920 werden. Um einen ausreichend langen Auswertungszeitraum sicherzustellen, innerhalb
 921 dessen aussagefähige Ergebnisse generiert werden können, sieht der G-BA die
 922 Notwendigkeit, von den bestehenden Regelungen des § 6 Abs. 3 Nr. 2 DMP-A-RL
 923 abzuweichen. Die Möglichkeit von abweichenden Regelungen zum Evaluations- und
 924 Bewertungszeitraum bei chronischen Erkrankungen, für die der G-BA erstmalig Richtlinien zu
 925 den Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme erlässt,
 926 wurde bereits in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 19. Juni 2014
 927 dargestellt.

928 Daher legt der G-BA für den erstmalig zu erstellenden Bericht für Depression einen
 929 Evaluationszeitraum von 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1. Tag des Quartals,
 930 welches auf die früheste Zulassung eines DMP Depression folgt. Für anschließend zu
 931 erstellende Folgeberichte gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 3 Nr. 2 DMP-A-RL.

932 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 DMP-A-RL, das heißt der Vergleich der
 933 Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP
 934 teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten
 935 der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten, nicht durchgeführt werden. Folglich wurden
 936 keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

937 **zu Anlage 18 (Depression – Dokumentation)**

938 Die Dokumentationsparameter 1 bis 12 dienen der Umsetzung der unter Nummer 2
939 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten
940 Anforderungen an die Evaluation.

941 **3. Bürokratiekostenermittlung**

942 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für
943 Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche
944 Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro.
945 Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

946 **4. Verfahrensablauf**

947 Am **T. Monat JJJJ** begann die AG DMP Depressionen mit der Beratung zur Erstellung des
948 Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im
949 Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende **Tabelle**)

950 *[wird nach Beschlussfassung an dieser Stelle eingefügt]*

951 *(Tabelle Verfahrensablauf)*

952 **Stellungnahmeverfahren**

953 Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den
954 stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum
955 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine **Ergänzung der Anlage**
956 **17** (DMP Depression) und **Anlage 18** (Depression Dokumentation) Stellung zu nehmen, soweit
957 deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

958 Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom **T. Monat JJJJ** wurde das
959 Stellungnahmeverfahren am **T. Monat JJJJ** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten
960 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung
961 der Stellungnahme endete am **T. Monat JJJJ**.

962 Es wurden xyz Stellungnahmen fristgerecht, eine Stellungnahme nicht fristgerecht sowie keine
963 unaufgeforderte Stellungnahme eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich
964 in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

965 Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in xyz Arbeitsgruppensitzungen am **T. Monat**
966 **JJJJ** und am **T. Monat JJJJ** vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung
967 am **T. Monat JJJJ** durchgeführt (**Anlage xyz**).

968 Die Anhörung wurde in der Sitzung des Unterausschusses DMP am **T. Monat JJJJ**
969 durchgeführt (**Anlage 5**). Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit
970 Schreiben vom **T. Monat JJJJ** zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens
971 fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 5**)

972 **5. Fazit**

973 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **15. August 2019** beschlossen,
974 die DMP-A-RL zu ändern.

975 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

976 **6. Literaturverzeichnis**

977 *[wird nach Beschlussfassung an dieser Stelle eingefügt]*

978 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

979 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

980 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

981 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf
982 zur DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

983 Anlage 4: Stellungnahmen

984 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen inklusive anonymisiertes
985 Wortprotokoll der Anhörung

986 Berlin, den 15. August 2019

987 Gemeinsamer Bundesausschuss
988 gemäß § 91 SGB V
989 Der Vorsitzende

990

991 Prof. Hecken

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

1015

1016

1017

1018

1019

1020

1021

1022

1023

1024

1025

1026

1027

1028

1029

1030

1031

1032

1033

1034

1035

1036

1037

1038

1039

1040

1041

1042

1043

1044

1045

1046

1047

1. **American Psychiatric Association (APA).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
2. **Andersson G, Cuijpers P.** Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2009;38(4):196-205.
3. **Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N.** Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One* 2010;5(10):e13196.
4. **Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).** Patienteninformation Depression: Einfach nur traurig - oder depressiv? [online]. Berlin (GER): ÄZQ; 2016. [Zugriff: 07.05.2019]. URL: <https://www.patienteninformation.de/mdb/downloads/kip/psychische-erkrankungen/depression-kip.pdf>.
5. **Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H.** Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(1):51-54.
6. **Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ.** World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry* 2013;14(5):334-385.
7. **Benkert O, Hippus H.** Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie: 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer; 2017.
8. **Bergert FW, Braun M, Ehrenthal K, Feßler J, Gross J, Hüttner U, et al.** Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation; Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten [online]. 16.04.2014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2013. [Zugriff: 12.06.2017]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf.
9. **Bergman-Evans B.** Improving medication management for older adult clients. Iowa City (USA): University of Iowa College of Nursing; 2012.
10. **Bermejo I, Kratz S, Schneider F, Gaebel W, Multert C, Hegerl U, et al.** Konkordanz von Arzt- und Patienten-Einschätzung bei depressiven Störungen. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2003;97(Suppl IV):44-49.
11. **Bermejo I, Niebling W, Berger M, Berger M, Härter M.** Patient's and physicians' evaluation of the PHQ-D for depression screening. *Primary Care and Community Psychiatry* 2005;10(4):125-131.
12. **Boyer EW, Shannon M.** The serotonin syndrome. *N Engl J Med* 2005;352(11):1112-1120.
13. **Brieger P, Marneros A.** Komorbidität bei psychiatrischen Krankheiten: Einige theoretische Überlegungen. *Nervenarzt* 2000;71(7):525-534.
14. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression, Langfassung, 2. Auflage, Version 5 [online]. Registernummer nvl-005. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2015. [Zugriff: 04.05.2017]. URL: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>.
15. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).** PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression; 2. Auflage; Version 2 [online]. Berlin

- 1048 (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2016. [Zugriff:
1049 08.05.2019]. URL: [https://www.patienten-](https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers2-pll.pdf)
1050 [information.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers2-pll.pdf](https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers2-pll.pdf).
- 1051 16. **Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ, et al.**
1052 Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A
1053 revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. J
1054 Psychopharmacol 2015;29(5):459-525.
- 1055 17. **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde**
1056 **(DGPPN)**. S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden" [online]. AWMF-
1057 Registrierungsnummer 051-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der
1058 Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff:
1059 08.05.2019]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001I_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf)
1060 [001I_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001I_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf).
- 1061 18. **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI),**
1062 **World Health Organization (WHO)**. ICF: Internationale Klassifikation der
1063 Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: WHO; 2005.
- 1064 19. **Dickmann JL, Dickmann JR, Brooks A**. DMP Depression? Die Hausarztperspektive.
1065 Z Allg Med 2012;88(5):210-217.
- 1066 20. **Dunkley EJ, Isbister GK, Sibbritt D, Dawson AH, Whyte IM**. The Hunter Serotonin
1067 Toxicity Criteria: simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity.
1068 QJM 2003;96(9):635-642.
- 1069 21. **Fava GA, Benasi G, Lucente M, Offidani E, Cosci F, Guidi J**. Withdrawal Symptoms
1070 after Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor Discontinuation: Systematic Review.
1071 Psychother Psychosom 2018;87(4):195-203.
- 1072 22. **Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E**. Withdrawal Symptoms after
1073 Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review.
1074 Psychother Psychosom 2015;84(2):72-81.
- 1075 23. **Fox AB, Smith BN, Vogt D**. How and when does mental illness stigma impact
1076 treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and
1077 internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. Psychiatry Res
1078 2018;268:15-20.
- 1079 24. **Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C**. Screening for depression in medical
1080 settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. J
1081 Gen Intern Med 2007;22(11):1596-1602.
- 1082 25. **Härter M, Bermejo B, Niebling W**. Praxismanual Depression: Diagnostik und
1083 Therapie erfolgreich umsetzen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007.
- 1084 26. **Henkel K, Schneider F**. Notfälle. In: Schneider F (Ed). Facharztwissen Psychiatrie,
1085 Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin: Springer; 2017. S. 625-635.
- 1086 27. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**.
1087 Depression [online]. 14.12.2016. Köln (GER): IQWiG; 2012. [Zugriff: 08.05.2019]. URL:
1088 [https://www.gesundheitsinformation.de/depression.2125.de.pdf?all_backgrounds=0&](https://www.gesundheitsinformation.de/depression.2125.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_lexicons=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0)
1089 [all_details=0&all_lexicons=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0](https://www.gesundheitsinformation.de/depression.2125.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_lexicons=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0).
- 1090 28. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**.
1091 Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen; Abschlussbericht; Auftrag V15-02
1092 [online]. 04.04.2017. Köln (GER): IQWiG. [Zugriff: 30.05.2017]. (IQWiG-Berichte; Band
1093 502). URL: [https://www.iqwig.de/download/V15-02_Leitliniensynopse-fuer-ein-DMP-](https://www.iqwig.de/download/V15-02_Leitliniensynopse-fuer-ein-DMP-Depressionen_Abschlussbericht_V1-0.pdf)
1094 [Depressionen_Abschlussbericht_V1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/V15-02_Leitliniensynopse-fuer-ein-DMP-Depressionen_Abschlussbericht_V1-0.pdf).
- 1095 29. **Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)**. Depression in primary care
1096 [online]. 31.03.2016. Bloomington (USA): ICSI; 2016. [Zugriff: 30.05.2017]. URL:
1097 [https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelin](https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/)
1098 [es/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/](https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/).
- 1099 30. **Isbister GK, Buckley NA, Whyte IM**. Serotonin toxicity: a practical approach to
1100 diagnosis and treatment. Med J Aust 2007;187(6):361-365.
- 1101 31. **Jacobson NS, Truax P**. Clinical significance: A statistical approach to defining
1102 meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical
1103 Psychology 1991;59(1):12-19.

- 1104 32. **Kaiser Permanente Care Management Institute.** Adult depression clinical practice
1105 guideline [online]. Oakland (USA): Kaiser Permanente Care Management Institute;
1106 2012. [Zugriff: 30.05.2017]. URL:
1107 http://www.providers.kaiserpermanente.org/info_assets/cpp_cod/cod_depression_guideline_0712.pdf.
1108
- 1109 33. **Katon W, Sullivan MD.** Depression and chronic medical illness. J Clin Psychiatry
1110 1990;51(Suppl 6):3-11.
- 1111 34. **Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A.** Exercise as a treatment for depression:
1112 A meta-analysis. J Affect Disord 2016;202:67-86.
- 1113 35. **Ledochowski L, Stark R, Ruedl G, Kopp M.** Körperliche Aktivität als therapeutische
1114 Intervention bei Depression. Nervenarzt 2017;88(7):765-778.
- 1115 36. **Liebherz S, Dirmaier J, Härter M, von Wolff A.** Faktenbox Psychotherapie bei
1116 Depressionen: Nutzen und Risiken im Überblick [online]. Gütersloh (GER):
1117 Bertelsmann Stiftung; 2014. [Zugriff: 08.05.2019]. URL: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/Faktencheck/Dokumente/Faktenboxen-PDFs/Faktencheck-Depression_Faktenbox_Psychotherapie.pdf.
1118
- 1119 37. **Liebherz S, Tlach L, Sänger S, Dirmaier J, Härter M.** Entscheidungshilfen
1120 Depressionen [online]. 12.2018. Hamburg (GER): Netz psychische Gesundheit
1121 (psychnet); 2014. [Zugriff: 08.05.2019]. URL:
1122 <https://www.psychnet.de/de/entscheidungshilfen/entscheidungshilfen-depressionen/was-ist-eine-depression/was-ist-eine-depression.htm>.
1123
- 1124 38. **Löwe B, Blankenberg S, Wegscheider K, König HH, Walter D, Murray AM, et al.**
1125 Depression screening with patient-targeted feedback in cardiology: DEPSCREEN-
1126 INFO randomised clinical trial. Br J Psychiatry 2017;210(2):132-139.
- 1127 39. **Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al.** Comparative
1128 validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and
1129 physicians' diagnoses. J Affect Disord 2004;78(2):131-140.
- 1130 40. **Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K.** Monitoring depression
1131 treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. Med Care
1132 2004;42(12):1194-1201.
- 1133 41. **Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al.** Royal
1134 Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for
1135 mood disorders. Aust N Z J Psychiatry 2015;49(12):1087-1206.
- 1136 42. **Management of Major Depressive Disorder Working Group.** VA/DoD clinical
1137 practice guideline for the management of major depressive disorder [online].
1138 Washington (USA): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2016.
1139 [Zugriff: 30.05.2017]. URL:
1140 <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf>.
1141
- 1142 43. **Maud E, Stuart B, Moore M, Dowrick C, Geraghty AWA, Dawson S, et al.**
1143 Managing Antidepressant Discontinuation: A Systematic Review. Ann Fam Med
1144 2019;17(1):52-60.
- 1145 44. **McMillan D, Gilbody S, Richards D.** Defining successful treatment outcome in
1146 depression using the PHQ-9: a comparison of methods. J Affect Disord 2010;127(1-
1147 3):122-129.
- 1148 45. **Melchior H, Schulz H, Härter M.** Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede
1149 in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen [online]. Gütersloh (GER):
1150 Bertelsmann Stiftung; 2014. [Zugriff: 08.05.2019]. URL: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf.
1151
- 1152 46. **Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D.** Perceived need and help-seeking in adults with
1153 mood, anxiety, or substance use disorders. Arch Gen Psychiatry 2002;59(1):77-84.
- 1154 47. **Moreno G, Mangione CM, Kimbro L, Vaisberg E.** Guidelines abstracted from the
1155 American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with
1156 Diabetes Mellitus: 2013 update. J Am Geriatr Soc 2013;61(11):2020-2026.
- 1157 48. **Morres ID, Hatzigeorgiadis A, Stathi A, Comoutos N, Arpin-Cribbie C, Krommidas
1158 C, et al.** Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental
1159

- 1160 health services: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*
 1161 2019;36(1):39-53.
- 1162 49. **National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)**. Depression in adults
 1163 with a chronic physical health problem: the NICE guideline on treatment and
 1164 management [online]. London (GBR): NCCMH; 2010. [Zugriff: 30.05.2017]. URL:
 1165 <http://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-243876061>.
- 1166 50. **National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)**. Depression: the NICE
 1167 guideline on the treatment and management of depression in adults; updated edition
 1168 [online]. London (GBR): NCCMH; 2010. [Zugriff: 30.05.2017]. (National Clinical
 1169 Practice Guidelines; Band 90). URL:
 1170 <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293>.
- 1171 51. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**. Medicines optimisation:
 1172 The safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes [online].
 1173 London (GBR): NICE; 2015. [Zugriff: 21.08.2017]. (NICE Guideline; Band 5). URL:
 1174 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/evidence/full-guideline-pdf-6775454>.
- 1175 52. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**. Multimorbidity: clinical
 1176 assessment and management [online]. 09.2016. London (GBR): NICE; 2016. [Zugriff:
 1177 12.06.2017]. (NICE guideline; Band 56). URL:
 1178 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/evidence/full-guideline-pdf-2615543103>.
- 1179 53. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**. Type 2 diabetes in adults:
 1180 management [online]. 05.2017. London (GBR): NICE; 2015. [Zugriff: 20.07.2017].
 1181 (Nice Guideline; Band 28). URL: [https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/evidence/full-](https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/evidence/full-guideline-pdf-78671532569)
 1182 [guideline-pdf-78671532569](https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/evidence/full-guideline-pdf-78671532569).
- 1183 54. **Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al**. Medicines
 1184 Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting
 1185 adherence [online]. 03.2015 (11.2016). London (GBR): National Collaborating Centre
 1186 for Primary Care; 2009. [Zugriff: 22.06.2017]. (Clinical guideline; Band 76). URL:
 1187 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/evidence/full-guideline-pdf-242062957>.
- 1188 55. **Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al**.
 1189 Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people.
 1190 *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2014(10):Cd008165. URL:
 1191 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008165.pub3/abstract>.
- 1192 56. **Petrowski K, Hessel A, Korner A, Weidner K, Brahler E, Hinz A**. Die Einstellung zur
 1193 Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psychosom Med Psychol*
 1194 2014;64(2):82-85.
- 1195 57. **Rebar AL, Stanton R, Geard D, Short C, Duncan MJ, Vandelanotte C**. A meta-meta-
 1196 analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult
 1197 populations. *Health Psychol Rev* 2015;9(3):366-378.
- 1198 58. **Richards D, Richardson T**. Computer-based psychological treatments for depression:
 1199 a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32(4):329-342.
- 1200 59. **Robert Koch Institut (RKI)**. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in
 1201 Deutschland aktuell 2010; Depression [online]. Berlin (GER): RKI; 2010. [Zugriff:
 1202 08.05.2019]. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). URL:
 1203 [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/Depression.pdf?__blob=publicationFile)
 1204 [GBEDownloadsB/Geda2010/Depression.pdf?__blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/Depression.pdf?__blob=publicationFile).
- 1205 60. **Robert Koch Institut (RKI)**. Depression: Diagnoseraten im Versorgungskontext und
 1206 epidemiologische Befunde. *Epidemiologisches Bulletin* 2017;14:121-126.
- 1207 61. **Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Prictor M, et al**. Interventions to
 1208 improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic
 1209 reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2014(4):Cd007768. URL:
 1210 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007768.pub3/abstract>.
- 1211 62. **Schneider F, Hettmann M**. Laborchemische Untersuchungen. In: Schneider F (Ed).
 1212 *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin: Springer;
 1213 2017. S. 71-80.

- 1214 63. **Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC.** The stigma of psychiatric treatment
1215 and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*
1216 2009;259(5):298-306.
- 1217 64. **Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B.**
1218 Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias.
1219 *J Psychiatr Res* 2016;77:42-51.
- 1220 65. **Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, Richards J, Ward PB, Stubbs B.**
1221 Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression:
1222 A meta-analysis including the evaluation of control group response. *Psychiatry Res*
1223 2016;241:47-54.
- 1224 66. **Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U.** Psychotherapeutische Versorgung [online].
1225 Berlin (GER): Robert Koch Institut; 2008. [Zugriff: 15.05.2019].
1226 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 41). URL:
1227 [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/
1228 GBEDownloadsT/Psychotherapeutische_Versorgung.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Psychotherapeutische_Versorgung.pdf?blob=publicationFile).
- 1229 67. **Sharma V, Mazmanian D, Persad E, Kueneman K.** A comparison of comorbid
1230 patterns in treatment-resistant unipolar and bipolar depression. *Can J Psychiatry*
1231 1995;40(5):270-274.
- 1232 68. **Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V.** Internet-based cognitive
1233 behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol*
1234 *Med* 2007;37(3):319-328.
- 1235 69. **Tlach L, Wusten C, Daubmann A, Liebherz S, Harter M, Dirmaier J.** Information and
1236 decision-making needs among people with mental disorders: a systematic review of
1237 the literature. *Health Expect* 2015;18(6):1856-1872.
- 1238 70. **Trenckmann U, Bandelow B.** Empfehlungen zur Patienteninformation Psychiatrie und
1239 Psychotherapie [CD-ROM]. Darmstadt: Steinkopff; 2002.
- 1240 71. **Wagner EH.** Managed care and chronic illness: health services research needs. *Health*
1241 *Serv Res* 1997;32(5):702-714.
- 1242 72. **Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, de Girolamo G, et**
1243 **al.** Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the
1244 World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*
1245 2007;6(3):177-185.
- 1246 73. **Wittchen HU, Jacobi F, Kloese M, Ryl L.** Depressive Erkrankungen [online]. Berlin
1247 (GER): Robert Koch Institut; 2010. [Zugriff: 08.05.2019]. (Gesundheitsberichterstattung
1248 des Bundes; Band 51). URL:
1249 [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/
1250 GBEDownloadsT/depression.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?blob=publicationFile).
- 1251 74. **Working Group of the Clinical Practice Guideline on the Management of**
1252 **Depression in Adults.** Clinical practice guideline on the management of depression
1253 in adults [online]. Santiago de Compostela (ESP): Galician Agency for Health
1254 Technology Assessment (AVALIA-T); 2014. [Zugriff: 30.05.2017]. URL:
1255 [http://www.guiasalud.es/contenidos/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_comp
1256 l_en.pdf](http://www.guiasalud.es/contenidos/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_comp_l_en.pdf).

1257

Von: [Sekretariat Ortholine - \[REDACTED\]](#)
An: dmp@g-ba.de
Cc: [REDACTED]
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression)
Datum: Dienstag, 21. Mai 2019 16:40:11

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
vielen Dank für die Information. Da das Thema nicht zu unserem Arbeitsbereich gehört, werden wir dazu keine Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

Sekretariat Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik

Von: [REDACTED] **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Freitag, 17. Mai 2019 11:15

An: [REDACTED]

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. [REDACTED]

Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. [REDACTED]

Sachbearbeiter

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-[REDACTED]

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail [REDACTED]

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [REDACTED]
An: [REDACTED]
Cc: [DVfR Sekretariat](#); [REDACTED]
Betreff: DVfR | keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression)
Datum: Mittwoch, 22. Mai 2019 09:52:52

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung der DVfR am Verfahren der Stellungnahme.

Die DVfR wird keine Stellungnahme abgeben.

Mit besten Grüßen

[REDACTED]
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstrasse 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 / 187 901(0) – [REDACTED]
Mobil: [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: [REDACTED] **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. Mai 2019 11:15
An: [REDACTED]
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen
gez. i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
i. A. [REDACTED]
Referentin
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. [REDACTED]
Sachbearbeiter
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-[REDACTED]

Stellungnahme der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft e.V. (DPhG) zur DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) Depression (Anlagen 17 und 18) vom 15.05.2019-

Die Abschnitte 1.5.7 und 1.6.2 müssen aus unserer Sicht überarbeitet werden. Die Gründe sind im Folgenden erläutert:

1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Medikamentenmanagement (oder besser Medikationsmanagement) ist definitionsgemäß ein interprofessioneller Vorgang, daher entsprechen die Wortwahl und der dargestellte arztzentrierte Ansatz nicht dem Stand der Wissenschaft.

Medikationsmanagement sollte vorrangig durch einen Apotheker koordiniert durchgeführt werden. Der Nutzen von Medikationsanalysen koordiniert durch Pharmazeuten wurde in vielen Studien gezeigt^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}. Im Gegensatz zum betreuenden Arzt hat die Apotheke Informationen zu den tatsächlich beim Patienten vorhandenen Arzneimitteln einschließlich der Selbstmedikation vorliegen. Medikationslisten und -daten in der Arztpraxis sind in aller Regel nicht vollständig, wie eine kürzlich veröffentlichte Studie gezeigt hat¹⁰.

Dagegen konnte für eine Medikationsanalyse durch den koordinierenden Arzt in der PRIMUM-Studie kein ausreichend positiver Effekt gezeigt werden¹¹. (Haus)-Ärzten fehlen oft Kenntnisse über Arzneimittel, die sie selbst nicht häufig verschreiben.

¹ Köberlein-Neu J. et. al. Interprofessional Medication Management in Patients With Multiple Morbidities. Dtsch Arztebl Int. 2016 Nov 4; 13(44):741-748

² Cooper JA. et. al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. BMJ Open 2015 Dec 9;5(12):e009235

³ Rose O. et.al. Effect evaluation of an interprofessional medication therapy management approach for multimorbid patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial in community care (WestGem-Study). BMC Fam Prac. 2015 Jul 22;16:84

⁴ Hui RI. et.al. Impact of a Medicare MTM program: evaluating clinical and economic outcomes. Am J Manag Care. 2014;20(2):e43-e51

⁵ Isetts BJ. et.al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. J Am Pharm Assoc. 2008;48(2):203-211

⁶ Doucette WR et.al. Comprehensive medication therapy management: identifying and resolving drug-related issues in a community pharmacy. Clin Therapeut. 2005;27(7):1104-1111

⁷ Spinewine A. et.al. Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized controlled trial. J am. Geriatr Soc. 2007;55(5):658-665

⁸ Seidling HM. et.al. Medication review in German community pharmacies- Post-hoc analysis of documented drug-related problems and subsequent interventions in the ATHINA-project. Res Social Adm Pharm. 2017 Nov;13(6):1127-1134

⁹ Schulz M. et.al. Pharmacy-based interdisciplinary intervention for patients with chronic heart failure: results of the PHAR-CHF randomized controlled trial. Eur J Heart Fail. 2019 May 25. Doi: 10.1002/ejhf. 1503

¹⁰ Rose O. et.al. Discrepancies between home medication and patient documentation in primary care. Res Social Adm Pharm 2018 Apr; 14(4):340-346

¹¹ Muth C. et. al. Effectiveness of a complex intervention on Prioritising Multimедication in Multimorbidity (PRIMUM) in primary care: results of a pragmatic cluster randomized controlled trial. MBJ Open 2018 Feb 24;8(2):e017744

Idealerweise erfolgt das Medikationsmanagement interdisziplinär mit dem Apotheker als Koordinator der Arzneitherapie in Absprache mit allen beteiligten Ärzten.

Bei einer strukturierten Analyse werden nicht nur Interaktionen und Indikationen überprüft, sondern auch Adhärenz, welche nur mit den in der Apotheke vorhandenen Daten sinnvoll zu überprüfen ist. Weitere Aspekte sind die richtige Anwendung und Einnahmezeitpunkte sowie die Bewertung der Verordnung der korrekten und sinnvollen galenischen Formulierung eines Medikaments und Hinweise zur richtigen Aufbewahrung. Das notwendige Wissen zur Beratung hierzu liegt nur in der Apotheke vor. Für das Vorgehen hierzu gibt es eine Leitlinie der Bundesapothekerkammer (Leitlinie Medikationsanalyse. https://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Medikationsanalyse/LL_MedAnalyse.pdf. Stand 29.11.2017), in der 13 Items aufgeführt sind, die der Apotheker während der Medikationsanalyse zu prüfen hat.

Pharmaziestudierende erhalten bereits im Studium Kenntnisse zur Durchführung der Medikationsanalysen vermittelt. Bei Medizinern fehlen in der Regel fundierte Kenntnisse über Wechselwirkungen von Arzneimitteln. Dieses Wissen ist aber für die Medikationsanalyse essentiell.

Apotheker werden im Medikationsmanagement in verschiedenen Programmen der Apothekerkammern ausgebildet. Beispielhaft soll das Apo-AMTS-Projekt der Apothekerkammer Westfalen-Lippe erwähnt werden, in dem bereits etwa ein Viertel aller Apotheken im Kammerbezirk in der Durchführung von Medikationsanalysen geschult wurden¹². Der Nutzen des Verfahrens wurde kürzlich in Zusammenarbeit mit der AOK Nordwest gezeigt. Ähnliche Programme zum Medikationsmanagement durch Apotheken wie ARMIN oder ATHINA sind in anderen Bundesländern ebenfalls etabliert¹³.

In vielen anderen Ländern ist die Medikationsanalyse deshalb als wichtiger Bestandteil des Medikationsmanagements durch den Apotheker eine vergütete Leistung. Zwei kürzlich erschienene Publikationen zeigen gerade bei psychiatrischen Patienten, dass eine intensive Betreuung durch Apotheker zu einer Reduktion von Arzneimittel bezogenen Problemen und zu einer deutlichen Verbesserung der Adhärenz führen. In diesen klinischen Studien wurden hauptsächlich depressive Patienten eingeschlossen, die in einer psychiatrischen Klinik in Deutschland intensiv von Pharmazeuten betreut wurden^{14,15}. Es konnten hier z.B. Probleme wie unerwünschte Wirkungen, falsche Einnahmezeitpunkte oder fehlende Kontrollen, z.B. die Überwachung der QT-Zeit unter der Therapie mit verschiedenen Antidepressiva verbessert werden.

¹²Waltering I, Schwalbe O, Hempel G. J Eval Clin Pract. 2015; 21: 886-92.

Discrepancies on Medication Plans detected in German Community Pharmacies.

¹³ Seidling HM, Send AFJ, Bittmann J, Renner K, Dewald B, Lange D, Bruckner T, Haefeli WE. Medication review in German community pharmacies - Post-hoc analysis of documented drug-related problems and subsequent interventions in the ATHINA-project. Res Social Adm Pharm. 2017 ;13: 1127-1134.

¹⁴ Wolf C, Pauly A, Mayr A, Grömer T, Lenz B, Kornhuber J, Friedland K. Pharmacist-Led Medication Reviews to Identify and Collaboratively Resolve Drug-Related Problems in Psychiatry - A Controlled, Clinical Trial. PLoS One. 2015 Nov 6;10(11):e0142011.

¹⁵ Pauly A, Wolf C, Mayr A, Lenz B, Kornhuber J, Friedland K. Effect of a Multi-Dimensional and Inter-Sectoral Intervention on the Adherence of Psychiatric Patients. PLoS One. 2015 Oct 5;10(10):e0139302.

Es ist befremdlich, wenn in der DMP-A-RL eine Maßnahme (Medikationsmanagement durch den Arzt) empfohlen wird, deren Nutzen nicht belegt ist und es gleichzeitig klinische Studien gibt, die gerade bei der Indikation Depression einen positiven Nutzen des Medikationsmanagements durch den Apotheker nachweisen. Gleichzeitig wird in dem Dokument ignoriert, dass die diverse Studien, eine Meta-Analyse und ein systematisches Review belegt haben, dass Medikationsanalysen koordiniert durch den Apotheken für die Patienten von Nutzen sind^{16,17}.

1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung

Im Rahmen der Verlaufskontrolle der antidepressiven Therapie sollte ein therapeutisches Drug Monitoring (TDM) bei bestimmten Patienten durchgeführt werden. Die Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) hat in ihrer Konsensus Guideline von 2017 dargestellt, dass für Citalopram, die tricyclischen Antidepressiva und viele andere antidepressiv wirksame Substanzen der Nutzen des TDM belegt ist¹⁸. Bei Nichtansprechen auf die Therapie kann mittels TDM die Adhärenz überprüft werden. Durch TDM können auch Wechselwirkungen besser beurteilt werden. Auch bei Verdacht auf genetische Polymorphismen in den Genen für die P450-Enzyme ist TDM eine preiswerte Alternative zur Genotypisierung. Daher sollten insbesondere bei Patienten mit Polymedikation, bei Patienten mit schweren unerwünschten Wirkungen, bei multimorbiden Patienten, bei älteren Patienten und Patienten mit eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion die Konzentrationen der Antidepressiva kontrolliert werden.

In diesen Patientengruppen leistet TDM einen sehr wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und es daher unverstänlich, wenn in der DMP-A-RL das TDM nicht empfohlen wird, obwohl Studien den Nutzen belegt haben und wissenschaftliche Fachgesellschaften das TDM empfehlen.

Die Angaben zur Kontrolle der Nierenfunktion und die Erläuterungen im Begleitdokument („Tragende Gründe“) sind korrekturbedürftig. Die Kontrolle des Serumkreatinins einmal im Jahr ist bei älteren, multimorbiden Patienten nicht ausreichend. Die Kontrolle sollte mindestens halbjährlich, besser alle drei Monate, erfolgen. Dies wird auch in der Leitlinie Multimedikation des Hausärztesverbandes gefordert. Die MDRD-Formel ist besonders bei älteren Frauen ungenau¹⁹. Die Benutzung der Formel von Cockcroft Gault sollte empfohlen werden, weil sich die meisten Fachinformationen zur Dosisanpassung auf die eGFR nach

¹⁶ Visawanathan M. et.al. Medication therapy management interventions in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2015;175(1):76-87

¹⁷ Cooper JA. et. al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. BMJ Open 2015 Dec 9;5(12):e009235

¹⁸ Hiemke et al. Consensus Guideline for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017- Pharmacopsychatry 2018; 51: 9-62

¹⁹ Chudek J. et al. Clinical factors increasing discrepancies of renal function assessment with MDRD and Cockcroft-Gault equations in old individuals. Eur Geriatr Med 2018;9(5):713-720

Cockcroft Gault beziehen. In der Formel nach Cockcroft Gault sollte man zur Verbesserung der Genauigkeit das ideale Körpergewicht statt das tatsächliche Körpergewicht einsetzen²⁰.

Das Dokument ignoriert außerdem das sehr relevante Problem, dass nur die Formel nach Cockcroft-Gault ein Ergebnis in ml/min liefert. Angaben zur Dosisanpassung beziehen sich immer auf die GFR in ml/min. Die MDRD und viele andere Näherungsformel liefern ein Ergebnis in ml/min/1,73m². Vielen Anwendern ist der Unterschied nicht klar. Zur Umrechnung der Einheiten benötigt man die aktuelle Körperoberfläche, die häufig nicht vorhanden ist. Daher ist die Verwendung von der Formel nach Cockcroft Gault zu bevorzugen.

Prof. Dr. [REDACTED]
Pharmakologie und Toxikologie
Institut für Pharmazie und Biochemie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

[REDACTED]
Prof. Dr. [REDACTED]
Institut für Pharmazeutische und Medizinische Chemie
- Klinische Pharmazie -
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

²⁰ Drenth-van Maanen AC et. al. Renal function assessment in older adults. Br J Clin Pharmacol 2013 Oct; 76(4):616-23

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: 

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden. This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799 [REDACTED]
TELEFAX (0228) 997799 [REDACTED]
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON [REDACTED]
INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 06.06.2019
GESCHÄFTSZ. 13-315/072#0995

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der DMP-A-
RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depressi-
on)**

BEZUG Ihr Schreiben vom 17.05.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5a SGB V danke ich
Ihnen.

Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

[REDACTED]

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
IBAN
DE55 3006 0601 0001 0887 69
BIC
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: dmp@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
17. Mai 2019

Durchwahl

Datum

11. Juni 2019

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

**Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18
(Depression – Dokumentation)**

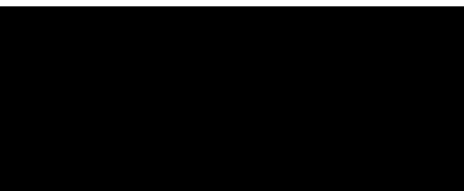
Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Disease-Management-Programme übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie bezüglich der Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression – Dokumentation).

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.



Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Stellungnahme
der Deutschen Rentenversicherung Bund
vom 11.Juni 2019
zum
Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 17.
Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlage 2, Ergänzungen der Anlage 17 (DMP Depression) und der
Anlage 19 (Depression-Dokumentation)

Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung:

Anmerkung:

Sozialmedizinische Fragestellungen haben im Kontext psychischer Erkrankungen zunehmende Bedeutung. So sind psychische Störungen der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente. 2018 wurden 38% der EM-Renten aufgrund einer psychischen Störung (ohne Abhängigkeitserkrankungen) gewährt. Die depressiven Erkrankungen (F30-F39) nahmen mit 20% aller bewilligten EM-Renten den größten Anteil ein. Ein sehr geringer Anteil der Versicherten (6%) kehrt aus einer EM-Rente wieder ins Erwerbsleben zurück. Bei 45.4% der Versicherten denen wegen einer psychischen Erkrankung eine Erwerbsminderungsrente bewilligt wurde, ist zuvor keine Rehabilitation erfolgt. Eine Rehabilitation kann durch ihren bio-psycho-sozial geprägten und multimodalen Ansatz Beeinträchtigungen der Teilhabe erfolgreich beseitigen. Durch den Erhalt der Teilhabe wiederum kann eine Abwärtsspirale vermieden werden. Die Veranlassung einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation erfolgt jedoch häufig zu spät. Ein Drittel der Rehabilitand*innen war bereits länger als ein halbes Jahr vor der Rehabilitation arbeitsunfähig erkrankt. Zu diesem Zeitpunkt ist die psychische Störung häufig chronifiziert, was die Erfolgsaussichten der Rehabilitation verringert. Vor diesem Hintergrund sollte die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation als wichtiges Element im Behandlungsprozess grundsätzlich und deutlicher in dem Behandlungsprogramm „Depressive Störung“ hervorgehoben werden.

Vorgeschlagene Änderung zu:

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Ab Zeile 538 wird folgende Änderung vorgeschlagen

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung sozialmedizinischer Fragestellungen im Kontext psychischer Erkrankungen, ist in jedem Behandlungsverlauf zu prüfen, ob eine Patientin oder ein Patient von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden

- bei drohender Chronifizierung der Depression mit erheblicher Gefahr des unmittelbaren Ausscheidens aus dem Erwerbsleben
- bei durch die Depression und ihre Begleiterkrankungen bedrohter Teilhabe, d.h. unter anderem Gefährdung der
 - psychischen Integrität (z.B. Anpassungsfähigkeit, Planungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit)
 - sozialen Integration
 - wirtschaftlichen Eigenständigkeit
 - selbstbestimmten Lebensführung

Literaturverzeichnis:

Nebe A, Falk J, Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen DRV 2014, Update 2018

Widera T, Brüggemann S, Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung (1/2014)

Reha-Bericht 2018 der Deutschen Rentenversicherung

Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung (Recherche am 24.05.2019)

Von: [REDACTED]
An: [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Betreff: G-BA Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: "Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression)
Datum: Mittwoch, 12. Juni 2019 09:26:25
Anlagen: [Stellungnahme DMP GBA depression \(1\).docx](#)
[1-s2.0-S016503271731621X-main \(1\).pdf](#)
[2018-EPA-Guidance-Paper-on-Physical-Activity.pdf](#)
[e20174082.full.pdf](#)
[Publication_SITsubstantiallyreducesdepressivesymptomsinMDD.pdf](#)
[S3-LL-PsychozTherapien_Langversion.pdf](#)

Sehr geehrte [REDACTED]

fristgemäß übersenden wir Ihnen anbei die Stellungnahme des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. zur Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 - DMP Depression.

[REDACTED] steht für eine mündliche Anhörung in Ihrem Hause zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

[REDACTED]

Deutscher Verband für Gesundheitssport
und Sporttherapie e.V.
DVGS e.V.
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth – Efferen
Fon: 0049-(0)2233 [REDACTED]
Fax: 0049-(0)2233 [REDACTED]
E-Mail: dvgs@dvgs.de
www.dvgs.de
Hauptamtlicher Vorstand: Angelika Baldus
AG Brühl – Vereinsregister-Nr.: VR 0896
Sitz Hürth Efferen

Stellungnahme über die 17. Änderung der DMP –Anforderungen – Richtlinien Anlage 17 DMP Depression

Wir begrüßen ausdrücklich den Verweis auf „den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die depressive Symptomatik“ (Kap. 1. 5. 4: Zeile 342 – 344). Allerdings halten wir die daraus folgenden Umsetzungsempfehlungen für absolut unzureichend angesichts der unten dargestellten Evidenzlage. Auch in nationalen und internationalen Leitlinien findet körperliche Aktivität und Bewegung weitaus mehr Beachtung, als es in den vorgeschlagenen Ausführungen zum DMP zum Tragen kommt.

Schon allein der Hinweis auf „patientenseitige Präferenzen“ (Zeile 345) ist vor dem Hintergrund der depressionsspezifischen Symptomatik der Verhaltenseinschränkungen keinesfalls angemessen.

Die geringe Beachtung der therapeutischen Potenziale widerspricht auch der Praxis der inzwischen weit verbreiteten und gut etablierten Bewegungstherapie in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung (vgl. dazu Hölter 2013).

Ein kurzes Beispiel zur konkreten Umsetzung am Max Planck Institut für Psychiatrie im München findet sich unter <https://www.psych.mpg.de/833809/bewegung>.

Zur Evidenzlage

1. Studien zur verringerten körperliche Aktivität von Menschen mit Depressionen

Epidemiologische Daten zeigen einen einheitlichen Zusammenhang von verringerter körperlicher Aktivität und einem höheren Ausmaß an Depressivität sowohl in klinischen als auch in nichtklinischen Stichproben. Eine umfassende Metaanalyse (Schuch et al. 2017) auf der Basis von nahezu 3000 Patienten erbrachte folgende Zusammenhänge:

- People with MDD are less physically active compared to matched controls.
- People with MDD engage in higher levels of sedentary behavior versus controls.
- Approximately two thirds of people with MDD do not meet physical activity recommendations

Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt die globale Übersicht von Vancampfort et al. (2017, S. 308): “People with severe mental illness were significantly less likely than matched healthy controls to meet physical activity guidelines.” Erschwerend kommt hinzu, dass sich auch signifikant höhere Sitzzeiten finden, die die gesundheitliche Risikokonstellation deutlich erhöhen.

So zeigen auch prospektive Kohortenstudien eine relevante protektive Wirkung der körperlichen Aktivität “against the emergence of depression“ in allen Altersgruppen (Schuch et al. 2018).

Umgekehrt zeigt sich bei Querschnittsuntersuchungen in „gesunden“ Populationen eine signifikante Senkung der Depressivität durch körperliche Aktivität: “These findings represent a comprehensive body of high-quality evidence that physical activity reduces depression and anxiety in non-clinical populations.” (Rebar et al. 2015, S. 366).

Zu vergleichbaren Ergebnissen für Jugendliche kommt die Übersichtsarbeit von McMahon (2017)

2. Einzelstudien, Reviews und Metaanalysen

Die ersten Untersuchungen zu den therapeutischen Chancen durch körperlichen Aktivität bei depressiven Patienten wurden vor mehr als 50 Jahren durchgeführt (vgl. als Übersicht Huber 1990). Dabei standen zunächst Ausdauerbelastung (“Jogging against Depression”) im Vordergrund. Dieser noch sehr monothematische Ansatz hat sich inzwischen zu einem komplexen biopsychosozialen Interventionsansatz entwickelt (vgl. dazu Hölter 2013, Huber, Brooks & Meyer 2007).

Trotzdem fokussieren verschiedene Studien vor allem die somatischen Effekte der Bewegungstherapie wie z. B. die verbesserte Immunfunktion, die Reduktion des inflammatorischen Stress (Boettger et al. 2010, Vancampfort et al. 2016) sowie die kardiovaskuläre Leistungsfähigkeit. Depressionsspezifische Ausdauerinterventionen von 12- 16 Wochen Dauer verbesserten dabei mit einer mittleren Effektstärke (0,68) die relevanten maximale Sauerstoffaufnahme (Kvam et al. 2016). Eine Zusammenfassung von vier Metaanalysen Knapen et al. 2016, 1490 kommt zu dem Schluss: “For mild to moderate depression, the effect of exercise may be comparable with antidepressant medication and psychotherapy; for severe depression, exercise seems to be a valuable complementary therapy to the traditional treatments. Exercise therapy also improves physical health, body image, patient’s coping strategies with stress, quality of life, and independence in activities of daily living in older adults.”

Inzwischen erfolgt Evaluation der Bewegungstherapie mehr aus einer multidisziplinären Perspektive. Eine kognitionspsychologische Arbeit kommt zu dem Ergebnis:

„...individually customized PA, for at least 30 minutes, preferably performed under supervision and with a frequency of at least three times per week is recommended when treating MDD.” (Nyström et al. 2015, 341).

Aus dem Jahr 2013 stammt ein Cochrane Review (Cooney et al., 2013) welches feststellt, dass die Stimmungsaufhellung abhängig von der Dauer der Intervention ist und dass eine Mischung von Kraft und Ausdauertraining effektiver als Ausdauertraining allein ist. Die Studien insgesamt sind von methodisch sehr unterschiedlicher Qualität und haben insgesamt einen moderaten klinischen Effekt. Die Metaanalyse von Josefsson et al. bestätigt diese Effekte mit einem mittleren Evidenzgrad.

Es liegen inzwischen auch zahlreiche Studien zu den postulierten Wirkmechanismen vor (vgl. dazu als kurze Übersicht Pedersen und Saltin 2015). Dabei werden verschiedene neurophysiologischen Prozesse, psychotherapeutische und soziale Wirkungen vermutet, wobei das Zusammenspiel dieser Mechanismen die besondere Wirkung der Bewegungstherapie ausmacht.

Auch aktuelle Analysen beschäftigen sich mit den neurophysiologischen Grundlagen der depressionsspezifischen Bewegungstherapie (Park et al. 2018):

“Exercise is considered as one of the therapeutic options. In many major treatment guidelines for depression. In terms of the underlying neurobiological mechanisms, it has been suggested that the antidepressive effects of exercise can be explained by the increased hippocampal volume associated with an increased level of brain-derived neurotrophic factor (BDNF). However, there have been no significant effects of exercise on cognitive functions in depression. Exercise has been used based on substantial evidence in the context of its therapeutic efficacy in depression. In personalized medicine, various potential mediators for the relationship between exercise and depressive symptoms should be controlled. “

Im Jahr 2016 erschien eine elaborierte Metaanalyse, die aus den Befunden die folgende Heuristiken ableitet (Kvam et al. 2016, 85):

- “Physical exercise is an effective treatment for unipolar depression.
- Exercise compares favorably to no intervention and usual care for depression.
- Exercise is comparable to psychotherapy and antidepressants for depression.
- Exercise could be a viable adjunct and augmentation to antidepressants for depression.
- Exercise may serve as an alternative to established treatments and waiting list.”

Weiter dazu eine weitere aktuelle Metaanalyse (Schuch et al. 2018, 648):

“We advocate that exercise be considered as a routine component of the management of depression in older adults. For MDD, consistent evidence indicated that PA can improve depressive symptoms versus control conditions, with effects comparable to those of antidepressants and psychotherapy. “

Auch für die epidemiologisch bedeutsame Depression im höheren Lebensalter liegen Evaluationen zur Bewegungstherapie vor: “Adding exercise to antidepressant drug treatment may offer significant advantages over affective symptoms of depression, rather than somatic symptoms or other dimensions of depression. Improvements were driven by changes of depressed mood and psychomotor retardation. (Murri et al. 2018).

3. Leitlinien

Einen Brückenschlag von Einzeluntersuchungen zu Leitlinien unternimmt die Studie von Ranjbar et al. (2015, 6), in dem Empfehlungen für das “Management der Depression entwickelt werden: “Recent evidence has emerged on characteristics of effective exercise programs and those patients with depression that will most benefit from the exercise programs.”

Im Jahr 2016 formulierten die kanadischen Leitlinien (Ravindran, A. V. et al. 2016 *Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder*) eine sehr ausführlich und gut begründete Forderung nach der notwendigen Integration der Bewegung in die Depressionstherapie: “In summary, there is Level 1 Evidence for exercise in treating MDD. It is recommended as first-line monotherapy for mild to moderate MDD and as second-line adjunctive treatment for moderate to severe MDD, based on the lack of long-term data and feasibility issues. “

Die deutschen Leitlinien sind zuletzt 2015 erneuert worden, gelten noch bis 2020 und stützen sich u. a. auf die oben dargestellten Studien. In der Kurzfassung der Leitlinien wird eine klare Empfehlung formuliert:

„Patienten mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollte die Durchführung eines strukturierten und supervidierten körperlichen Trainings empfohlen werden.“ (<https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf>)

Dies wird in der Langfassung sehr ausführlich begründet „Zusammenfassend liegen eine größere Anzahl von RCTs und mehrere Metaanalysen zur Effektivität von körperlichem Training bei Depressionen vor. Diese legen einen moderaten Effekt der körperlichen Aktivitäten nahe.“ (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdfS.126)

Noch mehr Beachtung findet die Bewegungstherapie in den S 3 Leitlinien zur psychosozialen Therapie (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.)S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen DOI 10.1007/978-3-642-30270-1 Springer Medizin Berlin Heidelberg 2013) die eine sehr differenzierte Darstellung der unterschiedlichen Methoden liefert (S. 128 -148)

WHO. Depression. 2012 (fact sheet, nr. 369)

Eine ausführliches Position Statement der European Psychiatric Association (EPA) (Stubbs et al. 2018, 144) auf der Basis einer Metaanalyse kommt zu dem Resume “...consistent evidence indicated that PA can improve depressive symptoms versus control conditions, with effects comparable to those of antidepressants and psychotherapy.

Umgekehrt betonen nahezu alle nationalen und internationalen Empfehlungen und Leitlinien zur Bewegungsförderung die antidepressiven Effekte eines angemessenen Bewegungsverhaltens:

- Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020
www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- Global recommendations on physical activity for health
www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/
- Global strategy on diet, physical activity and health
www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- WHO/Europe website on physical activity
www.euro.who.int/physical-activity
- Physical activity strategy 2016–2025
www.euro.who.int/en/physical-activity-strategy-europe

Literatur

Boettger, S., Muller, H.J., Oswald, K., et al., 2010. Inflammatory changes upon a single maximal exercise test in depressed patients and healthy controls. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 34 (3), 475–478.

Cleland, C., Ferguson, S., Ellis, G., & Hunter, R. F. (2018). Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for assessing moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviour of older adults in the United Kingdom. *BMC medical research methodology*, 18(1), 176.

Cooney, GM, Dwan, K, Greig, CA, Lawlor, DA, Rimer, J, Waugh, FR, McMurdo, M, Mead, GE. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9: CD004366

Huber, G. (1990). *Sport und Depression. Ein bewegungstherapeutisches Modell*. Frankfurt a. M.: Verlag Harri Deutsch.

Huber, G., Brooks, A. & Meyer, T. (2008). Bewegung und seelische Gesundheit. *Psychotherapie im Dialog*, 4 (9), 357 – 364 .

Josefsson, T, Lindwall, M, Archer, T. (2014) Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports* 2014; 24: 259– 272.

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and rehabilitation*, 37(16), 1490-1495.

Kvam, S., Kleppe, C.L., Nordhus, I.H., Hovland, A., 2016. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 202, 67–86.

McMahon, E. M., Corcoran, P., O'Regan, G., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V., ... & Balazs, J. (2017). Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European child & adolescent psychiatry*, 26(1), 111-122.

Murri, M. B., Ekkekakis, P., Menchetti, M., Neviani, F., Trevisani, F., Tedeschi, S., ... & Squatrito, S. (2018). Physical exercise for late-life depression: Effects on symptom dimensions and time course. *Journal of affective disorders*, 230, 65-70.

Nyström, M. B., Neely, G., Hassmen, P., & Carlbring, P. (2015). Treating major depression with physical activity: a systematic overview with recommendations. *Cognitive behaviour therapy*, 44(4), 341-352.

Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 25, 1-72.

Ranjbar, E., Memari, A. H., Hafizi, S., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F. S., & Eshghi, M. A. (2015). Depression and exercise: a clinical review and management guideline. *Asian journal of sports medicine*, 6(2).

Ravindran, A. V., Balneaves, L. G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R. L., ... & MacQueen, G. M. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5.

Complementary and alternative medicine treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 576-587.

Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health psychology review*, 9(3), 366-378.

Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 25, 1-72.

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., ... & Fleck, M. P. (2018). Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631-648.

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B., Veronese, N., ... & Stubbs, B. (2016). Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(3), 247-254.

Schuch, F., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T., ... & Stubbs, B. (2017). Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 210, 139-150.

Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., ... & Schmitt, A. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, 54, 124-144.

Vancampfort, D., Correll, C.U., Galling, B., et al., 2016. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry* 15 (2), 166–174.

Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., ... & Carvalho, A. F. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315.



Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Ausschließlich per E-Mail:

dmp@g-ba.de

Gemeinsamer Bundesausschuss

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 [REDACTED]

[REDACTED]vamt.bund.de

www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER: [REDACTED]

12. Juni 2019

AZ 515-56-1517/2019

(bei Antwort bitte angeben)

**Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage
18 (Depression – Dokumentation)
Ihre Mail vom 17. Mai 2019**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesversicherungsamt bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und führt zu dem übersandten Entwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie das Folgende aus:

Stellungnahme zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie im Einzelnen

Allgemein:

Frage der aktiven Teilnahme, § 2a Abs.1 Buchstabe j DMP-A-RL: Fehlen von zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen

Bei mittleren und schweren Depressionen kann es zu lange andauernden Krankenhausaufenthalten kommen. Im Rahmen dieser Indikation kann es daher verstärkt dazu kommen, dass sich der Versicherte bei dem koordinierenden Arzt nicht zu einem Folgetermin vorstellt und der Versicherte daher aus dem Programm ausgeschrieben wird, obwohl eine Behandlung stattfindet. Es ist zu überlegen, ob Regelungen ergänzt werden sollten, die stationäre Einrichtungen, die selber nicht koordinieren, verpflichten die für die Dokumentation notwendigen Daten an den koordinierenden Arzt weiterzugeben.

1. Die Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie, Randziffer 23:

A) Beabsichtigte Neuregelung

Fußnote 5) „Dieser Dokumentationsparameter ist im DMP Depression optional auszufüllen.“

B) Stellungnahme

Die Fußnote sollte sich nur auf die lfd. Nrn. 13 bis 16 beziehen. Die Begleiterkrankungen (Nr. 17) sollten erfasst werden, da dieser Parameter für die Therapie der Depression bzw. für die Feststellung einer Multimorbidität hilfreich ist.

C) Änderungsvorschlag

Entsprechende Anpassung der der Fußnote 5.

2. Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik, Randziffer 69, 88 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Voraussetzungen für die Einschreibung in das DMP Depression sind:

.....

c) die Diagnosesicherung einschließlich psychischer und somatischer Differenzialdiagnostik auf der Grundlage einer somatischen, biographischen, sozialen Anamnese und des psychopathologischen Befundes sowie der körperlichen Untersuchung einschließlich des neurologischen Status durch für diesen Bereich qualifizierte Leistungserbringer.

B) Stellungnahme

Die angesprochene psychische und somatische Differenzialdiagnostik kann nur - wie auch beschrieben - durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen. Da einige der zur Einschreibung berechtigten Leistungserbringer diese Qualifikation nicht vollumfänglich erfüllen, aufgrund der Dauer der bereits bestehenden Symptomatik aber von einer erfolgten Diagnostik auszugehen ist, sollte analog zur Regelung bei der Indikation Rückenschmerz eine Verpflichtung aufgenommen werden, Vorbefunde zu berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzung: Bei der Einschreibung sind die Befunde der vorangehenden Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapien und Verlauf insbesondere der letzten 12 Monate einzubeziehen.

3. Nummer 1.4 Therapieplanung, Randziffer 128

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wird der Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen zur Unterstützung als sinnvoll erachtet, sollen diese evidenzbasiert sein.

B) Stellungnahme

Vor der Einschreibung ist eine schriftliche Information der Patienten obligat erforderlich. Zur Klarstellung sollte deshalb eine Abgrenzung zur Patienteninformation im Rahmen des Einschreibeprozesses erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Wird der Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen **im weiteren Verlauf der Teilnahme** zur Unterstützung als sinnvoll erachtet, sollen diese evidenzbasiert sein.

4. Nummer 1.5.2 Psychotherapie, Randziffer 207 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eine psychotherapeutische Behandlung stellt eine zentrale therapeutische Maßnahme bei depressiven Störungen dar.

PatV

Bei ambulanter Behandlung in Einrichtungen nach § 117 oder § 118 SGB V (Hochschulambulanzen oder Psychiatrische Institutsambulanzen) können diese sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen.

B) Stellungnahme

Die Psychotherapie-Richtlinien definieren abschließend, welche psychotherapeutischen Verfahren in der ambulanten Versorgung zu Lasten der GKV zur Anwendung kommen dürfen.

C) Änderungsvorschlag

Die Formulierung „sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren“ sollte gestrichen werden.

DKG

...Dazu gehören insbesondere die Verhaltenstherapie, die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologische fundierte und analytische Psychotherapie) und die systemische Therapie sowie die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie.

B) Stellungnahme

Von den aus der NVL übernommenen Psychotherapieverfahren ist nur ein Teil für die ambulante Versorgung zugelassen. Die übrigen Verfahren sind entweder zu streichen, oder es ist durch geeignete Formulierungen klarzustellen, dass die weiteren Verfahren der stationären Versorgung vorbehalten sind. Diese Klarstellung ist im Richtlinien text selbst vorzunehmen.

C) Änderungsvorschlag:

Es stehen gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (PT-RL) verschiedene psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung, die als Einzel-, oder Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- oder Gruppentherapie im Umfang einer Akut-, Kurzzeit- oder Langzeittherapie Einsatz finden können. Bei stationärer Behandlung können diese ebenfalls sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen.

5. Nummer 1.5.4 weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen , Randziffer 345 ff.

GKV-SV, DKG, KBV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei therapieresistenten und schweren depressiven Störungen kann eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) nach sorgfältiger Abwägung in Frage kommen. Die Indikationsstellung **soll** durch eine dafür qualifizierte Fachärztin oder einen dafür qualifizierten Facharzt erfolgen.

B) Stellungnahme

In Satz 2 hält es das Bundesversicherungsamt für geboten, die Indikationsstellung verpflichtend durch eine dafür qualifizierte Fachärztin oder einen dafür qualifizierten Facharzt stellen zu lassen. Eine Sollvorschrift ist unzureichend. Darüber hinaus ist zu regeln, wer befugt ist, eine EKT durchzuführen.

C) Änderungsvorschlag

Die Indikationsstellung und Durchführung einer EKT **muss** durch eine dafür qualifizierte Fachärztin oder einen dafür qualifizierten Facharzt erfolgen.

6. Nummer 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren, Randziffer 491

A) Beabsichtigte Neuregelung

KBV, PatV

Die Langzeitbetreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Leistungserbringerin beziehungsweise einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Leistungserbringer oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach §137 Absatz 7 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnimmt.

B) Stellungnahme

In der Neuregelung ist im Text eine Unterscheidung getroffen zwischen dem Hausarzt und den übrigen qualifizierten Leistungserbringern, bei der Aufzählung der qualifizierten Ärzte (Bindestrichaufzählung) sind die Hausärzte hingegen unter den qualifizierten Leistungserbringern aufgezählt. Mit der Neuformulierung werden beide Textteile aneinander angeglichen.

C) Änderungsvorschlag

Die Langzeitbetreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch eine **andere** zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Leistungserbringerin beziehungsweise einen **anderen** zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Leistungserbringer oder eine qualifizierte Einrichtung.

A) Beabsichtigte Neuregelung

KBV, PatV

Die qualifizierten Leistungserbringer sind die folgenden:

.....

-Psychologische Psychotherapeuten

B) Stellungnahme

Eine Definition der zur Langzeitbetreuung und Dokumentation qualifizierten Leistungserbringer wird grundsätzlich begrüßt, allerdings werden Psychologische Psychotherapeuten, die eine wesentliche Rolle bei der psychotherapeutischen Betreuung der Patienten haben, als nicht geeignet für die Koordination angesehen. Wesentliche Säulen der Behandlung sind gemäß Ziffer 1.5.1 Psychotherapie, medikamentöse Therapie sowie eine Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie. Psychologische Psychotherapeuten dürfen aber weder Medikamente verordnen noch können sie Wirkungen und Nebenwirkungen derselben einordnen. Sie können keine Überweisung zu weiteren qualifizierten Leistungserbringern veranlassen und keine Krankschreibungen vornehmen.

C) Änderungsvorschlag

Die Psychologischen Psychotherapeuten sollten in der Aufzählung der zur Langzeitbetreuung und Dokumentation qualifizierten Leistungserbringer gestrichen werden.

**7. Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten, Randziffer 573 f. i.V.m. Anlage 18
Nummern 9 bis 11**

A) Beabsichtigte Neuregelung

GKV-SV

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Schulungsprogramme sind kein notwendiger Bestandteil dieses DMP, unabhängig davon, ob es sich um digitale Schulungen oder Präsenzs Schulungen handelt. Schulungen in diesem DMP stellen psychoedukative Begleitmaßnahmen dar. Sie können als optionales Angebot zum Einsatz kommen. Sofern Schulungsprogramme angeboten werden, müssen sie den Anforderungen nach § 4 entsprechen und vom BVA zugelassen sein.

DKG, KBV

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.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich sollte vor dem Hintergrund der Antriebsschwäche bei depressiven Patienten und der an anderen Stellen innerhalb der Therapie enthaltenen psychoedukativen Bestandteile geprüft werden, ob bei dieser Indikation die Nichtteilnahme an einer Schulung zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm gem. § 28d Abs. 2 Nr. 2 Buchst. b RSAV führen sollte.

Gemäß § 28 d Abs.2 Nr. 2 b RSAV endet die Teilnahme des Versicherten am Programm, wenn er innerhalb von 12 Monaten zwei der nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §137f des fünften Sozialgesetzbuch veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat. Durch die Aufnahme des digitalen Selbstmanagementprogramms und der Präsenzgruppenschulung als Ausprägungen beim Dokumentationsparameter „Depressionsspezifische Schulung wahrgenommen“ kann die Nichtteilnahme an beiden Bestandteilen nach erfolgter Empfehlung zum Ausschluss des Versicherten führen. Fraglich ist, ob jedes digitale Selbstmanagement-Programm Schulungscharakter aufweist. Die Beendigung der Teilnahme nach § 28d Abs. 2 RSAV ist jedoch nur bei Nichtwahrnehmung von veranlassten Schulungen möglich. Unklar bleibt darüber hinaus wie bei einem digitalen Selbstmanagementprogramm die Teilnahme kontrolliert und nachgehalten werden kann.

Sofern davon ausgegangen wird, dass eigenständige Schulungen obligat vorzuhalten sind, wäre dafür Sorge zu tragen, dass sowohl Präsenzgruppenschulungen als auch digitale Selbstmanagement-Programme vorgehalten werden, da zum jetzigen Zeitpunkt nicht davon auszugehen ist, dass bei allen eingeschriebenen Patienten die Bereitschaft und die technischen Möglichkeiten für die Nutzung eines digitalen Selbstmanagement-Programms vorliegen.

Unabhängig von der Frage, ob eigenständige Schulungen obligat oder fakultativ vorzuhalten sind, hält das BVA eine Prüfung ob diese strukturiert, evaluiert und publiziert sind für sinnvoll. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass der Arzt in Hinblick auf das empfohlene digitale Selbstmanagement-Programm geschult ist, um die optimale Begleitung des Versicherten sicherzustellen.

Aufgrund der geschilderten Problemlage sollten eigenständige Schulungen (psychoedukative Begleitmaßnahmen) nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes zunächst nur fakultativ vorgesehen werden. Erfahrungen mit der Nutzung dieser Maßnahmen können dann ggf. bei einer Überarbeitung der Richtlinie zu einer Neufassung führen.

C) Änderungsvorschlag

Unter Ziffer 4.2 sollte der Vorschlag des GKV-SV übernommen werden. In Anlage 18 sollte der letzte Dokumentationsblock mit „psychoedukative Begleitmaßnahmen“ überschrieben werden. Dadurch wird verhindert, dass die Versicherten bei zweimaliger Nichtteilnahme an den entsprechenden Maßnahmen aus dem Programm ausgeschrieben werden müssen. Die laufende Nummer 9 ist zu streichen. Die Nummern 10 und 11 könnten in „eigenständige psychoedukative Begleitmaßnahme empfohlen“ bzw. „eigenständige psychoedukative Begleitmaßnahme wahrgenommen“ umformuliert werden.

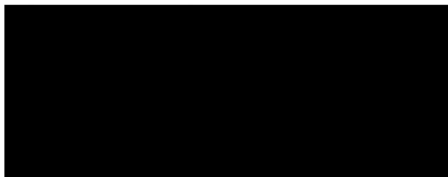
Zu DKG, KBV:

Sofern einer Patientin oder einem Patienten, die oder der aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht geeignet ist, ein digitales Selbstmanagement-Programm angeboten wird, muss dieses **durch einen auf das Programm geschulten Arzt** qualifiziert begleitet werden.

Für etwaige Rückfragen steht Ihnen das Referat 515 (Referat_515@bvamt.bund.de) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Stellungnahme SHV

DMP / Depression

→ Beschlussentwurf 1

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anlage 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)

Zeile	Text	Kommentierung SHV
140	<p>PatV 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.</p> <p>Der Therapieplan ist patientenverständlich zu fassen, regelmäßig zu aktualisieren und wird der Patientin oder dem Patienten in schriftlicher Form ausgehändigt.</p>	<p>Die Einbeziehung (bei Bedarf) von weiteren beteiligten Leistungserbringern in den Therapieplan unterstützen wir ausdrücklich.</p> <p>Ebenso dieses patientenorientierte Vorgehen bzgl. des Therapieplans.</p>
336-340	<p>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 [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.1)], Soziotherapie [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.2)], sowie die psychiatrische häusliche Krankenpflege [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.3)], erwogen werden.</p>	<p>Die ausdrückliche Nennung der Ergotherapie sowie der Soziotherapie und häuslichen psychiatrischen Krankenpflege unterstützen wir ausdrücklich.</p>
345	<p>PatV 1.5.4.1 Ergotherapie Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung dazu, dem</p>	<p>Bzgl. der in Zeile 345 formulierten Erläuterungen seitens PatV zur Ergotherapie haben wir folgenden Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung (auch von</p>

	<p>Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. Dabei gehört zur Ergotherapie auch die Möglichkeit, durch kreatives Handeln eigene Potentiale wieder zu entdecken und neue Handlungsmöglichkeiten zu erschließen.</p>	<p>Angehörigen, Arbeitgebern etc.) dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag und eine Verbesserung seiner Lebensqualität sowie seiner sozialen und beruflichen Teilhabe zu ermöglichen.</p> <p>Begründung: Der Aspekt des kreativen Handelns spielt im ambulanten Bereich auf den das DMP abzielt eine untergeordnete Rolle; von daher sollte eine Betonung der Alltags- und Lebensweltorientierung und insbesondere die Ergänzung um den Teilhabeaspekt (sozial und beruflich) erfolgen. In der NVL Unipolare Depression steht zur Ergotherapie im ambulanten Bereich dort auf S. 144: „Ergotherapie zielt auf die Wiederherstellung und den Erhalt von Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität in für den Einzelnen wichtigen Lebensbereichen (z. B. Selbstversorgung, Haushaltsführung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, Beruf und Ausbildung). Ambulante arbeitstherapeutische Ergotherapie zusätzlich zur ambulanten Routinebehandlung [...] führte in einer aktuellen randomisierten kontrollierten Studie dazu, dass die Patienten im Durchschnitt drei Monate früher ihre Arbeit wieder aufnehmen konnten und in den ersten 18 Monaten nach Randomisierung signifikant häufiger und mehr arbeiteten als die Patienten in der Routinebehandlung. Auch scheint die Ergänzung der ambulanten Routinebehandlung um Ergotherapie zu höherer Kosteneffektivität zu führen [922]. [...]“ https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-1aufl-vers5-lang.pdf</p>
335	<p>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 [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.1)], Soziotherapie [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.2)], sowie die psychiatrische häusliche Krankenpflege [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.3)], 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 werden. Dazu sollte Patientinnen und Patienten regelmäßige körperliche Aktivität entsprechend der patientenseitigen Präferenz empfohlen werden.</p>	<p>Wie hier richtigerweise erwähnt, ist es wichtig, den Patienten für die positiven Einflüsse von Sport und körperlicher Aktivität auf die Erkrankung Depression zu sensibilisieren. In diesem Kontext sollte auch die Verordnung von Physiotherapie als aktivierende Maßnahme mit aufgenommen werden, da sie in der Behandlung von Depression ein wirksames Heilmittel darstellt. Dies zeigt sich auch bereits in klinischen Leitlinien aus anderen Ländern, in denen die körperliche Aktivität einen immer größeren Teil der Behandlung von Depression einnimmt (De Sanidad, 2014 ; Ravindran et al., 2016). Des Weiteren sind die von Ihnen genannten relevanten somatischen Komorbiditäten Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Tumorerkrankungen Erkrankungen, die ebenfalls häufig zur Begleittherapie durch Physiotherapeuten versorgt werden. Gerade bei Herzerkrankungen ist es essentiell, ein strukturiertes Trainingsprogramm für den individuellen Patienten zu planen und begleitet zu durchlaufen (Colquhoun et al., 2013). Dies gilt ebenso für onkologische Erkrankungen, bei denen aus physiotherapeutischer Sicht auch auf das Fatigue Syndrom eingegangen werden sollte (Edmonds, McGuire, & PRICE, 2004)(Peddle-McIntyre et al., 2019).</p>

		Aus den o. g. Gründen ist es unerlässlich, die physiotherapeutische Behandlung in die generelle Versorgung von depressiv erkrankten Patienten mit aufzunehmen.
Q9	KBV, DKG, PatV Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Schulung wahrgenommen haben.	Die explizite Verbindlichkeit von Schulungen begrüßen wir. Ergänzend würden wir eine Einbeziehung der Angehörigen an dieser Stelle unterstützen.
Q10	PatV Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf die Unterstützung durch Selbsthilfeverbände und örtliche Selbsthilfe-Kontaktstellen hingewiesen wurden	Die verbindliche Information bzgl. Selbsthilfe unterstützen wir. Ergänzend würden wir eine Einbeziehung der Angehörigen an dieser Stelle unterstützen.
573 / 574	Schulungen der Versicherten	s. Q9

Colquhoun, D. M., Bunker, S. J., Clarke, D. M., Glozier, N., Hare, D. L., Hickie, I. B., ... Branagan, M. G. (2013). Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease. *The Medical Journal of Australia*, 198(9), 483–484.

De Sanidad, M., Sociales, S., Igualdad, E., De Economía, M., & Competitividad, Y. (2014). Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN THE SPANISH NHS MINISTRY OF HEALTH, SOCIAL SERVICES AND EQUALITY. *MINISTRY OF HEALTH, SOCIAL SERVICES AND EQUALITY*. Retrieved from http://www.guiasalud.es/contenidos/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl_en.pdf

Edmonds, M., McGuire, H., & PRICE, J. (2004). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003200. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003200.pub7>. www.cochranelibrary.com

Peddle-McIntyre, C. J., Singh, F., Thomas, R., Newton, R. U., Galvão, D. A., & Cavalheri, V. (2019). Exercise training for advanced lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012685.pub2>

Ravindran, A. V., Balneaves, L. G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R. L., ... Parikh, S. V. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 576–587. <https://doi.org/10.1177/0706743716660290>

Von: [REDACTED]
An: dmp@g-ba.de
Cc: [REDACTED]
Betreff: Deutscher Heilbäderverband e.V. betreffend: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression)
Datum: Freitag, 14. Juni 2019 08:44:21

Sehr geehrte [REDACTED]
im Auftrag unseres Geschäftsführers, [REDACTED], teilen wir Ihnen mit, dass wir von einer Stellungnahme bzgl. des oben genannten Beschlusssentwurfes absehen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. [REDACTED]

Referentin für Grundsatzangelegenheiten und Politik

Deutscher Heilbäderverband e.V.

Charlottenstr. 13

10969 Berlin

Tel.: +49 (30) 2463692- [REDACTED]

Fax: +49 (30) 2463692- [REDACTED]

Website: www.deutscher-heilbaederverband.de

Von: [REDACTED]

Gesendet: Freitag, 17. Mai 2019 11:25

An: dmp@g-ba.de

Cc: [REDACTED]; DHV Berlin; [REDACTED]
[REDACTED]

Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression)

Sehr geehrte [REDACTED]
gern bestätige ich Ihnen hiermit den Empfang der unten stehenden E-Mail nebst beigefügter Anlagen (Anschreiben sowie Anlagen 1 bis 3).

Mit freundlichen Grüßen

i.A. [REDACTED]

Referentin für Grundsatzangelegenheiten und Politik

Deutscher Heilbäderverband e.V.

Charlottenstr. 13

10969 Berlin

Tel.: +49 (30) 2463692- [REDACTED]

Fax: +49 (30) 2463692- [REDACTED]

Website: www.deutscher-heilbaederverband.de

Von: [REDACTED] Im Auftrag von dmp@g-ba.de

Gesendet: Freitag, 17. Mai 2019 11:15

An [REDACTED]

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression)

Sehr geehrte Damen und Herren,
anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. [REDACTED]
Referentin
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. [REDACTED]
Sachbearbeiter
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838 [REDACTED]

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail [REDACTED]

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 über die 17. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression – Dokumentation)

Berlin, 14.06.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 über die 17. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression – Dokumentation)

Die Bundesärztekammer ist mit Schreiben vom 17.05.2019 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert worden, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur 17. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression – Dokumentation) abzugeben.

Die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme n. § 137f SGB V (Disease Management Programme – DMP) liegt seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 beim G-BA. Die Aufgabe für den G-BA, auch zum Thema Depression ein DMP zu verfassen, hat der Gesetzgeber explizit in 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V verankert.

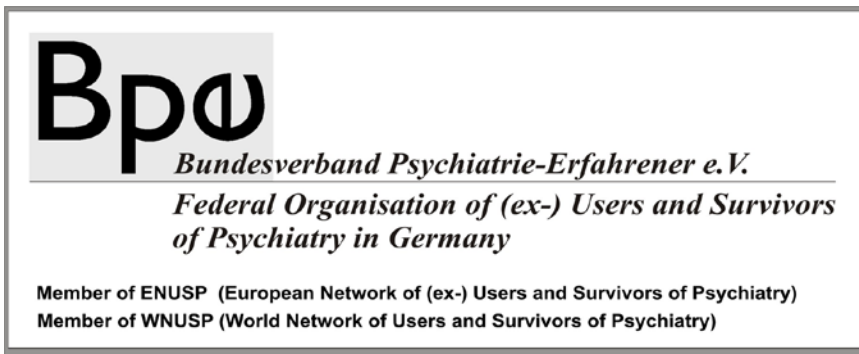
Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer befürwortet die Einführung eines DMP Depression.

Bereits im Jahre 2009 haben die zuständigen Fachgesellschaften und Organisationen als gemeinsames Produkt eines von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) initiierten Projektes zur Erarbeitung einer S3-Leitlinie und eines Auftrages im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression 2009 erarbeitet und konsentiert. Die Bundesärztekammer begrüßt, dass das geplante DMP Depression deutlich erkennbar auf diese Vorarbeiten bzw. auf die NVL selbst referenziert.

Für inhaltliche Einzelheiten zum vorgelegten DMP-Entwurf verweisen wir insbesondere auf die ausführliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), die der Bundesärztekammer ebenfalls vorliegt.

Nachdrücklich hervorheben möchten wir an dieser Stelle, dass die Koordinierungsfunktion für die Kooperation der Versorgungssektoren (Abschnitt 1.7) insbesondere mit Blick auf die erforderlichen somatisch/medizinischen und medizinisch-pharmakologischen Kompetenzen eindeutig in ärztliche Hand gehört.



BPE e.V.

[REDACTED]
Herner Str.406, 44 789 Bochum
Tel: 0234 / [REDACTED]
Fax: 0234 / [REDACTED]
Vorstand@bpe-online.de

Stellungnahme des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP Anforderungen Richtlinie (DMP-A-RL).Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression-Dokumentation)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. ist grösster und ältester Verband der organisierten Psychiatrie-Selbsthilfe.

Der BPE ist zwar ein diagnosenübergreifender Verband, aber viele seiner Mitglieder haben eine Diagnose Depression.

Grundsätzlich auch deshalb begrüsst der BPE die Änderung der DMP Anforderungen Richtlinie Depression verbunden mit dem Versuch insbesondere von Seite der Patientenvertretung die Bedingungen für die in der DMP eingeschriebene Patienten zu verbessern.

Allerdings ist der BPE nicht überzeugt das die Teilnahme an dem DMP Depression wirklich wesentliche Verbesserungen für die eingeschriebene Patienten bringt und nicht lediglich behandelnde Ärzte und zuständige Krankenkassen von dem DMP Programm profitieren.

Der BPE nimmt insbesondere zu den einzelnen Kapiteln und Absätzen im Beschlussentwurf wie folgt Stellung.

1.5. Therapeutische Maßnahmen,

1.5.2 Psychotherapie

Es werden von einzelnen Bänken psychotherapeutische Verfahren und auch einzelne Aspekte der psychotherapeutischen Behandlung aufgelistet.

Es wird dabei aber nicht erwähnt dass der „Genuss“ der psychotherapeutischen Behandlung sehr oft mit langen Wartezeiten verbunden ist,. Insbesondere Patienten mit Migrationshintergrund, die eine muttersprachliche Therapie haben wollen, müssen oft sogar jahrelang warten bis sie solche Möglichkeit überhaupt bekommen.

Auch die Unterstützung für Patienten, die beispielsweise aufgrund von Antriebsschwäche nicht in der Lage sind regelmäßig ihre PsychotherapeutInnen aufzusuchen ist in Wirklichkeit, auch für eingeschriebene DMP Patienten kaum vorhanden.

1.5.3 Medikamentöse Therapie

Der BPE sieht insbesondere sehr kritisch das ausgerechnet die Patientenvertretung für Vorrang der SSRI bei medikamentösen Therapien bei der mittelgradigen und schweren Depression plädiert.

Es entsteht dabei der für den BPE fatale Eindruck dass in der Richtlinie DMP Depression für diese Medikamentengruppe geworben wird.

Was Reduktion und Absetzen der Antidepressiva betrifft (Zeilen 332-334) reicht es unserer Meinung nach nicht über mögliche Absetzsymptome aufzuklären,, sondern bei entsprechender Schwere der Symptome,müssten sie intensiv ambulant,auch aufsuchend und bei Bedarf auch stationär behandelt werden.

1.5.4 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen

Der BPE sieht die Position der GKV-SV,DKG und KBV, die für Vorrang der EKT als unterstützende Maßnahme plädieren,sehr kritisch.

Es entsteht für uns der Eindruck dass hier bei der DMP Richtlinie Depression, die ambulante Behandlung von Menschen mit der Diagnose Depression besser strukturieren will,, soll die EKT, die als Therapiemethode sehr umstritten ist und gefährliche Symptome verursachen kann, auch als ambulante Behandlung eingeführt werden.

Es ist für den BPE immerhin erfreulich dass die Patientenvertretung davon Abstand genommen- und weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen wie Ergotherapie, Soziotherapie und häusliche Psychiatrische Krankenpflege aufgeführt hat,möglicherweise um sie bei behandelnden Ärzten besser bekannt zu machen.

Die Soziotherapie als Leistung in vielen Regionen wird praktisch nicht umgesetzt und deshalb kann in diesen Fällen die entsprechende Verordnung auch nichts bewirken.

1.6.Verlaufskontrolle

1.6.1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie

Die Beschreibung der Verlaufskontrolle bei Psychotherapie ist unserer Meinung nach schwammig formuliert. Insbesondere der Satz:“Bei psychotherapeutischer Behandlung ist bei fehlender Besserung nach spätestens der Monaten die weitere Konsultation eines zusätzlich qualifizierten Leistungserbringers zu prüfen.“ ist für uns unverständlich

Es ist für den BPE völlig unklar wer diese fehlende Besserung prüfen soll (der behandelnde Psychotherapeut ?) und wer genau konsultiert werden sollte.?

Werden überhaupt die Patienten gefragt ob sie sich das wünschen?

1.6.2.Verlaufskontrolle bei medikamentösen Behandlung.

Zeilen 444-446

Es werden regelmäßige Kontrollen bei erhöhten Suizidrisiko empfohlen.

Wir sind der Meinung das Menschen mit erhöhten Suizidrisiko eine intensive Krisenbegleitung, Zuwendung und Gespräche benötigen und keine Kontrollen .

Es ist unserer Meinung nach auch oft nicht anzunehmen dass die Patienten mit erhöhten Suizidrisiko in der Lage sind regelmäßig den Arzt in seiner Praxis aufzusuchen.

Wir sehen den ganzen Satz als überhaupt nicht zielführend bei der DMP Depression und sind dafür ihn zu streichen.

1.7.Kooperation der Versorgungsektoren

1.7.4.Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Der BPE vertritt die Meinung dass jeder Patient mit einer Diagnose Depression mit,oder ohne Begleiterkrankungen und einem bestimmten Schweregrad der Erkrankung einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation hat.

Dieses Recht darf nicht auf die Erhaltung der vorhandener Erwerbsfähigkeit begrenzt werden.

Auch die Patienten, die eine Altersrente, oder eine Erwerbsminderungsrente beziehen dürfen von der medizinischen Rehabilitation nicht ausgeschlossen werden.

Deshalb müsste dieser Absatz unserer Meinung nach entsprechend geändert werden.

Anlage 4 der Tragenden Gründe

Insgesamt bestätigt sich für uns der Eindruck das die Anforderungen der DMP Depression, die teilweise sehr allgemein formuliert sind, nicht wirklich zur Verbesserung der Behandlung insbesondere bei schwer erkrankten Patienten mit der Diagnose Depression beitragen können.

Unserer Meinung nach viel hilfreicher wäre dabei die Entwicklung einer komplexen ambulanten und aufsuchenden Behandlung (Hometreatment mit Open Dialogue als wichtiges Behandlungskonzept) und Überwindung der sektoralbedingten Fragmentierung beispielsweise über Regionales Budget.

Der BPE wird an der mündlichen Anhörung am 10.07.2019 teilnehmen.

,

Stellungnahme

DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):

Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression – Dokumentation)

14.06.2019

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) begrüßt die Vorlage eines Beschlusses für ein neues Disease-Management-Programm (DMP) Depression, das den gesetzlichen Auftrag gemäß § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz umsetzt. In der Versorgung von Patientinnen und Patienten insbesondere mit chronifizierten Depressionen bestehen nach wie vor erhebliche Versorgungsdefizite, die durch eine strukturierte multiprofessionelle Versorgung sinnvoll adressiert werden können. Die Implementierung eines DMP Depression verfügt insoweit über das Potenzial, für diese Patientengruppe über die Regelversorgung hinaus durch ergänzende strukturierte Angebote zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen.

Mit der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (NVL Unipolare Depression, 2. Auflage) liegt ein umfangreiches Set an Empfehlungen für eine strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression vor, die handlungsleitend für die inhaltliche Ausrichtung des DMP Depression herangezogen werden können. Verschiedene Versorgungsstudien konnten zeigen, dass insbesondere für Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression ein relevantes Versorgungsdefizit in Bezug auf die rechtzeitige Identifikation, Indikationsstellung und Einleitung einer adäquaten Behandlung besteht, um die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben zu fördern und weitere Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zu verhindern. Für Patientinnen und Patienten mit chronischen Depressionen sollte daher im Rahmen des DMP systematisch der Zugang zu leitliniengerechter Diagnostik und Behandlung erleichtert und die Versorgungsqualität insgesamt verbessert werden.

Disease-Management-Programme sind grundsätzlich auf eine strukturierte, leitlinienorientierte Versorgung von chronischen Erkrankungen ausgerichtet. Insofern ist für die Krankheitsgruppe der depressiven Störungen eine Eingrenzung des DMP auf chronifizierte Verläufe sinnvoll. Entsprechend ist eine Einschreibung in das DMP auf diejenigen Patientinnen und Patienten zu beschränken, bei denen die Depression länger als ein Jahr anhält bzw. bei der mindestens die dritte Episode einer rezidivierenden Depression aufgetreten ist, sinnvoll. Für diese Patientengruppe sollte zum einen eine bessere Koordinierung der Behandlung erfolgen, zum anderen aber auch gemäß dem Versorgungsalgorithmus der NVL Unipolare Depression eine strukturierte Indikationsstellung für eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie erfolgen. Darüber hinaus kann es über die Implementierung eines DMP Depression besser gelingen, Patientinnen und Patienten in strukturierter Form die Teilnahme an Schulungen zu ermöglichen und so die Patientinnen und Patienten in einem aktiven Umgang mit der eigenen Erkrankung zu



stärken. Um den Zugang von Patientinnen und Patienten zu einem DMP Depression niederschwellig und nachhaltig zu gestalten, sollten dabei die aus Patientensicht gewünschten und etablierten Zugangswege genutzt werden und die Leistungen des DMP über diejenigen Fachgruppen koordiniert werden, die in der Versorgung die vorrangigen Ansprechpartner für Menschen mit depressiven Erkrankungen sind und zu denen eine etablierte vertrauensvolle Therapiebeziehung besteht.

Im Folgenden nimmt die BpTK zu den einzelnen Regelungsinhalten des Beschlussentwurfs Stellung.

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

Zu 2. Dokumentationsparameter

- Die BpTK schließt sich der Auffassung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Patientenvertretung (PatV) an, nach der Angaben zu Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck, Rauchen und Begleiterkrankungen optional zu dokumentieren sind.

Begründung:

Die aufgezählten Parameter stehen nicht zwingend im Zusammenhang mit der Behandlung der depressiven Erkrankung, den Qualitätszielen, der Überprüfung der Einschreibung, der Schulung der Versicherten oder der Evaluation des DMP. Eine obligatorische Erfassung und Verarbeitung dieser personenbezogenen Parameter ist in besonderer Weise begründungspflichtig. Aus Gründen der Datensparsamkeit und, um unnötige bürokratische Hürden zu vermeiden, wäre es aus Sicht der BpTK insoweit zielführend, dass diese Angaben lediglich optional erfasst werden können, wenn dies im Einzelfall relevant für die Behandlung der Depression im Rahmen des DMP erscheint. Eine obligatorische Erfassung der Angaben bei allen Patientinnen und Patienten erscheint dagegen nicht gerechtfertigt.

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

Zu 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)

Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik und Diagnosesicherung zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Depression

- Die BpTK schließt sich der Auffassung der PatV an, dass der zeitliche Verlauf der Erkrankung (über mindestens ein Jahr anhaltend oder rezidivierend mit der mindestens dritten Episode) als Kriterium ausschlaggebend für eine Teilnahme am DMP sein sollte. Dementsprechend sollte auch Patientinnen und Patienten, die unter einer anhaltenden Depression leiden und deren Erkrankung aktuell einem „leicht“ ausgeprägten Schweregrad entspricht, die Teilnahme an dem DMP Depression möglich sein. Sie schließt sich daher der PatV auch bezüglich der geforderten Anzahl von Zusatzsymptomen zur Bestimmung des Schweregrads an.

Begründung:

Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen und unterscheiden sich maßgeblich in ihrem Verlauf und ihrer Schwere. Dabei gilt, dass insbesondere längere Episoden sowie jedes erneute Auftreten der Erkrankung nach Remissionsphasen das Risiko für das Auftreten weiterer Episoden und eine Chronifizierung der Erkrankung erhöhen. Auch die NVL Unipolare Depression differenziert entsprechend neben dem Schweregrad nach der Chronizität der Erkrankung. Aus Sicht der BPTK erscheint es daher folgerichtig, das DMP Depression grundsätzlich für Patientinnen und Patienten auszugestalten, die einen höheren und längerfristigen Versorgungsbedarf haben. Dabei bieten sich zur Kategorisierung insbesondere Charakteristika des zeitlichen Verlaufs an. Die BPTK begrüßt, dass aktuell vorgesehen ist, das DMP für Patientinnen und Patienten anzubieten, deren Depression seit mindestens einem Jahr anhält oder deren aktuelle Episode bereits die dritte Episode einer rezidivierenden Depression darstellt. Die BPTK spricht sich dafür aus, wie von der PatV vorgeschlagen, neben diesem Kriterium keinen weiteren Ausschluss von Patientinnen und Patienten basierend auf dem aktuellen Schweregrad der Erkrankung vorzunehmen.

Insbesondere beim wiederholten Auftreten depressiver Episoden erscheint es nicht zielführend, Patientinnen und Patienten erst beim Erreichen einer mittelgradigen Symptomstärke die Teilnahme an dem DMP Depression zu ermöglichen. Aufgrund des hohen Rezidivrisikos erscheint es vielmehr indiziert, frühzeitig intervenieren zu können und entsprechend Patientinnen und Patienten auch möglichst zeitnah das umfassende strukturierte Behandlungsangebot des DMP machen zu können.

Chronifizierte Depressionen gehen mit einer erheblichen Einschränkung an Lebensqualität für die Betroffenen einher. Auch in Bezug auf den Schweregrad als leicht kategorisierte chronische Formen der Depression, wie beispielsweise Dysthymie, gehen für Betroffene mit erheblichen negativen Konsequenzen, einschließlich gravierender Funktionseinschränkungen, einher. Bei der Ausgestaltung des DMP sollte daher der zeitliche Verlauf der Erkrankung prioritär gegenüber der aktuellen Symptombelastung bewertet werden. Keinesfalls sollte Betroffenen mit einem rezidivierenden Verlauf bei aktuell leichtem Schweregrad der depressiven Symptomatik vermittelt werden, dass es sich um eine vermeintliche Bagatellerkrankung handelt, die ausschließlich einer niederschweligen Behandlung bedarf.

Es scheint aus Sicht der BPTK daher indiziert, auch Betroffenen mit einer chronifizierten Depression, deren aktuelle Ausprägung einem leichten Schweregrad entspricht, die Teil-

nahme an dem DMP zu ermöglichen. Die in den Tragenden Gründen dargelegte Auffassung von GKV-SV, DKG und KBV, nach der für leichte Depressionen umfassende niederschwellige Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen, überzeugt nicht, da die aufgeführten Maßnahmen in der NVL Unipolare Depression zwar für eine leichte Episode aufgeführt werden, sie entsprechen jedoch gerade nicht den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression für Patientinnen und Patienten mit chronischen und rezidivierenden Verläufen. Genau diese Patientengruppe sollte jedoch mit dem DMP adressiert werden.

Die Anzahl der zu erfassenden Zusatzsymptome bei der Bestimmung des Schweregrads auf „zwei“ festzulegen, entspricht den Diagnosekriterien des ICD-10 für eine mindestens leichte depressive Episode und korrespondiert entsprechend mit dem Vorschlag, das DMP auch Betroffenen mit chronifizierten Depressionen mit aktuell leicht ausgeprägter Symptomatik anzubieten.

Die Erweiterung der Einschlusskriterien für das DMP bezüglich des Schweregrades hat Auswirkungen auf die weitere Ausgestaltung des DMP. Aus Sicht der BpTK sollte analog eine entsprechende Erweiterung der Therapiegrundsätze (Abschnitt 1.5.1.1.) vorgenommen werden.

- Die BpTK stimmt GKV-SV und DKG zu, dass die Diagnosesicherung durch einen für diesen Bereich qualifizierten Leistungserbringer erfolgen sollte. Präzisiert werden sollte in den Tragenden Gründen, dass auch die Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten zu den für die Diagnostik von Depression besonders qualifizierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gehört.

Begründung:

Die Patientengruppe, die von dem DMP Depression profitieren soll, zeichnet sich insbesondere durch das lange Andauern der Erkrankung sowie deren Schweregrad aus. Da von der präzisen Diagnostik insbesondere dieser beiden Kriterien auch die Indikationsstellung für eine weitere Behandlung abhängt, ist es aus Sicht der BpTK erforderlich, dass die Diagnostik durch einen bzw. eine entsprechend dafür qualifizierte Leistungserbringerin bzw. qualifizierten Leistungserbringer erfolgt. Zudem muss ausreichend Zeit auch für eine präzise Differentialdiagnostik anderer psychischer Erkrankungen zur Verfügung stehen, da Depressionen, wie in der NVL Unipolare Depression beschrieben, oftmals mit anderen komorbiden psychischen Erkrankungen, beispielsweise Angststörungen, einhergehen. Dabei zeigt sich im Versorgungsalltag, dass eine entsprechend umfassende Diagnostik von Hausärztinnen und Hausärzten aus zeitlichen Gründen kaum geleistet werden kann. Dafür

sprechen die Ergebnisse des Faktenchecks Depression,¹ der gezeigt hat, dass knapp 80 Prozent der unspezifischen Depressionsdiagnosen von Hausärztinnen und Hausärzten gestellt wurden. Auch die Chronifizierungsrate depressiver Erkrankungen, wie sie gegenwärtig in der hausärztlichen Versorgung in den Abrechnungsdaten kodiert wird, fällt deutlich höher aus, als es aufgrund von epidemiologischen Studien erwartbar wäre. Sie würden damit den Anforderungen an die für die Einschreibung in ein DMP Depression erforderliche Diagnostik nicht genügen.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bieten seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie mit der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Leistung an, die Patientinnen und Patienten zeitnah eine umfassende diagnostische Abklärung ihrer Beschwerden ermöglicht. Damit sind bei diesen Berufsgruppen im Versorgungsalltag bereits geeignete Strukturen vorhanden, die es ermöglichen, die für das DMP geforderten Anforderungen an die Diagnostik zu erfüllen.

Auch wenn sich das DMP Depression an Erwachsene richtet, sollte die Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten als besonders qualifizierte Berufsgruppe für die Diagnostik von Depressionen explizit erwähnt werden. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten behandeln im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung Patientinnen und Patienten regelhaft bis zum 21. Lebensjahr, bei bereits vorab begonnenen Behandlungen auch über das 21. Lebensjahr hinaus. Ist bereits im Jugendalter bzw. frühen Erwachsenenalter eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung vorhanden, sollten Patientinnen und Patienten nicht durch zusätzliche Hürden einer erneuten Diagnostik bei einer anderen Leistungserbringerin bzw. einem anderen Leistungserbringer von der Inanspruchnahme an dem DMP Depression abgehalten werden. Hinzu kommt, dass diese früh psychisch stark belastete Patientengruppe oftmals konstant ausschließlich durch Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten versorgt wird. Aufgrund des jungen Ersterkrankungsalters und der fehlenden somatischen Komorbiditäten findet keine regelmäßige Konsultation einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes statt, zu der bzw. dem bereits ein Vertrauensverhältnis bestünde. Eine entsprechende Präzisierung der Tragenden Gründe wäre daher aus Sicht der BpTK zielführend.

- Die BpTK schließt sich ferner der Auffassung der PatV an, dass Betroffenen mit Dysthymie ebenfalls eine Teilnahme am DMP Depression ermöglicht werden soll.

¹ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Faktencheck Depression – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. 1. Auflage, 2014.

Begründung:

Dysthymie stellt eine Form von chronischer Depression dar, die für Betroffene mit erheblichen Funktionseinschränkungen und einer erheblich verringerten Lebensqualität einhergeht. Entsprechend der obigen Ausführungen sollten Betroffene nicht aufgrund des vergleichsweise gering ausgeprägten Schweregrads der Symptomatik von einer Teilnahme am DMP Depression ausgeschlossen werden.

Zu 1.4 Therapieplanung

- Die BPtK begrüßt, dass auf Basis einer umfassenden Anamnese, unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen und zentraler Merkmale der vorliegenden Erkrankungen, ein Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen erstellt werden soll. Zugleich sollte die Ergänzung gemäß Vorschlag der PatV aufgegriffen werden, dass dieser bei Bedarf und in Abstimmung mit weiteren Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern erstellt werden sollte. Es erscheint zudem sinnvoll, diesen entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten auch schriftlich auszuhändigen. Die BPtK schlägt daher folgende Erweiterung, ausgehend vom Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV, vor:

„Im Rahmen der Therapieplanung erstellt die koordinierende Ärztin **bzw. Psychotherapeutin** oder der koordinierende Arzt **bzw. Psychotherapeut** gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten **und bei Bedarf weiteren beteiligten Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern** einen Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen. Diese können sich insbesondere auf die Behandlungscoordination, auf psychotherapeutische Verfahren, auf andere nicht-medikamentöse und auf medikamentöse Maßnahmen sowie auf Eigenaktivitäten wie Lebensstiländerungen beziehen. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sollen Strategien für ein Krisenmanagement besprochen und bei Bedarf festgehalten werden. **Der Therapieplan wird der Patientin oder dem Patienten bei Bedarf in schriftlicher Form ausgehändigt.**“

Begründung:

Auch aus Sicht der BPtK ist es wünschenswert, dass individuelle Therapiepläne mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen erstellt werden. Diese sollten bei Bedarf unter Beteiligung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erstellt werden, damit Patientinnen und Patienten eine optimal abgestimmte und koordinierte Behandlung erhalten können, bei denen bereits zu Beginn gewährleistet ist, dass ein Austausch rele-

vanter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander – das Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten vorausgesetzt – gewährleistet ist. Aus Sicht der BpTK ist es dabei nicht erforderlich, die Form des Therapieplans für alle Patientinnen und Patienten einheitlich festzuschreiben. Vielmehr sollte sich die Form des Therapieplans an den individuellen Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten orientieren. Ein schriftlicher Plan kann der Patientin bzw. dem Patienten die Gelegenheit geben, Inhalte bei Bedarf auch nach dem ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Gespräch nachzulesen und damit besser verarbeiten und verinnerlichen zu können. Um unnötige Bürokratisierungen zu vermeiden, können individuelle Therapiepläne im Falle einer koordinierenden Psychotherapeutin bzw. eines koordinierenden Psychotherapeuten auch über eine Ergänzung der individuellen Patienteninformation (PTV 11), die nach Abschluss einer psychotherapeutischen Sprechstunde regelhaft auszuhändigen ist, patientenverständlich dokumentiert werden.

Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen

- Die BpTK schlägt vor, die unter 1.5.1.1. aufgeführten Therapiegrundsätze entsprechend des unter 1.2 begründeten erweiterten Diagnosespektrums weiter auszudifferenzieren und jeweils Grundsätze für die Behandlung bei einem aktuell leichten Schweregrad der Symptomatik aufzunehmen.

Begründung:

Die BpTK begrüßt die bisher aufgeführten allgemeinen Empfehlungen zur Behandlung, die direkt an der NVL Unipolare Depression orientiert sind. Ergänzt werden sollten entsprechende Therapiegrundsätze für den Fall, dass die Symptombelastung von Patientinnen und Patienten aktuell einer leichten Depression entsprechen.

- Die BpTK schließt sich bezüglich des Kapitels 1.5.2 Psychotherapie dem Vorschlag von GKV-SV und KBV an, der sich bei den zur Verfügung stehenden Psychotherapieverfahren auf die Psychotherapie-Richtlinie bezieht. Entsprechend votiert die BpTK bei den Tragenden Gründen zum entsprechenden Abschnitt für den Vorschlag von GKV-SV und KBV. Dieser bezieht sich auf die Verfahren, die ambulant entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie eingesetzt werden können. Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass stationär weitere Verfahren zum Einsatz kommen können.

Begründung:

Mit dem Vorschlag von GKV-SV und KBV stehen für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des DMP Depression die Psychotherapieverfahren und Settings analog der Psychotherapie-Richtlinie zur Verfügung. Das entspricht den in der vertragsärztlichen und

-psychotherapeutischen Versorgung aktuell zur Verfügung stehenden Verfahren. Patientinnen und Patienten müssen die Möglichkeit haben, die im Rahmen des DMP empfohlene psychotherapeutische Behandlung als GKV-Leistung wahrnehmen zu können. Daher ist es an dieser Stelle sachgerecht, auf die Verfahren im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie zu verweisen. Gewährleistet ist damit auch, dass bei einer Erweiterung der Psychotherapie-Richtlinie um weitere Verfahren, wie beispielsweise die noch nicht abgeschlossene Integration der Systemischen Therapie, keine erneute Anpassung der DMP-Anforderungen-Richtlinie erforderlich ist. So ist sichergestellt, dass jeweils der aktuellste Stand der psychotherapeutischen Versorgung auch im Rahmen des DMP Depression zur Verfügung steht. Analog ist es aus Sicht der BpTK sinnvoll, in den Tragenden Gründen darauf zu verweisen, dass stationär gegebenenfalls weitere Verfahren zum Einsatz kommen können.

- Die BpTK schlägt folgenden Änderungsvorschlag ausgehend vom Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV bezüglich der weiteren Verfahren und unterstützenden Maßnahmen vor:

„Bei therapieresistenten ~~und schweren~~ depressiven Störungen **sollen Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, dass kann** eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) nach sorgfältiger Abwägung in Frage kommen **kann**. (...)“

Begründung:

In einzelnen Fällen therapieresistenter depressiver Störungen kann es geeignet sein, Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit einer elektrokonvulsiven Therapie aufmerksam zu machen. Im Rahmen eines DMP, das sich maßgeblich an Menschen mit chronifizierten Erkrankungen richtet, sollte aus Sicht der BpTK bei therapieresistenten Störungen auch über diese Behandlungsmaße informiert werden. Da EKT keinesfalls die Behandlungsmethode der ersten Wahl darstellt, ist es allerdings nicht erforderlich, Patientinnen und Patienten mit schweren – aber nicht therapieresistenten – depressiven Erkrankungen regelhaft darauf hinzuweisen. Entsprechend erscheint es aus Sicht der BpTK sinnvoll, die Empfehlung auf Patientinnen und Patienten mit therapieresistenten depressiven Erkrankungen zu begrenzen.

Zu 1.5.5 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität

- Die BpTK schließt sich dem Votum von GKV-SV, DKG und KBV bezüglich des Krisenmanagements und dem Vorgehen bei Suizidalität an.

Begründung:

Die Ausarbeitung des Abschnitts zu Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität von GKV-SV, DKG und KBV entspricht den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression, die aus Sicht der BpTK auch für das DMP Depression herangezogen werden sollten. Die Abklärung von Suizidalität muss sich grundsätzlich am individuellen Zustand der Patientin bzw. des Patienten orientieren, sodass eine abschließende Nennung von abzuklärenden diagnostischen Maßnahmen aus Sicht der BpTK ungeeignet ist.

Zu 1.6 Verlaufskontrolle

- Die BpTK schließt sich dem Votum von GKV-SV, DKG und KBV bezüglich der Standardinhalte der regelmäßigen Konsultation an.

Begründung:

Die aufgeführten Standardinhalte sind nach Ansicht der BpTK ausreichend zur Überprüfung der Erreichung der Therapieziele. Insbesondere sollten sich die Standardinhalte spezifisch auf das Vorgehen bei Depression beziehen, das trifft auf die jetzt genannten Inhalte zu. Vor dem Hintergrund, dass bereits formuliert ist, dass die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen in Abhängigkeit der individuellen Erfordernisse der Patientin bzw. des Patienten gestaltet werden sollen, ist es aus Sicht der BpTK darüber hinaus nicht erforderlich regelhaft vorzugeben, bei jeder Kontrolluntersuchung eine Einschätzung des somatischen Gesundheitszustands und möglicher Komorbiditäten vorzunehmen.

Zu 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren

- Die Koordination der Versorgung und der Informationsaustausch über alle Sektoren und Einrichtungen hinweg sollte im Rahmen des DMP von den Fachgruppen regelhaft geleistet werden können, die über eine entsprechend umfassende Qualifikation verfügen und für die Patientinnen und Patienten die primären Ansprechpartner für die depressiven Erkrankungen und die damit einhergehenden komorbiden Erkrankungen sind. Angesichts des niedrigen Ersterkrankungsalters, der bestehenden Patientenpräferenzen und der etablierten Versorgungsabläufe ist es aus fachlichen Gründen geboten, dass auch die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten diese Koordinationsaufgaben im Rahmen des DMP Depression übernehmen. Entsprechend schließt sich die BpTK bezüglich der Koordination von Patientinnen und Patienten mit Depression dem Vorschlag der KBV an, hierfür koordinierende Ärztinnen und Ärzte sowie koordinierende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorzusehen. Sie befürwortet entsprechend im Weiteren die Aufzählung

von KBV und PatV bezüglich der für die Koordination qualifizierten Leistungserbringenden und Leistungserbringer. Ergänzt werden sollte die Liste der qualifizierten Leistungserbringenden und Leistungserbringer um die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

Begründung:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten spielen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle. Durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde wurde ihre Rolle als zentrale Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter gestärkt. Ein substantieller Anteil der Patientinnen und Patienten, die primär von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt werden, leidet unter Depressionen. Knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung sucht den behandelnden Psychotherapeuten, die behandelnde Psychotherapeutin direkt auf und kommt nicht auf Überweisung durch eine Haus- oder Fachärztin bzw. einen Haus- oder Facharzt. Angesichts des jungen Ersterkrankungsalters, der chronischen oder rezidivierenden Verläufe und der bestehenden Patientenpräferenzen ist dies gerade auch für die Patientengruppe mit chronifizierenden depressiven Störungen nachvollziehbar und sachgerecht. Aus Sicht der BPtK ist es daher notwendig, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für diese Patientinnen und Patienten auch die Koordination im Rahmen des DMP Depression übernehmen können.

Unbedingt vermieden werden sollte insbesondere, dass für Patientinnen und Patienten mit chronifizierten Depressionen die Hürden zur Inanspruchnahme leitliniengerechter Behandlungen durch die Teilnahme am DMP erhöht werden. Das wäre der Fall, wenn Patientinnen und Patienten, die sich direkt im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde an eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten gewandt haben und dort bereits eine umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik erhalten haben, sich bei einer anderen Ärztin bzw. einem anderen Arzt erneut vorstellen müssten, um am DMP teilnehmen zu können. Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Beschwerden psychotherapeutische Sprechstunden in Anspruch nehmen und nicht unter weiteren (chronischen) somatischen Erkrankungen leiden, verfügen oftmals nicht über eine Hausärztin oder einen Hausarzt, zu dem bereits ein langjähriges Vertrauensverhältnis besteht. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass ein umfassendes Anamnesegespräch für Patientinnen und Patienten mit chronifizierten psychischen Erkrankungen durchaus eine Belastung darstellen kann, die Patientinnen und Patienten nicht öfter als fachlich notwendig zugemutet werden sollte.

Aus Sicht der BpTK ist es zentral, dass die Koordination im Rahmen des DMP grundsätzlich dort angesiedelt ist, wo basierend auf einer umfassenden Diagnostik, die individuelle Behandlungsplanung erfolgen kann und wenn möglich bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Patientin bzw. Patient und Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer aufgebaut werden konnte. Sollten mehrere Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer diese Anforderungen erfüllen, sollten Patientinnen und Patienten selbst die Möglichkeit haben zu entscheiden, wem sie die Koordination der Leistungen im Rahmen des DMP anvertrauen möchten. Es ist daher aus Sicht der BpTK notwendig, dass dafür grundsätzlich alle entsprechend qualifizierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer diese Funktion übernehmen können.

Dazu zählen entsprechend der weiter oben dargestellten Ausführungen auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die aus Sicht der BpTK hier ebenfalls aufgezählt werden sollten.

- Die BpTK schließt sich dem Votum der KBV an, bei 1.7.2 von Überweisung oder Weiterleitung zu sprechen.

Begründung:

Die Verwendung der Begriffe Überweisung oder Weiterleitung entsprechen der in der Versorgung möglichen Wege des Einbezugs weiterer qualifizierter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, unabhängig davon, ob es sich um eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten handelt. Da die Versorgung von Menschen mit Depression zum Kerngebiet von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehört und diese für die Koordination im Rahmen des DMP in besonderer Weise qualifiziert sind, ist es folgerichtig, hier auch den Begriff der Weiterleitung zu verwenden.

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

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Nummer 1 - 7:

Die BpTK begrüßt die Definition von Qualitätszielen, die sich direkt aus den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression ableiten lassen.

Nummer 8:

Die BpTK schließt sich dem Votum von KBV und PatV an. Ungeplante stationäre Aufenthalte sind zumeist in akuten Krisen bzw. bei akuter Suizidalität erforderlich. Durch eine strukturierte koordinierte Behandlung im Rahmen des DMP sollten Patientinnen und Patienten langfristig möglichst so unterstützt werden, dass weniger ungeplante krisenbedingte stationäre Aufenthalte erforderlich sind. Dabei ist es, wie in den Tragenden Gründen von KBV und PatV ausgeführt, nicht realistisch, dass ungeplante Aufenthalte grundsätzlich vermeidbar sind – der Anteil an Patientinnen und Patienten mit ungeplanten stationären Aufenthalten sollte aber durch die Teilnahme an einem DMP grundsätzlich möglichst gering ausfallen.

Nummer 9:

Die BpTK schließt sich dem Votum von DKG, KBV und PatV an, allen Patientinnen und Patienten eine Teilnahme an einer Schulung zu ermöglichen und entsprechend auch die Teilnahme an Schulungen als Qualitätsziel zu definieren.

Zu 4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)**Zu 4.2 Schulungen der Versicherten**

- Die BpTK schließt sich dem Votum von DKG und KBV an, dass im Rahmen des DMP allen Patientinnen und Patienten ein aus ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Sicht geeignetes digitales Selbstmanagement-Programm bzw. eine geeignete Präsenzgruppenschulung anzubieten ist. Sie schließt sich zudem dem Votum von DKG, KBV und PatV bezüglich der Tragenden Gründe an und schlägt ausgehend von diesem Formulierungsvorschlag folgende Ergänzung vor:

„(...) Daher werden digitale Selbstmanagement-Programme in diesem DMP für Patientinnen und Patienten empfohlen, sofern sie begleitet sind **und es sich um zertifizierte Medizinprodukte handelt.** (...)“

Begründung:

Menschen mit chronifizierter Depression leiden oftmals unter ausgeprägten Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und erleben eine geringe Selbstwirksamkeit, die häufig als aufrechterhaltender psychologischer Faktor zur weiteren Chronifizierung ihrer depressiven Erkrankung beiträgt. Präsenzgruppenschulungen und digitale Schulungsprogramme können dem entgegenwirken, da sie Betroffene in einem aktiven Umgang mit ihrer Erkrankung stärken. Für digitale Selbstmanagementprogramme konnte gezeigt werden, dass diese sich im Vergleich zu Behandlungen, die ausschließlich im direkten Kontakt mit Ärztinnen

und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt werden, dadurch auszeichnen, dass sich Nutzer als besonders selbstwirksam im Umgang mit ihrer Erkrankung erleben. Die Chancen digitaler Anwendungen bestehen zudem darin, Bewältigungsstrategien, die im Rahmen einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung erarbeitet wurden, stärker in den persönlichen Alltag zu integrieren, sodass sie zu einer Intensivierung der Behandlung beitragen können. Es existiert international mittlerweile eine Vielzahl digitaler Anwendungen zum Selbstmanagement depressiver Erkrankungen, deren Wirksamkeit in randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen werden konnte. Auch ist aktuell bereits eine Reihe entsprechender, deutschsprachiger, digitaler Anwendungen verfügbar. Bereits in der NVL Depression ist eine Empfehlung für niederschwellige digitale Angebote enthalten. Seit Verabschiedung der NVL Unipolare Depression sind weitere Wirksamkeitsbelege für den Einsatz von digitalen Selbstmanagement-Programmen hinzugekommen. Dabei konnte gezeigt werden, dass entsprechende Programme den Effekt ambulanter psychotherapeutischer und hausärztlicher Behandlungen steigern können. Ihr Einsatz kann demnach ergänzend zu einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung für Betroffene den Effekt der Behandlung intensivieren.

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) besteht zudem der gesetzliche Auftrag (§ 137f Absatz 8 SGB V), bei der Erstellung und Überprüfung von DMP-Richtlinien die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen zu prüfen. Zur Unterstützung der Behandlung von Menschen mit chronifizierten depressiven Erkrankungen, für die das DMP ausgestaltet werden soll, liegen, wie in den Tragenden Gründen von DKG, KBV und PatV dargestellt, entsprechende digitale Anwendungen vor. Aus Sicht der BpTK ist es aus Gründen der Patientensicherheit unbedingt erforderlich, die Anforderungen an die Selbstmanagement-Programme im Rahmen dieser Richtlinie zu definieren, da sonst zu befürchten ist, dass im Rahmen von DMP digitale Selbstmanagement-Programme zum Einsatz kommen, die keinerlei definierten Anforderungen genügen und deren Qualität nicht durch das Bundesversicherungsamt geprüft wird.

Damit entsprechende digitale Selbstmanagement-Programme für Betroffene einen tatsächlichen Mehrwert haben, ist es zentral, dass der Einsatz der Programme begleitet erfolgt und Patientinnen und Patienten mit deren Bearbeitung nicht alleingelassen werden. In Studien konnte belegt werden, dass digitale Selbstmanagement-Programme zu einer Reduktion depressiver Beschwerden beitragen können, dass Betroffene die Bearbeitung aber oftmals abbrechen, wenn sie während der Bearbeitung keine Begleitung erhalten. Die BpTK begrüßt daher ausdrücklich die von DKG, KBV und PatV formulierten Anforderungen in den Tragenden Gründen, dass digitale Selbstmanagement-Programme durch

eine entsprechend qualifizierte, im vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Bereich tätige Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer begleitet werden müssen. Auch hier sollten, wie bereits weiter oben dargelegt, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten als entsprechend qualifizierte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgeführt werden.

Zu begrüßen ist zudem, dass es sich bei den Programmen um „strukturierte, evaluierte und publizierte“ Programme handeln muss, da so gewährleistet werden kann, dass nur tatsächlich wirksame digitale Selbstmanagement-Programme zum Einsatz kommen. Aus Sicht der BpTK ist es darüber hinaus erforderlich, dass es sich bei digitalen Selbstmanagement-Programmen, die im Rahmen des DMP zum Einsatz kommen, um zertifizierte Medizinprodukte handelt. Nur so kann gewährleistet werden, dass Qualität, Funktionalität und Sicherheit der Programme einen Einsatz bei Patientinnen und Patienten mit chronifizierten depressiven Erkrankungen rechtfertigen. Entsprechende, als Medizinprodukte zertifizierte Selbstmanagement-Programme, deren Wirksamkeit in randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen wurde, sind für depressive Erkrankungen verfügbar.

Im aktuellen Referentenentwurf für das Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) ist vorgesehen, dass digitale Gesundheitsanwendungen künftig in einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten Verzeichnis gelistet werden sollen, sofern sie Grundanforderungen an Sicherheit, Qualität und Funktionalität sowie einen Nachweis positiver Versorgungseffekte erfüllen. Sollte ein entsprechendes Verzeichnis aufgebaut werden, in dem digitale Anwendungen, die im Rahmen der Prävention und Behandlung zum Einsatz kommen können, gelistet sind, bietet es sich zudem an, erneut zu überprüfen, inwiefern ein Verweis in dieser Richtlinie auf das geplante Verzeichnis nach § 139e (neu) SGB V geeignet ist, um zukünftig digitale Anwendungen im Rahmen von DMP zur Verfügung zu stellen.

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

- Die BpTK schließt sich dem Vorschlag von GKV-SV, KBV und PatV, ungeplante stationäre depressionsbedingte Behandlungen, sowie dem Vorschlag von KBV, PatV und DKG, Schulungen als relevante medizinische Parameter für die Evaluation heranzuziehen, an.

**Zu Anlage 18 Depression – Dokumentation**

Die Dokumentationsparameter ergeben sich insbesondere aus der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation. Sie ergeben sich automatisch aus den noch zu fassenden Beschlüssen zu Nummer 2 und Nummer 5 und die BpTK verzichtet an dieser Stelle deshalb auf weitere Anmerkungen.

14.06.2019

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschuss:

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)

Allgemein

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) begrüßt die Einführung eines DMP Depression mit dem Ziel einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression durch eine strukturierte und niederschwellige Primärversorgung.

Kernpositionen der DEGAM

- **Chronische und rezidivierende leichte depressive Störungen sollten in das DMP-Depression aufgenommen werden.**
- **Die Diagnosesicherung sollte auch durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen, spezialisierte Fachärzte sollten entsprechend der Notwendigkeit hinzugezogen werden.**
- **Das DMP-Depression kann gut in die Psychosomatische Grundversorgung der Hausärztinnen und Hausärzte eingebunden werden.**
- **Neben psychischen sind somatische Komorbiditäten bei Depressionen häufig. Ein DMP sollte die erforderliche, v. a. hausärztliche Kompetenz, strukturell ausreichend integrieren.**
- **Die Koordination und Langzeit-Betreuung der Patienten und deren Dokumentation sollte im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms durch die Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.**

Terminologie

Die DEGAM empfiehlt die Verwendung einer konstanten und präzisen Terminologie.

Nahezu alle Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) für Erwachsene sind Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Der allgemeinmedizinische Facharzt ist ein generalistischer Facharzt. Die DEGAM empfiehlt für Fachärzte wie u. a. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie die Bezeichnung „spezialisierte Fachärzte“ und nicht „qualifizierte Fachärzte“ zu verwenden.

Besondere Aspekte

Die DEGAM merkt an, dass im Beschlussentwurf auf kultursensitive Aspekte in der Behandlung von Depression bei Migranten und Geflüchteten nicht eingegangen wird. Die Prävalenz psychischer Störungen in dieser Bevölkerungsgruppe ist signifikant höher als in der Allgemeinbevölkerung [1]. Auch in der Diagnostik und Therapie gibt es häufig kulturspezifische Hürden, wie z. B. die häufig erschwerte Verständigung zwischen diesen Personen und medizinischem Personal [2].

Im Einzelnen

Anlage 2

Keine Stellungnahme.

Anlage 17

1.1 Definition Depression

Keine Stellungnahme.

1.2. a), b) Hinreichende Diagnostik

Die DEGAM befürwortet neben Patientinnen und Patienten mit mittleren und schweren depressiven Störungen auch solche mit leichten depressiven Störungen aufzunehmen.

Auch leichte depressive Episoden führen bei Erfüllung der unter 1.2 b) aufgeführten Kriterien „bestehende depressive Symptomatik seit mindestens einem Jahr oder mindestens dritte Erkrankungsperiode“ zu erheblichen Belastungen bei den betroffenen Personen. Auch Patientinnen und Patienten mit leichter persistierender oder rezidivierender unipolarer depressiver Störung, insbesondere bei bestehenden Komorbiditäten, würden von einer Verbesserung der Strukturierung durch ein DMP profitieren [3,4].

Mit einem Anteil von ca. 20 % der Depressionen findet durch leichte depressive Störungen auch keine unangemessene Belastung der spezialistischen Versorgung statt, da diese Personen v. a. von HÄ versorgt werden [5].

Wenn leichte Depressionen vom DMP-Depression ausgeschlossen werden, ist davon auszugehen, dass ein „Upgrading“ oder „Upcoding“ in den Diagnosestellungen einsetzt. Das heißt, leichte Episoden würden vermehrt als mittelschwere Episoden kodiert werden. Ähnliche Effekte wurden in Deutschland nach Einführung der DRGs oder des Morbi-RSA beobachtet [6,7].

Des Weiteren ist im aktuellen Entwurf nicht nachvollziehbar, wie mit undulierenden Schweregradausprägung der Episoden bezüglich der Aufnahme und Verbleib im DMP verfahren werden soll. Außerdem kann nicht sicher beurteilt werden, wie der Schweregrad in anamnestisch erhobenen Episoden ausgeprägt war [8].

1.2 c) Diagnosesicherung:

Die DEGAM erachtet es als notwendig, dass auch Hausärztinnen und Hausärzte als koordinierende Ärzte die Diagnose sichern, wie auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern (PatV) gefordert. Eine Diagnosesicherung durch HÄ sollte abhängig von der eigenen Qualifikation erfolgen und schließt eine Sicherung durch einen spezialisierten Facharzt nicht aus.

Den unter „Tragende Gründe“ durch die KBV dargelegten Argumenten schließt sich die DEGAM an. Insbesondere Folgendes spricht dafür:

- Die knappe spezialisierte fachärztliche Kapazität kann zu einer Verzögerung in Diagnosestellung und Therapie führen.

- Der Patientenwunsch auf Grund der Angst vor möglicher Stigmatisierung bei einer verpflichtenden Überweisung könnte eine Barriere für den DMP-Einschluss darstellen.
- Die Anforderungen des DMP-Depression beinhalten strukturierte und nachvollziehbare Diagnosekriterien, die sehr gut in der Hausarztpraxis anwendbar sind.
- Die Anforderungen des DMP-Depression könnten zur Steigerung der Schweregradkodierung selbst beitragen, da eine Kodierung nach Schweregrad bisher nicht verpflichtend war.

Die unter „Tragende Gründe“ angeführten Studien, die die Kompetenz der Diagnosesicherung von HÄ in Frage stellen, weisen Limitationen auf.

Die Aussage HÄ führten eine nicht leitlinienkonforme Diagnostik durch und stellen häufig Fehldiagnosen begründet sich auf das erwähnte Modellprojekt des G-BA. In diesem basiert der Abschnitt Diagnostik vor allem auf zwei bundesweiten Studien von Wittchen et al. [9,10]. Hier sei auf folgende Methodenkritik durch die DEGAM hingewiesen:

- Die Auswahl der Studienpraxen durch Pharmareferenten des Sponsors schränkt die Repräsentativität der Stichprobe erheblich ein.
- Die Diagnosestellung durch einmalige Anwendung eines relativ unspezifischen Diagnoseinstruments (Depressionsskala DSQ, Spezifität 65%) führt zu einer Überschätzung der Prävalenz. Es muss statistisch davon ausgegangen werden, dass durch die niedrige Krankheitshäufigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich nur ein Viertel der durch das Instrument Diagnostizierten tatsächlich krank ist.
- Konsequenterweise sind die auf Basis dieser zu hohen Diagnoseraten errechneten Behandlungs- und Überweisungsrate der HÄ unrichtig.
- Stichproben an einem einzigen Tag sind nicht geeignet, den komplexen Umgang mit einer Depression in einer Hausarztpraxis abzubilden, da die Behandlung über Diagnosestellung, Therapie und Überweisung zum Spezialisten prozesshaft ist und sich über einen längeren Zeitraum hinzieht.
- Die gewählten Kriterien „medikamentöse Behandlungsrate“ und „Überweisungsrate“ können die Qualität der Versorgung nicht adäquat abbilden, da sie weder den psychosozialen/familiären Hintergrund des Patienten berücksichtigen, noch dem Umstand gerecht werden, dass Patienten ein eigenes Krankheitskonzept besitzen und die stigmatisierend angesehenen Überweisungen zum Psychotherapeuten/Psychiater und Einnahme von Psychopharmaka in der Praxis häufig ablehnen. Darüber hinaus ist in Deutschland eine Überweisung keine Voraussetzung für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Mitbehandlung. Die fehlende Überweisung schließt eine solche Mitbehandlung also keineswegs aus.

Die Aussage, dass HÄ nicht genügend Zeit für das Erstinterview aufbringen können und zu 40% ihren Kenntnisstand bezüglich Depression für unzureichend halten, stützt sich auf eine Studie von Dickmann et al. [11]. Diese hat folgende methodische Schwächen:

- Die Studie verwendet eine kleine Stichprobe mit N = 144 antwortenden HÄ.
- Die Stichprobe ist ausschließlich auf den Raum Oldenburg begrenzt und hat somit eine fehlende Übertragbarkeit / Repräsentativität.
- In der Konzeption des Fragebogens wurden keine Pretest-Verfahren zur Ermittlung von Trennschärfe-Indizes und Trennschärfe-Koeffizienten verwendet.

- Der Prozess der Auswahl und Formulierung der 39 Fragen ist nicht vollständig nachvollziehbar. Der Fragebogen ist im Paper nicht vollständig abgedruckt, auch nicht als E-Supplement aufrufbar.

Die Aussage, dass für eine leitliniengerechte Therapie eine Schweregradeinteilung notwendig ist, ist prinzipiell richtig, aber eine unspezifische Kodierung beweist nicht, dass keine Schweregradeinteilung erfolgte [5]. Durch die Anforderung des DMP-Depression kann die Rate der spezifischen Kodierung steigen.

1.3 Therapieplanung

Keine Stellungnahme.

1.4 Therapieziele

Keine Stellungnahme.

1.5.1-1.5.4 Psychotherapie, Pharmakotherapie, weitere Maßnahmen

Das DMP-Depression kann gut in die Psychosomatische Grundversorgung der Hausärztinnen und Hausärzte eingebunden werden. Die DEGAM empfiehlt die Psychosomatische Grundversorgung als Absatz aufzunehmen.

Die DEGAM weist darauf hin, dass die hausärztliche Basistherapie im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung nicht berücksichtigt wird. Dabei verfolgen auch HÄ Therapieziele wie sie unter 1.5.2 für die Psychotherapie genannt werden. Dazu gehören u. a. Psychoedukation und Erarbeitung eines Störungsmodells, Identifikation relevanter Problembereiche und Ableitung von Therapiezielen, Verhaltensaktivierung, Alltagsstrukturierung, Steigerung positiver Erfahrung und Abbau von Belastungen.

Wie auch in einer Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung beschrieben, ist die Psychosomatische Grundversorgung ein wichtiger Baustein in der gestuften Versorgung [12].

1.5.5 Maßnahmen bei Suizidalität

Keine Stellungnahme.

1.5.6 Komorbidität

Die DEGAM empfiehlt die Bedeutung der Behandlung von Komorbiditäten im Beschlussentwurf hervorzuheben und weitere Komorbiditäten aufzunehmen.

Insbesondere sollte auf die Konstellationen, in denen Komorbiditäten auftreten, hingewiesen werden:

1. „Die Erkrankung bestehen unabhängig voneinander, ihr Zusammentreffen ist zufällig.
2. Die Depression geht der körperlichen Erkrankung zeitlich voraus, begünstigt oder verursacht diese.
3. Die Depression tritt zeitlich nach oder ursächlich infolge einer körperlichen Erkrankung auf.“ [13]

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Personen mit einer chronischen somatischen Erkrankung, wie z.B. Diabetes oder KHK, eine deutlich erhöhte Prävalenz von Depression auf. Depressive Störungen sind auch selbst ein Risikofaktor für diese Erkrankungen, so dass präventiv gehandelt werden sollte [14,15]. Besonders sei darauf verwiesen, dass 75% der erhöhten Sterblichkeit bei schweren psychischen Erkrankungen auf natürliche Todesursachen

in Folge körperlicher Erkrankungen zurückzuführen ist [16]. Die Prävention regelhaft auftretender somatischer Komorbiditäten ist nach Ansicht der DEGAM am besten umsetzbar, wenn der Hausarzt der koordinierende Arzt ist [17].

Im Entwurf werden aktuell als psychische Komorbiditäten (1.5.6.1) Angststörungen und Alkoholabhängigkeit aufgeführt. Als somatischen Komorbiditäten (1.5.6.2) werden Diabetes mellitus, Koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz und Tumorerkrankung thematisiert.

Die DEGAM empfiehlt weitere Komorbiditäten aufzunehmen, um der Bedeutung dieses Themas gerecht zu werden. Weitere relevante psychische Komorbiditäten sind u.a. Angst und Zwangserkrankungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und neurodegenerative Erkrankungen [18].

Weitere somatische Komorbiditäten sind u. a. Adipositas, Nikotinabusus, Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck, COPD, HIV, Hepatitis [16,19,20].

1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Keine Stellungnahme.

1.6. Verlaufskontrolle

Keine Stellungnahme.

1.7. Kooperation der Versorgungssektoren

1.7.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt

Fast alle DMP fokussieren auf den hausärztlichen Versorgungsbereich, da eine niederschwellige bevölkerungsnah langfristige und koordinierte Versorgung angestrebt wird. Insbesondere wegen der somatischen Komorbiditäten ergeben sich Überschneidungen mit anderen strukturierten Behandlungsprogrammen. Das DMP-Depression könnte gleichzeitig mit anderen DMP-Programmen durchgeführt werden. Gerade die Koordination - also das Zusammenführen, Beurteilen von Befunden und Behandlungen sowie Beachtung der Patientenperspektive in Hinblick auf Multimorbidität, Multimedikation und Komorbiditäten - sollte umfassend, niedrigschwellig und patientennah unter Einbeziehung des häuslichen familiären und sozialen Umfeldes erfolgen. Das gilt insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten und Heimbewohner [21].

Die DEGAM empfiehlt, dass die Langzeit-Betreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgt.

HÄ können auf Basis der kooperativen, lang angelegten Beziehung zur jeweiligen Patientin oder zum jeweiligen Patienten und ihres Kontakts zur Familie und dem nachbarschaftlichen Umfeld Psychoedukation und Motivation ihrer Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen bieten, Ressourcen orientiert intervenieren und Therapieziele fortlaufend und kooperativ erarbeiten [22]. Wenn die Koordination nicht durch HÄ erfolgt, könnte dies langfristig zu einer alleinigen Betreuung durch jeweilige spezialisierte Fachärzte führen. Dies hätte zur Folge, dass in einem gestuften Versorgungssystem die Informationen bei einer bestimmten Patientengruppe nicht länger auf primärärztlicher Ebene gebündelt werden. Gleichzeitig wird die Rücküberweisung der Patienten vom spezialisierten Facharzt zu HÄ unwahrscheinlich. Eine Person, die nicht länger einer spezialisierten Betreuung bedarf, sollte im Sinne einer optimalen Nutzung der systemischen Ressourcen, alleinig durch die koordinierenden HÄ betreut werden. Die Koordination durch die HÄ ist für eine bedarfsgerechte Patientensteuerung sowie umfassende Betreuung wichtig. Spezialisierte

Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten sollten entsprechend des Bedarfs zielgerichtet eingebunden werden.

Das DMP-Depression sollte die Rate der aktuell fehlbetreuten Patienten reduzieren, so werden ca. 14% der leichtgradigen Depressionen allein durch spezialisierte Fachärzte versorgt [23].

Die Koordination durch psychologische Psychotherapeuten sieht die DEGAM äußerst kritisch, denn das Erkennen und die Betreuung von somatischen Komorbiditäten (siehe 1.5.6) ist essentiell und erfordert ärztliche Expertise.

1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils spezialisierten Fachärztin oder Facharzt oder zur jeweils spezialisierten Einrichtung

Keine Stellungnahme.

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Keine Stellungnahme.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen

Die DEGAM spricht sich für die Aufnahme der Behandlung von leichten depressiven Episoden von kriteriengemäß langer Dauer bzw. Persistenz aus (siehe 1.2). Auch hier werden dann gemäß Qualitätskriterium 6 (Zahl der im PHQ-9 um mindestens 5 Punkte gebesserten Patientinnen und Patienten) Verbesserungen / Veränderungen erfasst.

3. Teilnahme Voraussetzung

Keine Stellungnahme.

4. Schulung

Die DKG, KBV und PatV fordern die obligate Aufnahme von digitalen ärztlich bzw. psychotherapeutisch begleiteten Selbstmanagement-Programmen bzw. Präsenzgruppenschulungen. Dies ist durch die „soll“-Formulierung umgesetzt (Jedem Patienten soll eine Schulung / digitales Selbstmanagement-Programm angeboten werden). Dementsprechend ist auch ein Qualitätsziel zu den Schulungen formuliert. Die GKV beschreibt Schulungen als keinen notwendigen Bestandteil im DMP-Depression und sieht diese nur als optionales Angebot vor. Dies ist durch die „kann“-Formulierung umgesetzt.

Die DEGAM spricht sich dafür aus, dass Patientinnen und Patienten Selbstmanagement-Programmen bzw. Präsenzgruppenschulungen angeboten werden sollen.

Schulungen sind ein Kernelement in den DMP. Für die Indikation Depression liegen umfassende Belege für die Wirksamkeit insbesondere digitaler Selbstmanagement-Programme vor. In internationalen Leitlinien wird der Einsatz dieser Programme empfohlen. Es existieren mehrere Metaanalysen zur Wirksamkeit. Digitale Selbstmanagement-Programme gehen mit einer signifikanten Verbesserung der Symptomatik einher insbesondere, wenn sie fachlich qualifiziert begleitet werden. In mehreren Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass begleitete Programme mit einer deutlich höheren Wirksamkeit und geringeren Abbrecherquote einhergehen als unbegleitete Programme. [24-26]

Viele Krankenkassen bieten jetzt schon digitale Selbstmanagement-Programme für Patienten mit Depression an. Teilweise werden diese ganz ohne ärztlich-psychotherapeutische

Begleitung durchgeführt oder begleitet im Sinne eines Call Center-Angebots, das heißt durch bei der Krankenkasse angestellte Leistungserbringer begleitet, ohne Kooperation zu dem behandelnden und koordinierenden Arzt. In der aktuellen Versorgungssituation ist nicht gewährleistet, dass Qualitätsstandards (z.B. nachgewiesene Wirksamkeit, qualifizierte Begleitung) für solche digitalen Selbstmanagement-Programme eingehalten werden und entsprechende evidenzbasierte Programme für alle Versicherten vorgehalten werden.

Psychoedukation könnte außerdem ähnlich dem „Counselling“, das in Großbritannien eingesetzt wird, im Rahmen eines DMP-Depression angeboten werden. Äquivalent zum DMP-Asthma oder DMP-Diabetes sind Patientenschulungen durch qualifizierte medizinische Fachangestellte denkbar [27,28]. Dies erscheint insbesondere in Anbetracht der aktuellen systemischen Ressourcen und damit verbundenen Wartezeiten und dem Hintergrund, dass in der stationären Versorgung in Deutschland Schulungen durch Angehörige von Gesundheitsfachberufen gut etabliert sind, sinnvoll.

Anlage 18

Keine Stellungnahme.

Literaturverzeichnis

1. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 2010;37:225-232
2. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG. Migration und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2006;49:873-883
<https://doi.org/10.1007/s00103-006-0021-9>
3. Petersen JJ, Hartig J, Paulitsch MA, et al. Classes of depression symptom trajectories in patients with major depression receiving a collaborative care intervention. *PLOS ONE* 2018;13:e0202245
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202245>
4. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:25-38
5. Melchior H, Schulz H, Härter M, Walker J, Ganninger M. Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2014
6. Meißner M. Morbi-RSA: Gerangel um „korrekte“ Codierung. *Dtsch Arztebl International* 2009;106:A-172
<https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=63170>
7. Schönfelder T, Balázs S, Klewer J. Kosten aufgrund von DRG-Upcoding durch die Einführung der Diagnosis Related Groups in Deutschland. *Heilberufe* 2009;61:77-81
<https://doi.org/10.1007/s00058-009-1516-1>
8. Berger M, van Calker D, Brakemeier E-L, Schramm E. Kapitel 11 - Affektive Störungen. In: Berger ed, *Psychische Erkrankungen (Fünfte Ausgabe)*. Munich: Urban & Fischer; 2015:413-498
9. Wittchen HU, Hofler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *International clinical psychopharmacology* 2001;16:121-135
10. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human psychopharmacology* 2002;17 Suppl 1:S1-11
11. Dickmann LM, Dickmann JR, Broocks A. DMP Depression? Die Hausarztperspektive. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2012;88:210-217
12. Heuft G, Freyberger HJ, Schepker R. Ärztliche Psychotherapie-Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin: Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten: Klett-Cotta; 2018
13. Lederbogen F. Körperliche Komorbidität. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz F-W eds, *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2006:257-276
14. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13:7-23
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21485743>
15. Hewer W. [How much general medical competency does a psychiatrist need?]. *Der Nervenarzt* 2005;76:349-360; quiz 361-342

16. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Dtsch Arztebl International 2019;116:405-411 <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=208120>
17. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. Patient education and counseling 2004;54:299-306
18. DGPPN B, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression;. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 <https://www.leitlinien.de/nvl/depression>
19. Oliván-Blázquez B, Montero-Marin J, García-Toro M, et al. Facilitators and barriers to modifying dietary and hygiene behaviours as adjuvant treatment in patients with depression in primary care: a qualitative study. BMC psychiatry 2018;18:205
20. Deuschle M, Schweiger U. Kapitel O2 - Depression, metabolisches Syndrom und kardiovaskuläre Erkrankungen. In: Berger ed, Psychische Erkrankungen (Fünfte Ausgabe). Munich: Urban & Fischer; 2015:6-17
21. Bahrs O, Henze K-H, Löwenstein F, et al. Review dialogues as an opportunity to develop a person-related overall diagnosis. International Journal of Person Centered Medicine 2015;5:112-119
22. Bahrs O. Der Bilanzierungsdialog–Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 2011;11:7-15
23. Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N. Versorgungs-Report 2013/2014: Schwerpunkt: Depression: Schattauer Verlag; 2014
24. Josephine K, Josefine L, Philipp D, David E, Harald B. Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2017;223:28-40 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717307255>
25. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. PLOS ONE 2010;5:e13196 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
26. Ebert DD, Daele TV, Nordgreen T, et al. Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. European Psychologist 2018;23:167-187 <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1016-9040/a000318>
27. Gensichen J, Jaeger C, Peitz M, et al. Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. The Annals of Family Medicine 2009;7:513-519
28. Gensichen J, Torge M, Peitz M, et al. Case management for the treatment of patients with major depression in general practices–rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial–PRoMPT (Primary care Monitoring for depressive Patient's Trial)[ISRCTN66386086]–Study protocol. BMC public health 2005;5:101



DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) zum Beschlussentwurf 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) sowie den Tragenden Gründen

Die DGPM begrüßt die Einrichtung eines DMP Depression. Die Depression ist eine Volkserkrankung, sie führt zu ausgeprägten Einschränkungen der Lebensqualität, insbesondere in der Verbindung mit chronisch körperlichen Erkrankungen zu erhöhen Mortalitätsraten und hat für die Betroffenen erhebliche sozialmedizinische Folgen. Die bestehenden DMP-Programme haben zu einer verbesserten Qualität der Versorgung bei chronischen körperlichen Erkrankungen beigetragen. Die Einrichtung des DMPs Depression verbindet sich mit der Erwartung, dass dieses strukturierte Behandlungsprogramm die Versorgung der Patienten mit Depressionen verbessert.

Zu einzelnen zwischen den Parteien strittigen Punkten nimmt die DGPM wie folgt Stellung:

Zu I

Zu 1.2 des Beschlussentwurfes: Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 des DMP-A-RL

Der Entwurf sieht vor, dass die in den anderen DMP obligat zu dokumentierenden Erkrankungen (KHK, Diabetes etc.) im DMP Depression nur fakultativ zu dokumentieren sind. Die DGPM spricht sich dafür aus, diese ebenfalls beim DMP Depression obligat zu dokumentieren.

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenschied Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenschied
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenschied.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72802, Fax: 08193 7225802
g.berberich@klinik-windach.de

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin

Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

Geschäftsstelle

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer

27/620/57425

Begründung:

Die Interaktion zwischen Depression und den chronischen körperlichen Erkrankungen beeinflusst sowohl die Lebensqualität der Patienten und die Prognose der Depression als auch der chronischen körperlichen Erkrankungen nachhaltig. Hierzu liegt eine Vielzahl von Studien vor. Eine obligate Dokumentation erhöht in der Diagnostik und Therapie die Aufmerksamkeit für diese klinisch bedeutsame Interaktion, die in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen ist. Daher ist der erhöhte Dokumentationsaufwand zu rechtfertigen.

Zu II**Zu 1.2 hinreichende Diagnostik**

Im Entwurf werden die Leistungserbringer definiert, die die Diagnose sichern sollen. Die DGPM spricht sich dafür aus, dass neben den spezialisierten ärztlichen Leistungserbringern auch die Hausärzte die Diagnose stellen können. Dabei sollte keine Einschränkung ausschließlich auf Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen.

Begründung:

Für einen großen Teil der Patienten mit psychischen Erkrankungen stellen die Hausärzte den primären Ansprechpartner im Gesundheitssystem dar. Nahezu 50 % der Bevölkerung wünschen sich bei der Erkrankung an einer Depression eine ausschließlich hausärztliche Versorgung. In der Regel überschaut der Hausarzt eine sehr lange Zeitspanne bei einem Patienten und kennt soziale Einflussfaktoren. Daher kann er bio-psycho-soziale Interaktionen über einen längeren Zeitraum beobachten.

Um einen möglichst niederschweligen Zugang zum Einschluss in das DMP Depression zu ermöglichen, sollten daher die Hausärzte mit als Leistungserbringer für die Diagnosesicherung und für die Einschreibung in das DMP vorgesehen werden. Eine entsprechende Schulung der teilnehmenden Ärzte, insbesondere der Hausärzte, ist vorgesehen. Diese sollte zielgruppenspezifisch erfolgen.

Bei diagnostischen Unsicherheiten sollte aber vorgesehen sein, dass ein entsprechend qualifizierter Facharzt hinzugezogen wird. Insgesamt ist Sorge zu tragen, dass die Versorgung in eine Kooperationsstruktur eingebunden ist.

Zu 1.4 Therapieplanung

Bei zahlreichen Patienten mit chronischen depressiven Störungen und mit psychosomatischen und somatopsychischen Beschwerden bedarf es zunächst vorbereitender Gespräche, um ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis und eine ausreichende psychotherapeutische Behandlungsmotivation aufzubauen. Gegebenenfalls ist der Einbezug von Angehörigen notwendig. Bei zahlreichen Patienten bedarf es daher zunächst psychotherapeutischer bzw. psychosomatisch-psychotherapeu-

tischer Gespräche, die weder der Richtlinienpsychotherapie zuzuordnen sind noch den psychoedukativen Programmen.

Daher sollte in den Text eingefügt werden: Zahlreiche Patienten weisen zunächst ein rein somatisches Krankheitsverständnis auf. Zu Beginn der Behandlung können daher zunächst Gespräche im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung oder psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Gespräche indiziert sein zum Aufbau des bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses und der Therapiemotivation.

Begründung:

Zahlreiche Patienten mit Depressionen sehen im Vordergrund ihre somatischen Beschwerden und vermuten eine somatische Genese. Um diese Patienten einschließen zu können, ist es notwendig, zunächst an der Errichtung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses zu arbeiten, damit diese Patienten ein adäquates Krankheitsverständnis und eine ausreichende Therapiemotivation aufbauen können.

Zu 1.5.2 Psychotherapie

Der DMP-Entwurf beschreibt, dass eine psychotherapeutische Behandlung eine zentrale therapeutische Maßnahme bei depressiven Störungen darstellt. Im Rahmen der Psychotherapierichtlinie des G-BA stehen neben der Sprechstunde sowie der Akuttherapie verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren zur Verfügung.

Bei den anzuwendenden Verfahren unterstützt die DGPM die Perspektive der Patientenvertreter in der Formulierung: „Es stehen gemäß den Psychotherapierichtlinien des G-BA (PT-RL) 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. Bei ambulanter Behandlung in Einrichtungen nach § 117 oder 118 SGB V (Hochschulambulanzen oder Psychiatrische Institutsambulanzen) können diese sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass in der Klammer auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 117 oder 118 SGB V aufzunehmen sind.“

Begründung:

Eine solche Formulierung ermöglicht es, im Rahmen von Hochschulambulanzen auch neue integrative Methoden und Verfahren in die Versorgung zu integrieren. Auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen können einen Beitrag zur innovativen sektorenübergreifenden Versorgung leisten, insbesondere bei Patienten mit komorbiden somatoformen Beschwerden bzw. chronischen körperlichen Erkrankungen.

Zu 1.6 Verlaufskontrolle

Der DMP-Entwurf sieht vor, als Standardinhalte der regelmäßigen Konsultation, unabhängig von der Art der therapeutischen Maßnahme:

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

Die Seite der Patientenvertretung führt einen weiteren Spiegelstrich ein mit der Einschätzung des somatischen Gesundheitszustands sowie möglicher Komorbiditäten. Wir unterstützen die Aufnahme dieses Inhalts in die Verlaufskontrolle.

Begründung:

Bei zahlreichen Patienten, die unter einer ausgeprägten und langanhaltenden Depression leiden, besteht eine ausgeprägte somatische Komorbidität. Die Interaktion zwischen der chronischen körperlichen Erkrankung (z.B. Diabetes, KHK) und der depressiven Symptomatik, dem Krankheitsverhalten und der Lebensqualität ist so ausgeprägt, dass zu einer validen Einschätzung des Krankheitsverlaufs es notwendig ist, diese psychosomatischen Interaktionen mit zu beobachten, um sie auch in die weitere Therapieplanung mit integrieren zu können. Eine ausschließliche Beachtung des psychosozialen Funktionsniveaus und psychosozialer Belastungsfaktoren wird der Bedeutung dieser somatischen Komorbiditäten nicht gerecht.

Zu 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren

Das DMP Depression sieht die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch über alle Sektoren und Einrichtungen hinweg sowie aller in der Versorgung Beteiligter vor. Dazu steht die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt im Austausch mit den anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Aufgabe der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist es, die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen einzubeziehen.

Bei der Definition des Koordinierenden spricht sich die DGPM für die Formulierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus: „Die Langzeitbetreuung der Patientin und des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Ärztin bzw. eines zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Arztes oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung

zugelassen und ermächtigt ist oder die nach § 137 f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.“

Begründung:

Um einen niederschweligen, bevölkerungsnahen und integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung der bestehenden auch somatischen Komorbiditäten und des familiären Umfelds zu gewährleisten, bedarf es der Koordination durch eine dazu qualifizierte Ärztin oder einen dazu qualifizierten Arzt.

In der Beurteilung des Verlaufs sowie in den sich daraus ergebenden koordinierenden Aufgaben sind neben den psychosozialen Faktoren auch biologische Faktoren mit zu berücksichtigen. Nur so ist eine bio-psycho-soziale Perspektive in der Beurteilung des Verlaufs möglich. Insbesondere bei der Interaktion mit den somatischen Komorbiditäten bedarf es hier auch einer ärztlichen Perspektive.

Eine Einengung der koordinierenden Funktion auf den hausärztlichen Bereich würde dazu führen, dass bei zahlreichen Patienten die Behandlerkontinuität nicht ausreichend gewährleistet wird und Patienten, die ihren primären Ansprechpartner in dem Facharzt sehen, zusätzlich ihren Hausarzt involvieren müssen. Es würden ansonsten die Arztgruppen ausgeschlossen, die eine spezifische Kompetenz für die Behandlung von Patienten mit chronischer Depression aufgebaut haben und die Wahlfreiheit des Patienten unnötig eingeschränkt. Insbesondere bei der Behandlung der Depression ist eine geschützte, vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung zentral für den Behandlungsverlauf.

Zu 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Das DMP sieht vor, eine stationäre Einweisung insbesondere für suizidale Patientinnen oder Patienten zu erwägen, insbesondere bei Vorliegen einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit. Darüber hinaus soll eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung immer dann erwogen werden, 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.

Die Indikation für eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung ergibt sich jedoch nicht nur aus dem Scheitern der langfristigen ambulanten Psychotherapie. Daher sollte Zeile 531-532 wie folgt verändert werden: Je nach Art, Schwere, Komplexität und Verlaufscharakteristik der Erkrankung kann eine psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung indiziert sein, insbesondere wenn vorrangig eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden soll.

Begründung:

Die Indikation für eine stationäre Behandlung ergibt sich auch aus der Art und Schwere der Störung (psychische und somatische Instabilität, Komplexität, interaktionale Symptomatik und Schweregrad), der Akuität der Störung (drohende körperliche oder psychische Dekompensation, drohende Eskalation interpersoneller Probleme), einer fehlenden Voraussetzung für ambulante Behandelbarkeit (Fixierung auf Organogenese, gravierende Somatisierungsneigung, Probleme der Selbstwahrnehmung, Zuverlässigkeit in der Therapiewahrnehmung, Notwendigkeit der Herausnahme aus dem pathogenen interpersonellen Beziehungsumfeld, fehlende Zielorientierung, das Erproben und Einüben neuer Verhaltensformen), dem Setzen von Grenzen im sozialen Umfeld (pathogene oder aufrechterhaltende familiäre, interpersonellen oder berufliche Konstellationen) sowie die Verfolgung von Zielen, die nur im Krankenhaus erreichbar sind (multiprofessionelle Diagnostik und Behandlung, multimodale Komplexbehandlungen, ständige fachärztliche Präsenz bei Krisen, kontinuierliche pflegerische Betreuung).

Um zu gewährleisten, dass diesen Patienten, die ambulant nicht ausreichend behandelt werden können, eine stationäre Behandlung angeboten wird, aber auch um Fehlzusweisungen zu vermeiden, sollte dieser Hinweis auf die Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung daher im Text aufgenommen werden.

Zu 4.2 Schulung der Versicherten

Das DMP sieht vor, digitale Medien zur Schulung der Versicherten über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme zu nutzen. Die DGPM spricht sich dafür aus, dass es sich dabei jedoch um evidenzbasierte Programme handeln muss, die ärztlich begleitet werden. Die DGPM unterstützt daher in dieser Position die KBV/DKG.

Begründung:

Von dem digitalen Selbstmanagementprogramm ist zu fordern, dass sie gut evaluiert und in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert sind. Mittlerweile sind eine Vielzahl von digitalen Anwendungen entwickelt worden. Im Rahmen des DMP sollte eine Auswahl der digitalen Anwendung erfolgen, um eine ausreichende Kontrolle über die Qualität der Programme zu erhalten.

Berlin, den 14. Juni 2019



Vorsitzender der DGPM

Stellungnahme

14. Juni 2019

Geschäftsstelle DGPPN e.V.
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression) und Tragende Gründe zum Beschlussentwurf

Allgemeine Bewertung

Laut der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1; Jacobi et al. 2016) beträgt die Lebenszeitprävalenz 16-20 %, die 12-Monats-Prävalenz für eine Major Depression liegt bei 7 %. Die DGPPN begrüßt daher grundsätzlich die Einrichtung eines Disease-Management-Programms (DMP) Depression.

Evaluationen bereits bestehender DMPs haben gezeigt, dass diese strukturierten Behandlungsprogramme einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf der eingeschriebenen Patienten haben. Die DGPPN verbindet mit der Einführung eines DMP Depression die Hoffnung, dass dies zu einer besseren Erkennungs- und Behandlungsrate von Depressionen führen wird. Es bleibt jedoch zu bedenken, dass die Diagnosestellung der Depression an sich, die Feststellung des Schweregrades einer Depression sowie die diagnostische Abgrenzung insbesondere zu einer bipolaren Störung, aber auch zu einer Anpassungsstörung, Belastungsstörung oder Angststörung eine Herausforderung darstellt, die einer einschlägigen Erfahrung der Ärztin/des Arztes voraussetzt. Insbesondere die Abgrenzung zur bipolaren Störung ist hierbei essentiell und würde zu einer anderen Behandlungsstrategie führen.

Zudem gibt es in der Symptomausgestaltung der Depression deutliche Geschlechtsunterschiede. Bereits jetzt bestehen deutliche Erkennungsdefizite bei Männern mit depressiven Erkrankungen. Die Diagnose der Depression nach ICD 10-Kriterien wird bei Frauen doppelt so häufig gestellt wie bei Männern (Jacobi et al. 2016), von Suiziden sind Männer mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen (Statistisches Bundesamt 2017).

Es wird auch befürchtet, dass das vorliegende DMP Depression die Erwartungen an eine notwendige Steuerung der Versorgung von Menschen mit Depression nicht erfüllt. An der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in der Regel verschiedene Berufsgruppen über die Sektorengrenzen hinweg beteiligt – niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten, Kliniken und der gemeindepsychiatrische Bereich. Insbesondere chronische und schwere Verläufe

VORSTAND

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Arno Deister
PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Dr. med. Iris Hauth
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Prof. Dr. med. Frank Jessen
Dr. med. Christian Kieser
Dr. med. Sabine Köhler

Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. med. Andreas Reif
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN
IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDE33XXX
VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER
DE251077969

einer depressiven Erkrankung benötigen ein gestuftes, koordiniertes und strukturiertes Vorgehen und die Möglichkeit auch ambulante Komplexleistungen zu erbringen. Aus Sicht der DGPPN stellt das DMP Depression hier eine erste Stufe der Koordination und Strukturierung dar.

Nach Indikationsstellung sollten die Interventionen zeitnah einsetzen und aufeinander abgestimmt und koordiniert erfolgen. Insbesondere im Hinblick auf drohende Chronifizierungen dieser Erkrankungen ist der Zeitaspekt wichtig. Beispielhaft ist koordinierte Versorgung mit dem Einsatz niedrigschwelliger Behandlungsangebote im durch den Innovationsfonds finanzierten NPPV-Projekt in Nordrhein umgesetzt.

Zudem gibt die DGPPN zu bedenken, dass aufgrund der Einschreibekriterien, die v. a. Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsphasen umfassen, die Zielgruppe bereits zu schwer erkrankt und damit überwiegend im fachärztlichen Sektor anzusiedeln ist; eine primär hausärztliche Versorgung dieser Patientengruppe führt möglicherweise zu einer weiteren Verschleppung einer dann indizierten eskalierten Therapie.

I. Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Zu 1.2 Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 der DMP- A-RL (Zeile 23)

Im Entwurf ist vorgesehen, bei anderen DMPs obligat zu dokumentierende Erkrankungen (KHK, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, etc.) im DMP Depression nur fakultativ zu dokumentieren. Die DGPPN spricht sich dafür aus, dass dies bei der DMP Depression ebenso obligat zu dokumentieren ist.

Begründung: Eine Dokumentation der somatischen Komorbiditäten wird zwar einen gewissen bürokratischen Aufwand bedeuten, das Vorliegen der genannten somatischen Komorbiditäten gemeinsam mit einer Depression ist aber für die Behandlung, den Verlauf und die Prognose beider Krankheitsarten von entscheidender Wichtigkeit und fördert damit eine leitliniengerechte Behandlung.

II. Anlagen 17 und 18

Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik (Zeile 63 ff.)

Einschreibevoraussetzung ist das Vorliegen einer mindestens mittel- bis schwergradigen unipolaren Depression mit persistierendem oder rezidivierendem Verlauf. Diese Position wird grundsätzlich unterstützt.

Begründung: Das Vorliegen einer leichten Depression sollte nicht Voraussetzung für die Einschreibung in das DMP Depression sein, da hier die Behandlungsempfehlung laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression zunächst in „*Watchful waiting*“ besteht (DGPPN 2015).

In Punkt c) werden die Leistungserbringer definiert, welche die Diagnosesicherung vornehmen. Die DGPPN unterstützt die Position, dass neben den spezialisierten Leistungserbringern hierzu auch die Hausärzte zählen. Hierbei sollte aus Sicht der DGPPN auch keine Beschränkung ausschließlich auf Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen. Eine Vernetzung der einschreibenden Hausärzte mit entsprechenden Fachärzten ist wünschenswert.

Begründung: Die meisten Patienten mit psychischen Erkrankungen befinden sich in der hausärztlichen Versorgung. Alle Hausärzte haben insofern täglich in ihrer Sprechstunde Berührungspunkte mit depressiven Menschen. Zudem sehen die Kriterien zur Teilnahme am DMP eine Schulung der Teilnehmer vor (siehe §4 Satz 1 und 2 DMP-A-RL). Außerdem soll der PHQ-9 zum Einsatz kommen. Insofern ist aus Sicht der DGPPN eine grundsätzliche Befähigung der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte für eine Diagnosestellung gegeben. Zudem wäre eine konsiliarische Überweisung z. B. zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vor der Einschreibung ggf. zur Diagnosesicherung nicht ausgeschlossen.

Zu 1.5.1.1. Therapiegrundsätze in Abhängigkeit von Schweregrad und Erkrankungsverlauf (Zeile 163 ff.)

In Zeile 196 des Beschlussentwurfs steht: „Bei pharmakotherapie-resistenter Depression sollte eine Psychotherapie angeboten werden.“

Bei pharmakotherapie-resistenter Depression empfiehlt die DGPPN zusätzlich das Angebot biologischer Therapieverfahren wie Lichttherapie, Schlafentzugstherapie und Neurostimulationsverfahren.

Begründung: Hierbei handelt es sich um Therapieverfahren, die laut der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression als Behandlungsalternativen bzw. Ergänzung empfohlen werden (DGPPN 2015).

Zu 1.5.2 Psychotherapie (Zeile 207 ff.)

Es stehen hier im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren zur Verfügung.

Die DGPPN weist darauf hin, dass Versicherte in der Regel insbesondere nach Erstdiagnose einer Depression psychotherapeutischer Interventionen bedürfen, die initial auf den Aufbau eines Krankheitsverständnisses, von Krankheitsakzeptanz, den Abbau von Schuldgefühlen und den Einbezug von Angehörigen in das Störungsverständnis zielen. Diese psychoedukativen und psychotherapeutischen Interventionen sollten generell erfolgen, um dann die Notwendigkeit einer Aufnahme einer Richtlinien-Psychotherapie zu prüfen. Zur Psychoedukation (für Betroffene und für Angehörige) stehen ebenfalls evaluierte Programme zur Verfügung.

Obwohl das DMP Depression nicht auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten direkt nach Erstdiagnose zielt, wäre es sinnvoll, im DMP Depression eine Abklärung vorzusehen, ob diese Maßnahmen bereits erfolgt sind, vom Patienten als ausreichend wahrgenommen wurden und/oder ob diese ggf. noch zu erfolgen haben. Dies erscheint insbesondere dann sinnvoll, wenn nach der Erstdiagnose keine weitere Behandlung oder nur eine kurze Behandlung erfolgt ist.

Analog der Empfehlung, dass bei pharmakotherapieresistenter Depression Psychotherapie angeboten werden sollte (Zeile 196), sollte im Abschnitt zur Psychotherapie formuliert werden, dass bei psychotherapieresistenter Depression Pharmakotherapie angeboten werden sollte.

Auch muss in den Psychotherapieartikel eine Analogformulierung eingefügt werden: *„Die Patientin oder der Patient soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen und die Behandlungsdauer informiert werden. Zudem ist über mögliche Folgen einer raschen Beendigung der Psychotherapie aufzuklären.“*

Zu 1.5.3 Medikamentöse Therapie (Zeile 255 ff.)

Die DGPPN lehnt die Position, wonach zur Behandlung mittelgradiger und schwerer Depression vorrangig SSRIs einzusetzen sind, entschieden ab.

Begründung: Dieser Vorschlag ist nicht konform mit den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, die SSRIs nicht als Firstline-Medikation vorsieht (DGPPN 2015). Es sollten in der Richtlinie keine medikamentösen Empfehlungen abgegeben werden, die mit Leitlinienempfehlungen nicht übereinstimmen. Der Patientenschutz wäre zudem in vielen Fällen mit einer Komorbidität nicht gewährleistet: So ist z. B. bei Patientinnen unter bestimmter anti-hormoneller Behandlung bei Brustkrebs, bei Patientinnen und Patienten unter Behandlung mit Blutgerinnungs-Medikamenten nach kardiovaskulären oder thromboembolischen Ereignissen, bei Patientinnen und Patienten, die auf ständige Schmerzmedikation mit Nicht-Opioid-Analgetika angewiesen sind, die gleichzeitige Anwendung von SSRIs kontraindiziert.

Die Ausgestaltung der individuellen Depressionssymptome sollte Leitfaden für die Wahl des Antidepressivums bleiben, um die Zielsymptome (z. B. gesteigerter oder verminderter Antrieb) passgenau behandeln zu können. SSRIs sind bei agitierten Depressionen mit gestörtem Schlaf nicht sinnvoll.

In Zeile 327 wird eine langfristige Rückfallprophylaxe bei Patienten, die eine medikamentöse Therapie in Anspruch nehmen, empfohlen. Aus Sicht der DGPPN ist bei allen Patienten, die in das DMP eingeschlossen werden, eine Rückfallprophylaxe indiziert, nicht nur bei medikamentös behandelten.

Zu 1.5.4 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen (Zeile 335 ff.)

In diesem Abschnitt werden weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen definiert, die neben Psychotherapie, medikamentöser Therapie, Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie zur Verfügung stehen. Es fehlen hierbei die biologischen Behandlungsverfahren, wie z. B. Lichttherapie, Schlafentzug- oder Neurostimulationstherapie. Biologische Behandlungsverfahren sollten daher unter 1.5.4 explizit aufgelistet werden.

Begründung: Bei biologischen Verfahren handelt es sich um evidenzbasierte und wirksame nicht-medikamentöse Verfahren, die neben psychotherapeutischen und medikamentösen Interventionen zu einer leitliniengerechten Behandlung der Depression gehören (DGPPN 2015).

Zusätzlich werden der Einbezug von psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege (pHKP), Soziotherapie und Ergotherapie in das Gesamtbehandlungskonzept empfohlen.

Zu 1.5.5. Maßnahmen bei Suizidalität (Zeile 346)

Suizidalität bzw. Suizid ist der folgenschwerste Outcome bei psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und Depressionen im Speziellen. Insofern ist die besondere Beachtung von suizidalen Gedanken und Handlungen in einem DMP von hoher Relevanz. Insgesamt schließt sich die DGPPN daher den ausführlicheren Ausführungen der PatV an, mit jedoch drei Kommentaren bzw. Ergänzungen:

- „Suizidalitätsfördernde Wirkung von Antidepressiva“: Die Position, dass Antidepressiva eine suizidalitätsfördernde Wirkung haben, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Allenfalls haben Antidepressive eine antriebssteigernde Wirkung, die dann zu einer erhöhten Umsetzungswahrscheinlichkeit von Suizidalität führt. Es ergeben sich allerdings hieraus Anforderungen an die Aufklärung der Patientinnen und Patienten und Anforderungen an die Frequenz der Arzt-Patienten-Kontakte in einer Eindosierungs- oder Umstellungsphase. Dies sollte präziser dargestellt werden.
- „Suizidale Symptomatik und Intoxikationen“: Hier ist unklar, was gemeint ist. In der Tat kommt es bei schweren Alkohol- oder Drogenintoxikation unter Umständen zu suizidalem Verhalten, die Intoxikation ist dann jedoch in aller Regel ohnehin die medizinische Leitsymptomatik.
- Es fehlen Hinweise auf die Möglichkeit bzw. sogar Verpflichtung, bei akuter Suizidalität und fehlender Steuerungsfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung eine Maßnahme gegen den Willen des Patienten, in der Regel nach PsychKHG der Länder, in die Wege zu leiten. Das Wissen hierüber ist im hausärztlichen Bereich nicht immer gegeben, sodass an dieser Stelle ein Hinweis geboten erscheint.

Zu 1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (Zeile 440 ff.)

An dieser Stelle fehlt ein Hinweis zur Augmentation mit Quetiapin, die zugelassen und leitliniengemäß ist.

Zudem fehlt der Hinweis auf die Notwendigkeit der Kontrolle von Nierenretentionswerten und Calcium bei der Lithiumtherapie.

Zu 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren (Zeile 481 ff.)

Die DGPPN lehnt die Position ab, dass Psychologische Psychotherapeuten die Gesamt-Koordination der in das DMP Depression eingeschlossenen Patientinnen und Patienten leisten sollen.

Begründung: Psychologische Psychotherapeuten verfügen nicht über die erforderlichen somatisch/medizinischen und medizinisch-pharmakologischen Kompetenzen und können damit wesentliche Aufgaben der Koordination nicht selbst ausüben, sondern allenfalls bei Vorliegen entsprechender Entscheidungskriterien den Einbezug der ärztlichen Ebene herbeiführen.

In Zeile 510ff. steht: *„Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ist die Notwendigkeit einer unmittelbaren Vorstellung bei einer entsprechend qualifizierten Fachärztin oder einem entsprechend qualifizierten Facharzt, einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, bei einer qualifizierten ambulanten Einrichtung oder eine unmittelbare Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung [PatV] zu veranlassen bzw. [GKV-SV, DKG, KBV] zu prüfen“.*

Aus Sicht der DGPPN ist hier unbedingt die Notwendigkeit einer **fachärztlichen** Vorstellung gegeben. Die Vorstellung bei Psychologischen Psychotherapeuten sollte gestrichen werden. Auch sprechen wir uns für die starke Formulierung „zu veranlassen“ aus.

Begründung: Nur Fachärzte können aufgrund ihrer Kompetenzen sämtliche eventuell gebotenen Behandlungsoptionen anbieten. Zudem ist aufgrund der fehlenden Teilnahme niedergelassener Psychologischer Psychotherapeuten und üblicherweise langer Wartezeiten die Vorstellung bei diesen nicht zielführend.

Zu 4.2 Schulungen der Versicherten (Zeile 573 ff.)

Die Nutzung von digitalen und telemedizinischen Anwendungen zur Schulung der Versicherten über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte sich dabei jedoch um evidenzbasierte Programme handeln und sie sollten ärztlich begleitet werden. Daher wird an dieser Stelle die Position der KBV unterstützt.

Begründung: Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von digitalen Anwendungen. Erste Einschätzungen sehen diese Anwendungen als Medizinprodukte an, die auch zum Teil auf Rezept verordnet werden können. Es ist wichtig, sich hier auf ein bis zwei Anwendungen, die stets ärztlich begleitet werden, zu beschränken. Die digitalen Selbstmanagement-Programme müssen deshalb strukturiert, evaluiert und in einschlägigen Fachzeitschriften oder -portalen publiziert sein. Zudem zeigen erste Evaluationen, dass diejenigen digitalen Anwendungen am erfolgreichsten wirken, die von der jeweils behandelnden Ärztin bzw. vom jeweils behandelnden Arzt persönlich begleitet werden.

Quellen:

DGPPN (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, 2015. Version 5. AWMF-Register-Nr.: nvl-005 (verfügbar unter: https://www.dgppn.de/Resources/Persis-tent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf)

Jacobi et al. (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Nervenarzt 87:88-90

Statistisches Bundesamt (2017). Todesursachen in Deutschland (verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachen-2120400157004.pdf;jsessionid=9B0EBB13F2C39C0134AD8FBD536294E2.internet711?__blob=publicationFile&v=5)

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
Präsident DGPPN
Reinhardtstr. 27b
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesident@dgppn.de



GwG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.
Bundesgeschäftsstelle Melatengürtel 125a-50825 Köln

An den Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

per E-Mail an dmp@g-ba.de, [REDACTED]

Referentin für
fachverbandliche Aufgaben

[REDACTED]
Durchwahl: 0221 925908- [REDACTED]
Fax: 0221- [REDACTED]

Sprechzeiten: Di 11-15 Uhr
[REDACTED]

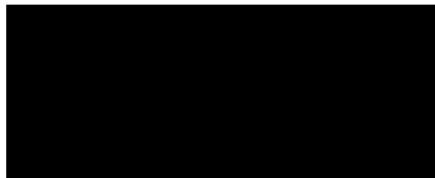
14. Juni 2019

**Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
(DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP
Depression) und der Anlage 18 (Depression - Dokumentation)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei senden wir Ihnen die Stellungnahme der GwG zu dem Beschlussentwurf über eine
Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie, Änderung Anlage 17 (DMP Depression).

Mit freundlichen Grüßen,



GwG
Gesellschaft für Personenzentrierte
Psychotherapie und Beratung e.V.

Melatengürtel 125 A
50825 Köln
Deutschland

Tel.: 0221 925908-0
Fax: 0221 925908-19
gwg@gwg-ev.org
www.gwg-ev.org

VORSTAND
1. Vorsitzende: Dr. Dagmar Nuding
2. Vorsitzende: Birgit Wiesemüller
Schriftführerin: Cathrin Germing
Schatzmeister: Thomas Esher
Weiteres Vorstandsmitglied: Lena Staudigl

BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER
Michael Barg

Amtsgericht Köln VR 7740

Sparkasse KölnBonn
IBAN: DE34 3705 0198 0020 8329 78
BIC: COLSDE 33

Postbank
IBAN: DE05 2001 0020 0352 6832 04
BIC: PBNKDEFF

USt.-Id. DE 122 661 846
Steuer-Nr. 217/5955/0935



Beschlusstentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression - Dokumentation): Stellungnahme der GwG zu Anlage 17

1.1 Definition von Depressionen

Zeile 47: „Bei der Krankheitsentstehung können somatische, psychogene sowie soziale und umweltbezogene Faktoren eine Rolle spielen.“

Statt „psychogene“: „**psychische**“

1.5.2 Psychotherapie, Zeile 207 ff.

Drei Formulierungen zur Psychotherapie, **die der DKG ist für die GwG vorzuziehen**. Die anderen Formulierungen benennen nur die Richtlinienverfahren. **Hier wäre für die GwG der Zusatz wünschenswert: „Auch für andere Verfahren liegen Wirksamkeitsnachweise aus klinischen Studien und RCTs vor, z.B. die Gesprächspsychotherapie (NVL Depression, AWMF 2015, Abschnitt 3.5.3.6, S. 106 ff., Tabelle 16, S. 109).**

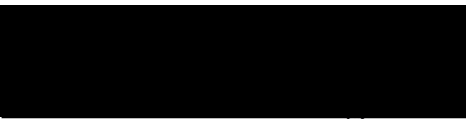
Absatz 1.5.5. Maßnahmen bzw. Krisenmanagement bei Suizidalität

Zu S. 13: „Tritt die suizidale Symptomatik insbesondere zu Beginn einer Therapie mit einem Antidepressivum auf, kann dies durch die antriebssteigernde Wirkung bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung bedingt sein.“ und „Überprüft werden soll die Möglichkeit des Vorliegens suizidalitätsfördernder Wirkungen von Antidepressiva, insbesondere bei SSRIs durch Antriebssteigerung bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung,..“:

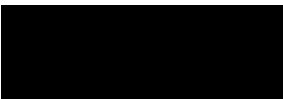
Dieser Mechanismus (suizidfördernde Wirkung durch Antriebssteigerung der Antidepressiva, die vor der stimmungsaufhellenden Wirkung eintritt) findet sich in älteren Lehrbüchern, beruht aber auf unsystematischen Erfahrungen und wurde nie in Studien nachgewiesen. In der NVL wird das Problem auf S. 166 ff ausführlich diskutiert und sehr differenziert dargestellt. Die GwG schlägt folgende Formulierung vor:

„Zu Beginn einer antidepressiven Behandlung kann es, vor allem bei jüngeren Patienten, zu einer vorübergehenden Zunahme der Suizidalität kommt. Deshalb sollte der Verlauf der Symptomatik während der Behandlung im Auge behalten werden.“

Mit freundlichen Grüßen,



Für den Vorstand



Für den Wissenschaftlichen Beirat



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der DMP-A-RL:

Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlagen 17 und 18 (DMP Depression) und Tragende Gründe zum Beschlussentwurf

Allgemeine Bewertung

Die DGPT begrüßt grundsätzlich die Einrichtung eines DMP Depression. Laut der aktuellen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) beträgt die Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz) 16-20%, die 12-Monats-Prävalenz für eine Major Depression liegt bei 7 %.

Evaluationen bereits bestehender DMPs haben gezeigt, dass diese strukturierten, koordinierten Behandlungsprogramme langfristig einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf der eingeschriebenen Patienten haben.

Die DGPT verbindet somit mit der Einführung eines DMP Depression die Hoffnung, dass dies zu einer besseren Erkennungs- und Behandlungsrate von Depressionen führen wird.

Es wird jedoch bemängelt, dass das vorliegende DMP Depression die Erwartungen an eine notwendige Koordinierung der Versorgung von Menschen mit Depression nicht erfüllt. An der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in der Regel verschiedene Berufsgruppen über die Sektorengrenzen hinweg beteiligt – niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten (d.h. ärztliche und psychologische Psychotherapeuten), Kliniken und der gemeindepsychiatrische Bereich. Oftmals kommt es aufgrund dieser komplexen Fragmentierung des Versorgungsnetzes zu Behandlungsum- und abbrüchen. Hier wäre eine klarere und koordinierte Vorgehensweise im DMP für die dort eingeschriebenen Patienten wünschenswert.

Insbesondere chronische und schwere Verläufe einer depressiven Erkrankung benötigen ein koordiniertes Vorgehen und die Möglichkeit auch ambulante Komplexleistungen zu erhalten. Aus Sicht der DGPT stellt das DMP Depression hier eine Möglichkeit der Koordination und Strukturierung dar. Nach Indikationsstellung sollten Interventionen zeitnah einsetzen und diese sollten aufeinander abgestimmt und koordiniert erfolgen. Insbesondere im Hinblick auf drohende Chronifizierungen dieser Erkrankungen ist der Zeitaspekt wichtig.

Zu I. Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungs-Richtlinie

1.2 des Beschlussentwurfs:

Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 der DMP- A-RL

Der Entwurf sieht vor, bei anderen DMPs obligat zu dokumentierende Erkrankungen (KHK, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, etc.) im DMP Depression nur fakultativ zu dokumentieren. Die DGPT spricht sich dafür aus, dass dies im DMP Depression ebenso obligat zu dokumentieren ist.

Begründung:

Eine Dokumentation der somatischen Komorbiditäten wird zwar einen gewissen bürokratischen Aufwand bedeuten, das Vorliegen von somatischen Komorbiditäten gemeinsam mit einer Depression ist aber für den Verlauf der Depression, die Behandlung und die Prognose beider Krankheitsarten von entscheidender Wichtigkeit und fördert damit eine leitliniengerechte Behandlung. Gerade die komorbiden Erkrankungen haben Einfluss auf die Identifizierung und auch auf den Verlauf einer depressiven Erkrankung. Im Zusammenhang mit therapeutischen (nicht nur pharmakologischen) Interventionen müssen somatische und andere psychische Erkrankungen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Zu II. Anlagen 17 und 18

Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik (Zeile 63 ff.)

Einschreibevoraussetzung ist das Vorliegen einer mindestens mittel- bis schwergradigen unipolaren Depression mit persistierendem oder rezidivierendem Verlauf. Diese Position wird seitens der DGPT grundsätzlich unterstützt.

Wir geben jedoch zu bedenken, dass auch das Vorliegen einer chronischen Depression bzw. Dysthymie einen hohen Leidensdruck verursacht und in vielen Fällen zur Aufhebung der Teilhabe führt. Wir bitten deshalb, zu prüfen, ob nicht auch die Dysthymie eine Einschreibevoraussetzung darstellen kann.

Das Vorliegen einer leichten Depression sollte wie vorgesehen nicht Voraussetzung für die Einschreibung in das DMP Depression sein, da hier die Behandlungsempfehlung auch laut Leitlinie zunächst in „Watchful waiting“ besteht.

In Punkt c) werden die Leistungserbringer definiert, welche die Diagnosesicherung vornehmen.

Die DGPT unterstützt die Position, dass neben den spezialisierten Leistungserbringern hierzu auch ausnahmsweise die Hausärzte zählen.

In diesem Fall jedoch ist für die Position des Koordinators dann auf jeden Fall ein P-Facharzt bzw. Psychologischer Psychotherapeut einzusetzen. Damit ist gewährleistet, dass der Patient in jedem Fall von einem Facharzt/PP gesehen wird.

Umgekehrt kann bei einem Vorlauf beim FA/PP die Koordination in der Folge durch einen Hausarzt übernommen werden.

Begründung:

Die meisten Patienten mit psychischen Erkrankungen befinden sich in der hausärztlichen Versorgung. Alle Hausärzte haben insofern täglich in ihrer Sprechstunde Berührungspunkte mit depressiven Menschen. Zudem sehen die Kriterien zur Teilnahme am DMP eine Schulung der teilnehmenden Ärzte bzw. Leistungserbringer vor (siehe §4 Satz 1 und 2 DMP-A-RL). Außerdem soll der PHQ-9 zum Einsatz kommen. Insofern ist aus Sicht der DGPT eine grundsätzliche Befähigung der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte für eine Diagnosestellung gegeben. Eine konsiliarische Überweisung z. B. zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vor der Einschreibung ggf. zur Diagnosesicherung wäre empfohlen, bzw. die weitere Koordination durch FA/PP (s.o.).

Es bleibt z.B. zu bedenken, dass die Diagnosestellung der Depression an sich, die Feststellung des Schweregrades einer Depression sowie die diagnostische Abgrenzung insbesondere zu einer bipolaren Störung (deren 12-Monats-Prävalenz liegt bei 2 %), aber auch zu einer Anpassungsstörung, Belastungsstörung oder Angststörung eine Herausforderung darstellt, die eine einschlägige Erfahrung der Ärztin/des Arztes voraussetzt. Insbesondere die Abgrenzung zur bipolaren Störung ist hierbei essentiell und würde zu einer komplett anderen Behandlungsstrategie führen.

Wünschenswert für die Sicherung der Qualität der Diagnosestellung und der umfassenden Behandlung ist also eine vernetzte Versorgungsstruktur der behandelnden Haus- und Fachärzte/PP.

Zu 1.5.2 Psychotherapie (Zeile 207 ff.)

Es stehen hier im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren zur Verfügung.

Die DGPT weist darauf hin, dass Versicherte in der Regel insbesondere nach Erstdiagnose einer Depression psychotherapeutischer Interventionen bedürfen, die initial auf den Aufbau eines Krankheitsverständnisses, von Krankheitsakzeptanz, den Abbau von Schuldgefühlen und den Einbezug von Angehörigen in das Störungsverständnis zielen. Diese psychotherapeutischen Interventionen sollten generell erfolgen, um dann die Notwendigkeit einer Aufnahme einer Richtlinien-Psychotherapie zu prüfen. Zur Psychoedukation (für Betroffene und für Angehörige) stehen ebenfalls evaluierte Programme zur Verfügung. Obwohl das DMP Depression nicht auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten direkt nach Erstdiagnose zielt, wäre es sinnvoll, im DMP Depression eine Abklärung vorzusehen, ob diese Maßnahmen bereits erfolgt sind, vom Patienten als ausreichend wahrgenommen wurden und/oder ob diese ggf. noch zu erfolgen haben. Dies erscheint insbesondere dann sinnvoll, wenn nach der Erstdiagnose keine weitere Behandlung oder nur eine kurze Behandlung erfolgt ist.

Analog der Empfehlung, dass bei pharmakotherapieresistenter Depression Psychotherapie angeboten werden sollte (Zeile 196), muss im Abschnitt zur Psychotherapie formuliert werden, dass bei psychotherapieresistenter Depression Pharmakotherapie angeboten werden sollte.

Auch muss in den Psychotherapieartikel eine Analogformulierung eingefügt werden: *„Die Patientin oder der Patient soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, Wirklatenz, mögliche Nebenwirkungen und die Behandlungsdauer informiert werden. Zudem ist über mögliche Folgen einer raschen Beendigung der Psychotherapie aufzuklären.“*

Zu 1.5.3 Medikamentöse Therapie (Zeile 255 ff.)

Die DGPT lehnt die Position, wonach zur Behandlung mittelgradiger und schwerer Depression vorrangig SSRIs einzusetzen sind, entschieden ab.

Begründung:

Dieser Vorschlag ist nicht konform mit den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, die SSRIs nicht als Firstline-Medikation vorsieht. Es sollten in der Richtlinie keine medikamentösen Empfehlungen abgegeben werden, die mit Leitlinienempfehlungen nicht übereinstimmen.

Zudem wäre der Patientenschutz in vielen Fällen mit einer Komorbidität nicht gewährleistet. So ist z. B. bei Patientinnen unter bestimmter anti-hormoneller Krebsbehandlung bei Brustkrebs, bei Patientinnen und Patienten unter Behandlung mit Blutgerinnungs-Medikamenten nach kardiovaskulären oder thromboembolischen Ereignissen, bei Patientinnen und Patienten, die auf ständige Schmerzmedikation mit Nicht-Opioid-Analgetika angewiesen sind, die gleichzeitige Anwendung von SSRIs kontraindiziert.

Die Ausgestaltung der individuellen Depressionssymptome sollte Leitfaden für die Wahl des Antidepressivums bleiben, um die Zielsymptome (z. B. gesteigerter oder verminderter Antrieb) passgenau behandeln zu können. SSRIs sind z. B. bei agitierten Depressionen mit gestörtem Schlaf nicht sinnvoll.

In Zeile 327 wird eine langfristige Rückfallprophylaxe bei Patientinnen und Patienten, die eine medikamentöse Therapie in Anspruch nehmen, empfohlen. Aus Sicht der DGPT ist bei allen Patientinnen und Patienten, die in das DMP eingeschlossen werden, eine Rückfallprophylaxe indiziert, nicht nur bei medikamentös behandelten Patientinnen und Patienten.

Ergänzt werden muss weiterhin die Augmentation durch Quetiapin, wie es in der NVL beschrieben ist.

Zu 1.5.5. Maßnahmen bei Suizidalität (Zeile 346)

Suizidalität bzw. Suizid ist der folgenschwerste Outcome bei psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und Depressionen im Speziellen. Insofern ist die besondere Beachtung von suizidalen Gedanken und Handlungen in einem DMP von hoher Relevanz. Insgesamt schließt sich die DGPT daher den ausführlicheren Ausführungen der PatV an, mit jedoch drei Kommentaren bzw. Ergänzungen:

- „Suizidalitätsfördernde Wirkung von Antidepressiva“: Die Position, dass Antidepressiva eine suizidalitätsfördernde Wirkung haben, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Allenfalls haben manche Antidepressiva eine antriebssteigernde Wirkung, die dann zu einer erhöhten Umsetzungswahrscheinlichkeit von Suizidalität führt. Dies sollte präziser dargestellt werden.

Zudem stellt diese Tatsache der möglichen Antriebssteigerung vor Eintritt einer antidepressiven Wirkung eine Grundlage des ärztlichen Wissens über antidepressive medikamentöse Behandlung dar, ähnlich wie es z. B. eine Grundlage ärztlichen Wissens ist, dass eine Erstbehandlung mit blutdrucksenkenden Mitteln eine Sturz- und Synkopen-Gefahr mit sich bringen kann. Hieraus grundsätzlich eine Ablehnung der Behandlung mit Antidepressiva abzuleiten erscheint nicht sachgerecht. Es ergeben sich allerdings hieraus Anforderungen an die Aufklärung der Patientinnen und Patienten und Anforderungen an die Frequenz der Arzt-Patienten-Kontakte in einer Eindosierungs- oder Umstellungsphase.

- „Suizidale Symptomatik und Intoxikationen“: Hier ist unklar, was gemeint ist. In der Tat kommt es bei schweren Alkohol- oder Drogenintoxikation unter Umständen zu suizidalem Verhalten, die Intoxikation ist dann jedoch in aller Regel ohnehin die medizinische Leitsymptomatik.

- Es fehlen Hinweise auf die Möglichkeit bzw. sogar Verpflichtung, bei akuter Suizidalität und fehlender Steuerungsfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung eine Maßnahme gegen den Willen des Patienten, in der Regel nach PsychKHG der Länder, in die Wege zu leiten. Das Wissen hierüber ist im hausärztlichen Bereich nicht immer gegeben, sodass an dieser Stelle ein Hinweis geboten erscheint.

Zu 1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (Zeile 440 ff.)

An dieser Stelle fehlt ein Hinweis zur Augmentation mit Quetiapin, die zugelassen und leitliniengemäß ist.

Zudem fehlt der Hinweis auf die Notwendigkeit der Kontrolle von Nierenretentionswerten und Calcium bei der Lithiumtherapie.

Zudem fehlt der Hinweis auf die Therapieoption der Augmentation mit Schilddrüsenhormonen bei therapierefraktärer bzw. chronifizierender Verlaufsformen der Depression.

Zu 1.7: Kooperation der Versorgungssektoren

Die DGPT befürwortet, dass neben Fachärzten und Hausärzten auch Psychologische Psychotherapeuten die Gesamt-Koordination der in das DMP Depression eingeschlossenen Patientinnen und Patienten leisten.

Zu 4.2 Schulungen der Versicherten

Die Nutzung von digitalen Anwendungen zur Schulung der Versicherten über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte sich dabei jedoch um evidenzbasierte Programme handeln und sie sollten ärztlich begleitet werden. Daher wird an dieser Stelle die Position der KBV/DKG unterstützt.

Begründung:

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von digitalen Anwendungen, die auf dem Markt sind. Zwischenzeitliche Einschätzungen sehen diese Anwendungen als Medizinprodukte an, die künftig zum Teil auf Rezept verordnet werden sollen. Es ist wichtig, sich hier auf ein bis zwei Anwendungen, die stets ärztlich begleitet werden, zu beschränken, um eine Übersicht und Kontrolle der eingesetzten digitalen Anwendungen zu behalten.

Die digitalen Selbstmanagement-Programme müssen deshalb strukturiert, evaluiert und in einschlägigen Fachzeitschriften oder -portalen publiziert sein.

Zudem zeigen erste Evaluationen, dass diejenigen digitalen Anwendungen am erfolgreichsten bei Patientinnen und Patienten wirken, die von der jeweils behandelnden Ärztin bzw. vom jeweils behandelnden Arzt persönlich begleitet werden.

Berlin, 25.06.2019

Der Geschäftsführende Vorstand

**Auswertung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie**

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik	21. Mai 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)	22. Mai 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG)	4. Juni 2019	Stellungnahme
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	6. Juni 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)	11. Juni 2019	Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	11. Juni 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)	12. Juni 2019	Stellungnahme
Bundesversicherungsamt (BVA)	13. Juni 2019	Stellungnahme
Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V.	13. Juni 2019	Stellungnahme
Deutscher Heilbäderverband e.V.	14. Juni 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. GwG	14. Juni 2019	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	14. Juni 2019	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	14. Juni 2019	Stellungnahme
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	14. Juni 2019	Stellungnahme

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesärztekammer (BÄK)	14. Juni 2019	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	14. Juni 2019	Stellungnahme
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V.	14. Juni 2019	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in vier Arbeitsgruppen-Sitzung am 18. Juni 2019, 25. Juni 2019, 2. Juli 2019 und 3. Juli 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 10. Juli 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG), 04.06.2019		
1.1	Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG) /	Die Abschnitte 1.5.7 und 1.6.2 müssen aus unserer Sicht überarbeitet werden. Die Gründe sind im Folgenden erläutert:	Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	04.06.2019	<p>1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation</p> <p>Medikamentenmanagement (oder besser Medikationsmanagement) ist definitionsgemäß ein interprofessioneller Vorgang, daher entsprechen die Wortwahl und der dargestellte arztzentrierte Ansatz nicht dem Stand der Wissenschaft.</p> <p>Medikationsmanagement sollte vorrangig durch einen Apotheker koordiniert durchgeführt werden. Der Nutzen von Medikationsanalysen koordiniert durch Pharmazeuten wurde in vielen Studien gezeigt^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}. Im Gegensatz zum betreuenden Arzt hat die Apotheke Informationen zu den tatsächlich beim Patienten vorhanden Arzneimittel einschließlich der Selbstmedikation vorliegen. Medikationslisten und -daten in der Arztpraxis sind in aller Regel nicht vollständig, wie eine kürzlich veröffentlichte Studie gezeigt hat¹⁰.</p> <p>Dagegen konnte für eine Medikationsanalyse durch den koordinierenden Arzt in der PRIMUM-Studie kein ausreichend positiver Effekt gezeigt werden¹¹. (Haus)-Ärzten fehlen oft Kenntnisse über Arzneimittel, die sie selbst</p>	<p>Im Rahmen des Berufsrechtes haben Apothekerinnen und Apotheker eine Aufklärungs- und Beratungspflicht bei der Abgabe von Medikamenten.</p> <p>Ein Medikamentenmanagement ist jedoch eine originäre ärztliche Aufgabe und daher auch im DMP so vorgesehen. Entscheidend ist dabei der enge Zusammenhang zur Indikationsstellung, dem Befund und dem Erkrankungsverlauf.</p> <p>Wie sich aus dem Leitgedanken des § 31a SGB V ergibt, soll ein Medikamentenmanagement grundsätzlich vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ausgehen. Aus einer Zusammenschau der Vorschriften des § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V sowie § 20 Abs. 1a Apothekenbetriebsordnung wird deutlich, dass die Beratung und Aufklärung des Apothekers grundsätzlich unter dem Vorbehalt erfolgt, dass die Therapiehoheit des Arztes oder der Ärztin nicht beeinträchtigt wird. Daher soll im Rahmen von DMP regelhaft der Arzt als Leistungserbringer auch mit Blick auf die Koordinierungsfunktion herangezogen werden.</p> <p>Dessen ungeachtet ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit wichtig und wünschenswert.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>nicht häufig verschreiben.</p> <p>Idealerweise erfolgt das Medikationsmanagement interdisziplinär mit dem Apotheker als Koordinator der Arzneimitteltherapie in Absprache mit allen beteiligten Ärzten. Bei einer strukturierten Analyse werden nicht nur Interaktionen und Indikationen überprüft, sondern auch Adhärenz, welche nur mit den in der Apotheke vorhandenen Daten sinnvoll zu überprüfen ist. Weitere Aspekte sind die richtige Anwendung und Einnahmezeitpunkte sowie die Bewertung der Verordnung der korrekten und sinnvollen galenischen Formulierung eines Medikaments und Hinweise zur richtigen Aufbewahrung. Das notwendige Wissen zur Beratung hierzu liegt nur in der Apotheke vor. Für das Vorgehen hierzu gibt es eine Leitlinie der Bundesapothekerkammer (Leitlinie Medikationsanalyse. https://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Medikationsanalyse/LL_MedAnalyse.pdf. Stand 29.11.2017), in der 13 Items aufgeführt sind, die der Apotheker während der Medikationsanalyse zu prüfen hat. Pharmaziestudierende erhalten bereits im Studium Kenntnisse zur Durchführung der Medikationsanalysen vermittelt. Bei Medizinern fehlen in der Regel fundierte Kenntnisse über Wechselwirkungen von Arzneimitteln. Dieses</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Wissen ist aber für die Medikationsanalyse essentiell. Apotheker werden im Medikationsmanagement in verschiedenen Programmen der Apothekerkammern ausgebildet. Beispielhaft soll das Apo-AMTS-Projekt der Apothekerkammer Westfalen-Lippe erwähnt werden, in dem bereits etwa ein Viertel aller Apotheken im Kammerbezirk in der Durchführung von Medikationsanalysen geschult wurden¹². Der Nutzen des Verfahrens wurde kürzlich in Zusammenarbeit mit der AOK Nordwest gezeigt. Ähnliche Programme zum Medikationsmanagement durch Apotheken wie ARMIN oder ATHINA sind in anderen Bundesländern ebenfalls etabliert¹³.</p> <p>In vielen anderen Ländern ist die Medikationsanalyse deshalb als wichtiger Bestandteil des Medikationsmanagements durch den Apotheker eine vergütete Leistung. Zwei kürzlich erschienene Publikationen zeigen gerade bei psychiatrischen Patienten, dass eine intensive Betreuung durch Apotheker zu einer Reduktion von Arzneimittel bezogenen Problemen und zu einer deutlichen Verbesserung der Adhärenz führen. In diesen klinischen Studien wurden hauptsächlich depressive Patienten eingeschlossen, die in einer psychiatrischen Klinik in Deutschland intensiv von Pharmazeuten betreut wurden^{14,15}. Es konnten hier z.B. Probleme wie unerwünschte Wirkungen, falsche</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Einnahmezeitpunkte oder fehlende Kontrollen, z.B. die Überwachung der QT-Zeit unter der Therapie mit verschiedenen Antidepressiva verbessert werden.</p> <p>Es ist befremdlich, wenn in der DMP-A-RL eine Maßnahme (Medikationsmanagement durch den Arzt) empfohlen wird, deren Nutzen nicht belegt ist und es gleichzeitig klinische Studien gibt, die gerade bei der Indikation Depression einen positiven Nutzen des Medikationsmanagements durch den Apotheker nachweisen. Gleichzeitig wird in dem Dokument ignoriert, dass die diverse Studien, eine Meta-Analyse und ein systematisches Review belegt haben, dass Medikationsanalysen koordiniert durch den Apotheken für die Patienten von Nutzen sind^{16,17}.</p> <p>¹ Köberlein-Neu J. et. al. Interprofessional Medication Management in Patients With Multiple Morbidities. Dtsch Arztebl Int. 2016 Nov 4; 13(44):741-748</p> <p>² Cooper JA. et. al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. BMJ Open 2015 Dec 9;5(12):e009235</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>³ Rose O. et.al. Effect evaluation of an interprofessional medication therapy management approach for multimorbid patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial in community care (West-Gem- Study). BMC Fam Prac. 2015 Jul 22;16:84</p> <p>⁴ Hui RI. et.al. Impact of a Medicare MTM program: evaluating clinical and economic outcomes. Am J Manag Care. 2014;20(2):e43-e51</p> <p>⁵ Isetts BJ. et.al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. J Am Pharm Assoc. 2008;48(2):203-211</p> <p>⁶ Doucette WR et.al. Comprehensive medication therapy management: identifying and resolving drug-related issues in a community pharmacy. Clin Therapeut. 2005;27(7):1104-1111</p> <p>⁷ Spinewine A. et.al. Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized controlled trial. J am. Geriatr Soc. 2007;55(5):658-665</p> <p>⁸ Seidling HM. et.al. Medication review in German community pharmacies- Post-hoc analysis of documented drug-related problems and subsequent interventions in the ATHINA-project. Res Social Adm Pharm. 2017 Nov;13(6):1127-1134</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>⁹ Schulz M. et.al. Pharmacy-based interdisciplinary intervention for patients with chronic heart failure: results of the PHAR-CHF randomized controlled trial. Eur J Heart Fail. 2019 May 25. Doi: 10.1002/ejhf. 1503</p> <p>¹⁰ Rose O. et.al. Discrepancies between home medication and patient documentation in primary care. Res Social Adm Pharm 2018 Apr; 14(4):340-346</p> <p>¹¹ Muth C. et. al. Effectiveness of a complex intervention on Prioritising Multimедication in Multimorbidity (PRIMUM) in primary care: results of a pragmatic cluster randomized controlled trial. MBJ Open 2018 Feb 24;8(2):e017744</p> <p>¹² Waltering I, Schwalbe O, Hempel G. J Eval Clin Pract. 2015; 21: 886-92. Discrepancies on Medication Plans detected in German Community Pharmacies.</p> <p>¹³ Seidling HM, Send AFJ, Bittmann J, Renner K, Dewald B, Lange D, Bruckner T, Haefeli WE. Medication review in German community pharmacies - Post-hoc analysis of documented drug-related problems and subsequent interventions in the ATHINA-project. Res Social Adm Pharm. 2017 ;13:1127-1134.</p> <p>¹⁴ Wolf C, Pauly A, Mayr A, Grömer T, Lenz B, Kornhuber J, Friedland K. Pharmacist-Led Medication Reviews to Identify and Collaboratively</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Resolve Drug-Related Problems in Psychiatry - A Controlled, Clinical Trial. PLoS One. 2015 Nov 6;10(11):e0142011.</p> <p>¹⁵ Pauly A, Wolf C, Mayr A, Lenz B, Kornhuber J, Friedland K. Effect of a Multi-Dimensional and Inter-Sectoral Intervention on the Adherence of Psychiatric Patients. PLoS One. 2015 Oct 5;10(10):e0139302.</p> <p>¹⁶ Visawanathan M. et.al. Medication therapy management interventions in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2015;175(1):76-87</p> <p>¹⁷ Cooper JA. et. al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. BMJ Open 2015 Dec 9;5(12):e009235</p>	
1.2	Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG) / 04.06.2019	<p>1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung</p> <p>Im Rahmen der Verlaufskontrolle der antidepressiven Therapie sollte ein therapeutisches Drug Monitoring (TDM) bei bestimmten Patienten durchgeführt werden. Die Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) hat in ihrer Konsensus Guideline von 2017 dargestellt, dass für Citalopram, die tricyclischen Antidepressiva und viele andere antidepressiv wirksame</p>	Eine detaillierte Darstellung der Empfehlungen zum TDM bei einzelnen Wirkstoffen oder Wirkstoffklassen übersteigt den Detaillierungsgrad dieses DMP. Vergleichsweise werden ebenfalls keine differenzierten Aussagen oder Empfehlungen zu einzelnen psychotherapeutischen Verfahren, bei Vorliegen differenzierter Empfehlungen in internationalen Leitlinien, getroffen.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Substanzen der Nutzen des TDM belegt ist¹⁸. Bei Nichtansprechen auf die Therapie kann mittels TDM die Adhärenz überprüft werden. Durch TDM können auch Wechselwirkungen besser beurteilt werden. Auch bei Verdacht auf genetische Polymorphismen in den Genen für die P450-Enzyme ist TDM eine preiswerte Alternative zur Genotypisierung. Daher sollten insbesondere bei Patienten mit Poly-medikation, bei Patienten mit schweren unerwünschten Wirkungen, bei multimorbiden Patienten, bei älteren Patienten und Patienten mit eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion die Konzentrationen der Antidepressiva kontrolliert werden.</p> <p>In diesen Patientengruppen leistet TDM einen sehr wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und es daher unverständlich, wenn in der DMP-ARL das TDM nicht empfohlen wird, obwohl Studien den Nutzen belegt haben und wissenschaftliche Fachgesellschaften das TDM empfehlen.</p> <p>Die Angaben zur Kontrolle der Nierenfunktion und die Erläuterungen im Begleitdokument („Tragende Gründe“) sind korrekturbedürftig. Die Kontrolle des Serumkreatinins einmal im Jahr ist bei älteren, multimorbiden Patienten nicht ausreichend. Die Kontrolle sollte mindestens halbjährlich, besser alle drei Monate, erfolgen. Dies wird auch</p>	<p>Dies schließt nicht aus, dass bei individuellem Erfordernis weitere Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden.</p> <p>Hinzu kommt, dass die genannte Leitlinie entsprechend der Methoden des IQWiG als nicht evidenzbasiert eingestuft würde und damit auch in einer Aktualisierung der Leitliniensynopse unberücksichtigt bliebe.</p> <p>Die allgemeine Formulierung beinhaltet eine Mindestfrequenz der Kontrolle der Nierenfunktion. Dies schließt nicht aus, dass individuell häufigere Kontrollen erforderlich sein und durchgeführt werden können.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>in der Leitlinie Multimedikation des Hausärzteverbands gefordert. Die MDRD-Formel ist besonders bei älteren Frauen ungenau¹⁹. Die Benutzung der Formel von Cockcroft Gault sollte empfohlen werden, weil sich die meisten Fachinformationen zur Dosisanpassung auf die eGFR nach Cockcroft Gault beziehen. In der Formel nach Cockcroft Gault sollte man zur Verbesserung der Genauigkeit das ideale Körpergewicht statt das tatsächliche Körpergewicht einsetzen²⁰.</p> <p>Das Dokument ignoriert außerdem das sehr relevante Problem, dass nur die Formel nach Cockcroft-Gault ein Ergebnis in ml/min liefert. Angaben zur Dosisanpassung beziehen sich immer auf die GFR in ml/min. Die MDRD und viele andere Näherungsformel liefern ein Ergebnis in ml/min/1,73m². Vielen Anwendern ist der Unterschied nicht klar. Zur Umrechnung der Einheiten benötigt man die aktuelle Körperoberfläche, die häufig nicht vorhanden ist. Daher ist die Verwendung von der Formel nach Cockcroft Gault zu bevorzugen.</p>	<p>Der G-BA ist sich des Problems bewusst, dass in Fachinformationen häufig die Formel von Cockcroft Gault Verwendung findet, wenngleich sie, wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, mit Ungenauigkeiten behaftet ist. Daher wird in den Tragenden Gründen auf die MDRD verwiesen.</p> <p>Analog zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 wurde zusätzlich in den Tragenden Gründen ausgeführt, dass die CKD-EPI-Formel eingesetzt werden kann.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>¹⁸ Hiemke et al. Consensus Guideline for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017- Pharmacopsychatry 2018; 51: 9-62</p> <p>¹⁹ Chudek J. et al. Clinical factors increasing discrepancies of renal function assessment with MDRD and Cockcroft-Gault equations in old individuals. Eur Geriatr Med 2018;9(5):713-720</p> <p>²⁰ Drenth-van Maanen AC et. al. Renal function assessment in older adults. Br J Clin Pharmacol 2013 Oct;76(4):616-23</p>	
2	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) / 11.06.2019		
2.1	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) / 11.06.2019	<p>Anmerkung:</p> <p>Sozialmedizinische Fragestellungen haben im Kontext psychischer Erkrankungen zunehmende Bedeutung. So sind psychische Störungen der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente. 2018 wurden 38% der EM-Renten aufgrund einer psychischen Störung (ohne Abhängigkeitserkrankungen) gewährt. Die depressiven Erkrankungen (F30-F39) nahmen mit 20% aller bewilligten EM-Renten den größten Anteil ein. Ein sehr geringer Anteil der Versicherten (6%) kehrt aus einer EM-Rente wieder ins Erwerbsleben zurück. Bei 45.4% der Versicherten denen wegen einer</p>	Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>psychischen Erkrankung eine Erwerbsminderungsrente bewilligt wurde, ist zuvor keine Rehabilitation erfolgt. Eine Rehabilitation kann durch ihren bio- psycho-sozial geprägten und multimodalen Ansatz Beeinträchtigungen der Teilhabe erfolgreich beseitigen. Durch den Erhalt der Teilhabe wiederum kann eine Abwärtsspirale vermieden werden. Die Veranlassung einer psychosomatisch- psychotherapeutischen Rehabilitation erfolgt jedoch häufig zu spät. Ein Drittel der Rehabilitand*innen war bereits länger als ein halbes Jahr vor der Rehabilitation arbeitsunfähig erkrankt. Zu diesem Zeitpunkt ist die psychische Störung häufig chronifiziert, was die Erfolgsaussichten der Rehabilitation verringert.</p> <p>Vor diesem Hintergrund sollte die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation als wichtiges Element im Behandlungsprozess grundsätzlich und deutlicher in dem Behandlungsprogramm „Depressive Störung“ hervorgehoben werden.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung zu: 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung Ab Zeile 538 wird folgende Änderung vorgeschlagen</p>	<p>Der G-BA hat auf der Grundlage dieser Stellungnahme den Beschlussentwurf unter Nummer 1.7.4 angepasst.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung sozialmedizinischer Fragestellungen im Kontext psychischer Erkrankungen, ist in jedem Behandlungsverlauf zu prüfen, ob eine Patientin oder ein Patient von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei drohender Chronifizierung der Depression mit erheblicher Gefahr des unmittelbaren Ausscheidens aus dem Erwerbsleben - bei durch die Depression und ihre Begleiterkrankungen bedrohter Teilhabe, d.h. unter anderem Gefährdung der <ul style="list-style-type: none"> o psychischen Integrität (z.B. Anpassungsfähigkeit, Planungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit) o sozialen Integration o wirtschaftlichen Eigenständigkeit o selbstbestimmten Lebensführung 	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Literaturverzeichnis: Nebe A, Falk J, Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen DRV 2014, Update2018 Widera T, Brüggemann S, Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung (1/2014) Reha-Bericht 2018 der Deutschen Rentenversicherung Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung (Recherche am 24.05.2019)	
3	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) / 12. Juni 2019		
3.1	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) / 12. Juni 2019	Wir begrüßen ausdrücklich den Verweis auf „den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die depressive Symptomatik“ (Kap. 1. 5. 4: Zeile 342 – 344). Allerdings halten wir die daraus folgenden Umsetzungsempfehlungen für absolut unzureichend angesichts der unten dargestellten Evidenzlage. Auch in nationalen und internationalen Leitlinien findet körperliche Aktivität und Bewegung weitaus mehr Beachtung, als es in den vorgeschlagenen Ausführungen	Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme. Konkrete Formulierungen zu Änderungen enthält die Stellungnahme nicht. Gleichwohl enthält die Stellungnahme konkrete Hinweise, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>zum DMP zum Tragen kommt.</p> <p>Schon allein der Hinweis auf „patientenseitige Präferenzen“ (Zeile 345) ist vor dem Hintergrund der depressionsspezifischen Symptomatik der Verhaltenseinschränkungen keinesfalls angemessen.</p> <p>Die geringe Beachtung der therapeutischen Potenziale widerspricht auch der Praxis der inzwischen weit verbreiteten und gut etablierten Bewegungstherapie in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung (vgl. dazu Hölter 2013).</p> <p>Ein kurzes Beispiel zur konkreten Umsetzung am Max Planck Institut für Psychiatrie im München findet sich unter https://www.psych.mpg.de/833809/bewegung.</p> <p>Zur Evidenzlage</p> <p>1. Studien zur verringerten körperliche Aktivität von Menschen mit Depressionen</p> <p>Epidemiologische Daten zeigen einen einheitlichen Zusammenhang von verringerter körperlicher Aktivität und einem höheren Ausmaß an Depressivität sowohl in klinischen als</p>	<p>Neben den Empfehlungen zu körperlicher Aktivität und Sport der vom IQWiG bewerteten Leitlinien, insbesondere der NVL (2015) wurden auch die aktuellen Meta-Analysen zur Frage der Wirksamkeit von körperlicher Aktivität und Sport bei Depression einbezogen. Diese zeigen moderate bis starke Effekte auf die depressive Symptomatik. Daher wurde eine explizite Empfehlung aufgenommen.</p> <p>Der G-BA sieht jedoch keine hinreichende Evidenz für konkrete Empfehlungen zur Art der körperlichen Aktivität oder sportlichen Betätigung und kann dementsprechend keine spezifische Empfehlung ableiten.</p> <p>Die missverständliche Formulierung zur patientenseitigen Präferenz wurde entsprechend geändert.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>auch in nichtklinischen Stichproben. Eine umfassende Metaanalyse (Schuch et al. 2017) auf der Basis von nahezu 3000 Patienten erbrachte folgende Zusammenhänge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • People with MDD are less physically active compared to matched controls. • People with MDD engage in higher levels of sedentary behavior versus controls. • Approximately two thirds of people with MDD do not meet physical activity recommendations <p>Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt die globale Übersicht von Vamcampfort et al. (2017, S. 308): “People with severe mental illness were significantly less likely than matched healthy controls to meet physical activity guidelines.” Erschwerend kommt hinzu, dass sich auch signifikant höhere Sitzzeiten finden, die die gesundheitliche Risikokonstellation deutlich erhöhen.</p> <p>So zeigen auch prospektive Kohortenstudien eine relevante protektive Wirkung der körperlichen Aktivität “against the emergence of depression“ in allen Altersgruppen (Schuch et al. 2018).</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Umgekehrt zeigt sich bei Querschnittsuntersuchungen in „gesunden“ Populationen eine signifikante Senkung der Depressivität durch körperliche Aktivität: “These findings represent a comprehensive body of high-quality evidence that physical activity reduces depression and anxiety in non-clinical populations.” (Rebar et al. 2015,S. 366).</p> <p>Zu vergleichbaren Ergebnisse für Jugendliche kommt die Übersichtsarbeit von vom McMahon 2017)</p> <p>2. Einzelstudien, Reviews und Metaanalysen</p> <p>Die ersten Untersuchungen zu den therapeutischen Chancen durch körperlichen Aktivität bei depressiven Patienten wurden vor mehr als 50 Jahren durchgeführt (vgl. als Übersicht Huber 1990). Dabei standen zunächst Ausdauerbelastung (“Jogging against Depression”) im Vordergrund. Dieser noch sehr monothematische Ansatz hat sich inzwischen zu einem komplexen biopsychosozialen Interventionsansatz entwickelt (vgl. dazu Hölter 2013, Huber, Broocks & Meyer 2007).</p> <p>Trotzdem fokussieren verschiedene Studien vor allem die somatischen Effekte der Bewegungstherapie wie z. B. die ver-</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>besserte Immunfunktion, die Reduktion des inflammatorischen Stress (Boettger et al. 2010, Vancampfort et al. 2016) sowie die kardiovaskuläre Leistungsfähigkeit. Depressions-spezifische Ausdauerinterventionen von 12- 16 Wochen Dauer verbesserten dabei mit einer mittleren Effektstärke (0 ,68) die relevanten maximal Sauerstoffaufnahme (Kvam et al. 2016). Eine Zusammenfassung von vier Metaanalysen Knapen et al. 2016, 1490 kommt zu dem Schluss: "For mild to moderate depression, the effect of exercise may be comparable with antidepressant medication and psychotherapy; for severe depression, exercise seems to be a valuable complementary therapy to the traditional treatments. Exercise therapy also improves physical health, body image, patient's coping strategies with stress, quality of life, and independence in activities of daily living in older adults."</p> <p>Inzwischen erfolgt Evaluation der Bewegungstherapie mehr aus einen multidisziplinären Perspektive. Eine kognitionspsychologische Arbeit kommt zu dem Ergebnis:</p> <p>„...individually customized PA, for at least 30 minutes, preferably performed under supervision and with a frequency of at least three times per week is recommended when treating MDD." (Nyström et al. 2015, 341).</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Aus dem Jahr 2013 stammt ein Cochrane Review (Cooney et al., 2013) welches feststellt, dass die Stimmungsaufhellung abhängig von der Dauer der Intervention ist und dass ein Mischung von Kraft und Ausdauertraining effektiver als Ausdauertraining allein ist. Die Studien insgesamt sind von methodisch sehr unterschiedlicher Qualität und haben insgesamt einen moderaten klinischen Effekt. Die Metaanalyse von Josefsson et al. bestätigt diese Effekte mit einem mittleren Evidenzgrad.</p> <p>Es liegen inzwischen auch zahlreiche Studien zu den postulierten Wirkmechanismen vor (vgl. dazu als kurze Übersicht Pedersen und Saltin 2015). Dabei werden verschiedene neurophysiologischen Prozesse, psychotherapeutische und soziale Wirkungen vermutet, wobei das Zusammenspiel dieser Mechanismen die besondere Wirkung der Bewegungstherapie ausmacht.</p> <p>Auch aktuelle Analysen beschäftigen sich mit den neurophysiologischen Grundlagen der depressionsspezifischen Bewegungstherapie (Park et al. 2018):</p> <p>“Exercise is considered as one of the therapeutic options. in many major treatment guidelines for depression In terms of</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>the underlying neurobiological mechanisms, it has been suggested that the antidepressive effects of exercise can be explained by the increased hippocampal volume associated with an increased level of brain-derived neurotrophic factor (BDNF). However, there have been no significant effects of exercise on cognitive functions in depression. Exercise has been used based on substantial evidence in the context of its therapeutic efficacy in depression. In personalized medicine, various potential mediators for the relationship between exercise and depressive symptoms should be controlled. “</p> <p>Im Jahr 2016 erschien eine elaborierte Metaanalyse, die aus den Befunden die folgende Heuristiken ableitet (Kvam et al. 2016, 85):</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Physical exercise is an effective treatment for unipolar depression. • Exercise compares favorably to no intervention and usual care for depression. • Exercise is comparable to psychotherapy and antidepressants for depression. • Exercise could be a viable adjunct and augmentation to antidepressants for depression. 	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> Exercise may serve as an alternative to established treatments and waiting list.” <p>Weiter dazu eine weitere aktuelle Metaanalysen (Schuch et al. 2018, 648):</p> <p>“We advocate that exercise be considered as a routine component of the management of depression in older adults. For MDD, consistent evidence indicated that PA can improve depressive symptoms versus control conditions, with effects comparable to those of antidepressants and psychotherapy. ”</p> <p>Auch für die epidemiologisch bedeutsame Depression im höheren Lebensalter liegen Evaluationen zur Bewegungstherapie vor: “Adding exercise to antidepressant drug treatment may offer significant advantages over affective symptoms of depression, rather than somatic symptoms or other dimensions of depression. Improvements were driven by changes of depressed mood and psychomotor retardation. (Murri et al.2018).</p> <p>3. Leitlinien</p> <p>Einen Brückenschlag von Einzeluntersuchungen zu Leitlinien unternimmt die Studie von Ranjbar et al. (2015, 6), in dem</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Empfehlungen für das “Management der Depression entwickelt werden: “Recent evidence has emerged on characteristics of effective exercise programs and those patients with depression that will most benefit from the exercise programs.”</p> <p>Im Jahr 2016 formulierten die kanadischen Leitlinien (Ravindran, A. V. et al. 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder) eine sehr ausführlich und gut begründete Forderung nach der notwendigen Integration der Bewegung in die Depressionstherapie: “In summary, there is Level 1 Evidence for exercise in treating MDD. It is recommended as first-line monotherapy for mild to moderate MDD and as second-line adjunctive treatment for moderate to severe MDD, based on the lack of long-term data and feasibility issues. ”</p> <p>Die deutschen Leitlinien sind zuletzt 2015 erneuert worden, gelten noch bis 2020 und stützen sich u. a. auf die oben dargestellten Studien. In der Kurzfassung der Leitlinien wird eine klare Empfehlung formuliert:</p> <p>„Patienten mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollte die Durchführung eines strukturierten und supervidierten körperlichen Trainings</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>empfohlen werden.“ (https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf)</p> <p>Dies wird in der Langfassung sehr ausführlich begründet „Zusammenfassend liegen eine größere Anzahl von RCTs und mehrere Metaanalysen zur Effektivität von körperlichem Training bei Depressionen vor. Diese legen einen moderaten Effekt der körperlichen Aktivitäten nahe. (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdfS. 126)</p> <p>Noch mehr Beachtung findet die Bewegungstherapie in den S 3 Leitlinien zur psychosozialen Therapie (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen DOI 10.1007/978-3-642-30270-1 Springer Medizin Berlin Heidelberg 2013) die eine sehr differenzierte Darstellung der unterschiedlichen Methoden liefert (S. 128 -148)</p> <p>WHO. Depression. 2012 (fact sheet, nr. 369)</p> <p>Eine ausführliches Position Statement der European Psychiatric Association (EPA) (Stubbs et al. 2018, 144) auf der Basis einer Metaanalyse kommt zu dem Resume “....consistent</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>evidence indicated that PA can improve depressive symptoms versus control conditions, with effects comparable to those of antidepressants and psychotherapy.</p> <p>Umgekehrt betonen nahezu alle nationalen und internationalen Empfehlungen und Leitlinien zur Bewegungsförderung die antidepressiven Effekte eines angemessenen Bewegungsverhaltens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/ • Global recommendations on physical activity for health www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/ • Global strategy on diet, physical activity and health www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf • WHO/Europe website on physical activity www.euro.who.int/physical-activity 	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> Physical activity strategy 2016–2025 www.euro.who.int/en/physical-activity-strategy-europe <p>Literatur</p> <p>Boettger, S., Muller, H.J., Oswald, K., et al., 2010. Inflammatory changes upon a single maximal exercise test in depressed patients and healthy controls. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry 34 (3), 475–478.</p> <p>Cleland, C., Ferguson, S., Ellis, G., & Hunter, R. F. (2018). Validity of the International Physical Activity Questionnaire (I-PAQ) for assessing moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviour of older adults in the United Kingdom. BMC medical research methodology, 18(1), 176.</p> <p>Cooney, GM, Dwan, K, Greig, CA, Lawlor, DA, Rimer, J, Waugh, FR, McMurdo, M, Mead, GE. Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev 2013: 9: CD004366</p> <p>Huber, G. (1990). Sport und Depression. Ein bewegungstherapeutisches Modell. Frankfurt a. M.: Verlag Harri Deutsch.</p> <p>Huber, G., Broocks, A. & Meyer, T. (2008). Bewegung und seelische Gesundheit. Psychotherapie im Dialog, 4 (9), 357 –</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>364 .</p> <p>Josefsson, T, Lindwall, M, Archer, T. (2014) Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. Scand J Med Sci Sports 2014; 24: 259–272.</p> <p>Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. Disability and rehabilitation, 37(16), 1490-1495.</p> <p>Kvam, S., Kleppe, C.L., Nordhus, I.H., Hovland, A., 2016. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. J. Affect. Disord. 202, 67–86.</p> <p>McMahon, E. M., Corcoran, P., O'Regan, G., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V., ... & Balazs, J. (2017). Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. European child & adolescent psychiatry, 26(1), 111-122.</p> <p>Murri, M. B., Ekkekakis, P., Menchetti, M., Neviani, F., Trevisani, F., Tedeschi, S., ... & Squatrito, S. (2018). Physical exercise for late-life depression: Effects on symptom dimensions and time course. Journal of affective disorders, 230,</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>65-70.</p> <p>Nyström, M. B., Neely, G., Hassmen, P., & Carlbring, P. (2015). Treating major depression with physical activity: a systematic overview with recommendations. <i>Cognitive behaviour therapy</i>, 44(4), 341-352.</p> <p>Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. <i>Scandinavian journal of medicine & science in sports</i>, 25, 1-72.</p> <p>Ranjbar, E., Memari, A. H., Hafizi, S., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F. S., & Eshghi, M. A. (2015). Depression and exercise: a clinical review and management guideline. <i>Asian journal of sports medicine</i>, 6(2).</p> <p>Ravindran, A. V., Balneaves, L. G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R. L., ... & MacQueen, G. M. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. <i>The Canadian Journal of Psychiatry</i>, 61(9), 576-587.</p> <p>Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. <i>Health psychology review</i>, 9(3), 366-378.</p> <p>Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. <i>Scandinavian journal of medicine & science in sports</i>, 25, 1-72.</p> <p>Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., ... & Fleck, M. P. (2018). Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 175(7), 631-648.</p> <p>Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B., Veronese, N., ... & Stubbs, B. (2016). Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. <i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i>, 38(3), 247-254.</p> <p>Schuch, F., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T., ... & Stubbs, B. (2017). Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of affective</i></p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>disorders, 210, 139-150.</p> <p>Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., ... & Schmitt, A. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). <i>European Psychiatry</i>, 54, 124-144.</p> <p>Vancampfort, D., Correll, C.U., Galling, B., et al., 2016. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. <i>World Psychiatry</i> 15 (2), 166–174.</p> <p>Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., ... & Carvalho, A. F. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. <i>World Psychiatry</i>, 16(3), 308-315.</p>	
4.	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019		

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
4.1	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019	<p>Allgemein: Frage der aktiven Teilnahme, § 2a Abs.1 Buchstabe j DMP-A-RL: Fehlen von zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen</p> <p>Bei mittleren und schweren Depressionen kann es zu lange andauernden Krankenhausaufenthalten kommen. Im Rahmen dieser Indikation kann es daher verstärkt dazu kommen, dass sich der Versicherte bei dem koordinierenden Arzt nicht zu einem Folgetermin vorstellt und der Versicherte daher aus dem Programm ausgeschrieben wird, obwohl eine Behandlung stattfindet. Es ist zu überlegen, ob Regelungen ergänzt werden sollten, die stationäre Einrichtungen, die selber nicht koordinieren, verpflichten die für die Dokumentation notwendigen Daten an den koordinierenden Arzt weiterzugeben.</p>	<p>Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme.</p> <p>Wenn im Einzelfall Krankenhausaufenthalte mit einer Dauer von mehr als zwei Dokumentationsintervallen vorkommen (dies gilt auch für andere DMP-Indikationen), besteht die Möglichkeit der direkten Wiedereinschreibung.</p> <p>Zudem ist es nicht möglich, über den G-BA vertraglich nicht in DMP eingebundene Leistungserbringer oder Einrichtungen zur Übermittlung von Daten an den koordinierenden Arzt zu verpflichten.</p>
4.2	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019	<p>1. Die Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie, Randziffer 23:</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Fußnote 5) „Dieser Dokumentationsparameter ist im DMP Depression optional auszufüllen.“</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Hinsichtlich Fußnote zu lfd. Nrn. 13 bis 16: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Dokumentationsparameter 17 kann aus Sicht der KBV, DKG und PatV dann erfasst werden, wenn die benannten Begleiterkrankungen im individuellen Fall relevant erscheinen. Die im Dokumentationsparameter 17 genannten Erkrankungen sind</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>B) Stellungnahme</p> <p>Die Fußnote sollte sich nur auf die lfd. Nrn. 13 bis 16 beziehen. Die Begleiterkrankungen (Nr. 17) sollten erfasst werden, da dieser Parameter für die Therapie der Depression bzw. für die Feststellung einer Multimorbidität hilfreich ist.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Entsprechende Anpassung der der Fußnote 5.</p>	<p>nur zum Teil für die Depression relevante Begleiterkrankungen und sollten aus diesem Grund nicht alle bei jeder Dokumentation verpflichtend erfasst werden.</p> <p>Die in Dokumentationsparameter 17 genannten Erkrankungen dienen insbesondere der Darstellung von Qualitätszielen in den DMP KHK, Diabetes mellitus Typ 2 und COPD. Eine Übertragung der verpflichtenden Angabe auf andere DMP-Indikationen, in denen, wie im vorliegenden DMP Depression, diese Angaben nicht benötigt werden, ist aus Gründen der Datensparsamkeit nicht sinnvoll.</p> <p>Eine obligate Erfassung und Weiterleitung dieser personenbezogenen medizinischen Parameter, die für die Indikation Depression nicht direkt relevant sind, sondern nur zum Zwecke von Versicherteninformationen durch die Krankenkasse genutzt werden, erscheint auch aus Gründen der Datensparsamkeit nicht angemessen.</p> <p>GKV-SV: Hinsichtlich Fußnote zu lfd. Nr. 17 Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Zu den Parametern 13 bis 16 wird darauf hingewiesen, dass</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			mit einer nur optionalen Erhebung dieser Parameter den Krankenkassen die Möglichkeit der kassenseitigen, auf die Versicherten ausgerichteten Qualitätssicherung genommen würde, welche nicht Bestandteil dieser Beschlussfassung ist.
4.3	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019	<p>2. Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik, Randziffer 69, 88 ff.</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Voraussetzungen für die Einschreibung in das DMP Depression sind:</p> <p>.....</p> <p>c) die Diagnosesicherung einschließlich psychischer und somatischer Differenzialdiagnostik auf der Grundlage einer somatischen, biographischen, sozialen Anamnese und des psychopathologischen Befundes sowie der körperlichen Untersuchung einschließlich des neurologischen Status durch für diesen Bereich qualifizierte Leistungserbringer.</p> <p>B) Stellungnahme</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Die angesprochene psychische und somatische Differenzialdiagnostik kann nur - wie auch beschrieben – durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen. Da einige der zur Einschreibung berechtigten Leistungserbringer diese Qualifikation nicht vollumfänglich erfüllen, aufgrund der Dauer der bereits bestehenden Symptomatik aber von einer erfolgten Diagnostik auszugehen ist, sollte analog zur Regelung bei der Indikation Rückenschmerz eine Verpflichtung aufgenommen werden, Vorbefunde zu berücksichtigen.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Ergänzung: Bei der Einschreibung sind die Befunde der vorangehenden Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapien und Verlauf insbesondere der letzten 12 Monate einzubeziehen.</p>	<p>Dem Vorschlag wurde unter Nummer 1.2 in modifizierte Form gefolgt. Der vorgeschlagene zeitliche Rahmen wurde nicht übernommen, da hierfür insbesondere beim episodenhaften Verlauf dieser Erkrankung die Grundlage für eine konkrete Festlegung fehlt.</p>
4.4	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019	<p>3. Nummer 1.4 Therapieplanung, Randziffer 128</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Wird der Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen zur</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Unterstützung als sinnvoll erachtet, sollen diese evidenzbasiert sein.</p> <p>B) Stellungnahme Vor der Einschreibung ist eine schriftliche Information der Patienten obligat erforderlich. Zur Klarstellung sollte deshalb eine Abgrenzung zur Patienteninformation im Rahmen des Einschreibeprozesses erfolgen.</p> <p>C) Änderungsvorschlag Wird der Einsatz von schriftlichen Patienteninformationen im weiteren Verlauf der Teilnahme zur Unterstützung als sinnvoll erachtet, sollen diese evidenzbasiert sein.</p>	<p>Die beschriebene Differenzierung sollte auf den Absender, der die Patienteninformation kommuniziert, fokussieren und nicht auf den Zeitpunkt zu dem die Patienteninformation erfolgt. Die Information zur Teilnahme erfolgt direkt durch die Krankenkassen. Im Beschlussentwurf wird nur die Aufklärung und Information durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt geregelt.</p> <p>Zur Klarstellung wurde eine Ergänzung unter Nummer 1.4 vorgenommen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
4.5	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019	<p>4. Nummer 1.5.2 Psychotherapie, Randziffer 207 ff.</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Eine psychotherapeutische Behandlung stellt eine zentrale therapeutische Maßnahme bei depressiven Störungen dar.</p> <p>PatV</p> <p>Bei ambulanter Behandlung in Einrichtungen nach § 117 oder § 118 SGB V (Hochschulambulanzen oder Psychiatrische Institutsambulanzen) können diese sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Die Psychotherapie-Richtlinien definieren abschließend, welche psychotherapeutischen Verfahren in der ambulanten Versorgung zu Lasten der GKV zur Anwendung kommen dürfen.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p>	<p>PatV: Dem Vorschlag wurde unter Nummer 1.5.2 in modifizierter Form gefolgt.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Die Formulierung „sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren“ sollte gestrichen werden.</p> <p>DKG</p> <p>...Dazu gehören insbesondere die Verhaltenstherapie, die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologische fundierte und analytische Psychotherapie) und die systemische Therapie sowie die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Von den aus der NVL übernommenen Psychotherapieverfahren ist nur ein Teil für die ambulante Versorgung zugelassen. Die übrigen Verfahren sind entweder zu streichen, oder es ist durch geeignete Formulierungen klarzustellen, dass die weiteren Verfahren der stationären Versorgung vorbehalten sind. Diese Klarstellung ist im Richtlinientext selbst vorzunehmen.</p>	<p>DKG: Der Text wurde dahingehend angepasst, dass abhängig vom Ort der Leistungserbringung verschiedene Therapieverfahren Einsatz finden können. Die explizite Aufführung von Psychotherapieverfahren ist leitlinienkonform, aber nicht abschließend; die Formulierung umfasst für die vertragsärztliche Versorgung die PT-Richtlinienverfahren und weist zudem auf die Möglichkeit hin, dass bei Behandlung durch Krankenhäuser diese und weitere Verfahren zur Anwendung kommen können.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>C) Änderungsvorschlag:</p> <p>Es stehen gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (PT-RL) verschiedene psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung, die als Einzel-, oder Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- oder Gruppentherapie im Umfang einer Akut-, Kurzzeit- oder Langzeittherapie Einsatz finden können. Bei stationärer Behandlung können diese ebenfalls sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen.</p>	
4.6	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019	<p>5. Nummer 1.5.4 weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen, Randziffer 345 ff.</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Bei therapieresistenten und schweren depressiven Störungen kann eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) nach sorgfältiger Abwägung in Frage kommen.</p> <p>Die Indikationsstellung soll durch eine dafür qualifizierte Fachärztin oder einen dafür qualifizierten Facharzt erfolgen.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>B) Stellungnahme</p> <p>In Satz 2 hält es das Bundesversicherungsamt für geboten, die Indikationsstellung <u>verpflichtend</u> durch eine dafür qualifizierte Fachärztin oder einen dafür qualifizierten Facharzt stellen zu lassen. Eine Sollvorschrift ist unzureichend. Darüber hinaus ist zu regeln, wer befugt ist, eine EKT durchzuführen.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Die Indikationsstellung und Durchführung einer EKT <u>muss</u> durch eine dafür qualifizierte Fachärztin oder einen dafür qualifizierten Facharzt erfolgen.</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Aufgrund dieser Stellungnahme wurde eine Anpassung des Beschlussentwurfes unter Nummer 1.5.4 vorgenommen.</p> <p>Die EKT ist keine Leistung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Eine Beregelung der Leistungen und Qualifikationsanforderungen im stationären Bereich ist nicht Gegenstand des Regelungsrahmens der DMP-A-RL.</p>
4.7	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019	<p>6. Nummer 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren, Randziffer 491</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>KBV, PatV</p> <p>Die Langzeitbetreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>oder durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte <u>Leistungserbringerin beziehungsweise einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Leistungserbringer</u> oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach §137 Absatz 7 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnimmt.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>In der Neuregelung ist im Text eine Unterscheidung getroffen zwischen dem Hausarzt und den übrigen qualifizierten Leistungserbringern, bei der Aufzählung der qualifizierten Ärzte (Bindestrichaufzählung) sind die Hausärzte hingegen unter den qualifizierten Leistungserbringern aufgezählt. Mit der Neuformulierung werden beide Textteile aneinander angeglichen.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Die Langzeitbetreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag wurde insofern berücksichtigt, als dass in den Tragenden Gründen eine explizite Differenzierung in qualifizierte und spezialisierte Leistungserbringer vorgenommen wurde (siehe auch lfd. Nr. 7.1).</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><u>oder durch eine andere zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Leistungserbringerin beziehungsweise einen anderen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Leistungserbringer oder eine qualifizierte Einrichtung.</u></p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung KBV, PatV Die qualifizierten Leistungserbringer sind die folgenden: -Psychologische Psychotherapeuten</p> <p>B) Stellungnahme Eine Definition der zur Langzeitbetreuung und Dokumentation qualifizierten Leistungserbringer wird grundsätzlich begrüßt, allerdings werden Psychologische Psychotherapeuten, die eine wesentliche Rolle bei der psychotherapeutischen Betreuung der Patienten haben, als nicht geeignet für die Koordination angesehen. Wesentliche Säulen der Behandlung sind gemäß Ziffer 1.5.1 Psychotherapie, medikamentöse</p>	<p>KBV, PatV: Die Langzeitbetreuung und Dokumentation im DMP hat nicht zur Voraussetzung, dass alle wesentlichen therapeutischen Maßnahmen von dem koordinierenden Leistungserbringer selbst durchgeführt oder modifiziert werden können. Andere in diesem DMP vorgesehenen koordinierende Ärztinnen und Ärzte können keine Psychotherapie</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Therapie sowie eine Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie. Psychologische Psychotherapeuten dürfen aber weder Medikamente verordnen noch können sie Wirkungen und Nebenwirkungen derselben einordnen. Sie können keine Überweisung zu weiteren qualifizierten Leistungserbringern veranlassen und keine Krankschreibungen vornehmen.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Die Psychologischen Psychotherapeuten sollten in der Aufzählung der zur Langzeitbetreuung und Dokumentation qualifizierten Leistungserbringer gestrichen werden.</p>	<p>durchführen (z.B. Hausärzte ohne Zusatzbezeichnung Psychotherapie), sodass auch andere Leistungserbringer nicht alle wesentlichen therapeutischen Interventionen durchführen können. Ein Ausschluss von Psychologischen Psychotherapeuten führt für viele Patientinnen und Patienten mit ausschließlich psychotherapeutischer Behandlung zur obligaten Inanspruchnahme weiterer Ärztinnen und Ärzte. Für Patientinnen und Patienten, die dies nicht wünschen, wird damit der Zugang zum DMP verwehrt. Psychologische Psychotherapeuten können zu anderen Ärzten und weiteren Leistungserbringern weiterleiten, eine explizite Überweisung ist für die Koordination des DMP nicht notwendig. Die Befähigung zur Krankschreibung ist ebenfalls keine Voraussetzung zur Koordination des DMP, zumal die Krankschreibung keine Intervention darstellt.</p>
4.8	Bundesversicherungsamt (BVA) / 13. Juni 2019	<p>7. Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten, Randziffer 573 f. i.V.m. Anlage 18 Nummern 9 bis 11</p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p><u>GKV-SV</u></p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV hat die Stellungnahme zum Anlass genommen, den Beschlussentwurf und die Tragenden Gründe für ein optionales Schulungsangebot noch einmal zu präzisieren. Dabei wird auch der Hinweis auf die Möglichkeit der Ausschreibung bei Nichtteilnahme an einem Schulungsprogramm insofern berücksichtigt,</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Schulungsprogramme sind kein notwendiger Bestandteil dieses DMP, unabhängig davon, ob es sich um digitale Schulungen oder Präsenzs Schulungen handelt. Schulungen in diesem DMP stellen psychoedukative Begleitmaßnahmen dar. Sie können als optionales Angebot zum Einsatz kommen. Sofern Schulungsprogramme angeboten werden, müssen sie den Anforderungen nach § 4 entsprechen und vom BVA zugelassen sein.</p> <p><u>DKG, KBV</u></p> <p>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.</p>	<p>als die Dokumentation keine Parameter zu Schulungen vorsieht (siehe lfd. Nr. 5.5).</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>B) Stellungnahme</p> <p>Grundsätzlich sollte vor dem Hintergrund der Antriebsschwäche bei depressiven Patienten und der an anderen Stellen innerhalb der Therapie enthaltenen psychoedukativen Bestandteile geprüft werden, ob bei dieser Indikation die Nichtteilnahme an einer Schulung zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm gem. § 28d Abs. 2 Nr. 2 Buchst. b RSAV führen sollte.</p> <p>Gemäß § 28 d Abs.2 Nr. 2 b RSAV endet die Teilnahme des Versicherten am Programm, wenn er innerhalb von 12 Monaten zwei der nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §137f des fünften Sozialgesetzbuch <u>veranlassten Schulungen</u> ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat. Durch die Aufnahme des digitalen Selbstmanagementprogramms und der Präsenzgruppenschulung als Ausprägungen beim Dokumentationsparameter „Depressionsspezifische Schulung wahrgenommen“ kann die Nichtteilnahme an beiden Bestandteilen nach erfolgter Empfehlung zum Ausschluss des Versicherten führen. Fraglich ist, ob jedes digitale Selbstmanagement-Programm Schulungscharakter aufweist. Die Beendigung der Teilnahme nach § 28d Abs. 2 RSAV ist jedoch nur bei Nichtwahrnehmung von veranlassten Schulungen möglich. Unklar bleibt</p>	<p>KBV, DKG: Die Wahrnehmung einer digitalen Schulung kann, wie bei den Präsenzs Schulungen in allen anderen DMP, über das Dokumentationsfeld „Empfohlene Schulung wahrgenommen“ kontrolliert und nachgehalten werden.</p> <p>Eine Ausschreibung wegen zweimalig nicht wahrgenommener Schulungen kann wie bei allen anderen DMP vermieden werden, indem z.B. bei Schulungsunfähigkeit wegen Antriebslosigkeit die Ausprägung „War aktuell nicht möglich“ im Feld „Schulung wahrgenommen“ verwendet wird. Darüber hinaus kann, wie bei allen anderen DMP, auf eine Schulungsempfehlung verzichtet werden, wenn diese nach Einschätzung des koordinierenden Leistungserbringers nicht sinnvoll oder möglich erscheint. Ausdrücklich wird im Beschlussentwurf formuliert, dass eine Empfehlung zur Schulung nur dann erfolgen</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>darüber hinaus wie bei einem digitalen Selbstmanagementprogramm die Teilnahme kontrolliert und nachgehalten werden kann.</p> <p>Sofern davon ausgegangen wird, dass eigenständige Schulungen obligat vorzuhalten sind, wäre dafür Sorge zu tragen, dass sowohl Präsenzgruppenschulungen als auch digitale Selbstmanagement-Programme vorgehalten werden, da zum jetzigen Zeitpunkt nicht davon auszugehen ist, dass bei allen eingeschriebenen Patienten die Bereitschaft und die technischen Möglichkeiten für die Nutzung eines digitalen Selbstmanagement-Programms vorliegen.</p> <p>Unabhängig von der Frage, ob eigenständige Schulungen obligat oder fakultativ vorzuhalten sind, hält das BVA eine Prüfung ob diese strukturiert, evaluiert und publiziert sind für sinnvoll. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass der Arzt in Hinblick auf das empfohlene digitale Selbstmanagement-Programm geschult ist, um die optimale Begleitung des Versicherten sicherzustellen.</p>	<p>soll, wenn diese aus Sicht der qualifizierten Leistungserbringerin für den Patienten geeignet scheint. Die Regelungen zur Ausschreibung bei nicht wahrgenommenen Schulungen bestehen bei digitalen Schulungen in gleicher Weise wie bei Präsenzgruppenschulungen. Insofern kann die Problematisierung einer obligaten Schulung in diesem DMP alleine wegen ihres digitalen Formats nicht nachvollzogen werden.</p> <p>Aufgrund der hohen Evidenz zu den digitalen Selbstmanagement-Programmen sollen diese auch in Verträge aufgenommen werden, wenn regional noch keine strukturierten, evaluierten und publizierten Präsenzgruppenschulungen angeboten werden können. Weder das Format „digital“ noch das Format einer „Gruppenpräsenzschulung“ findet bei allen Patienten Akzeptanz. Insbesondere bei depressiven Erkrankungen, die z.T. mit deutlicher Antriebsschwäche sowie stark ausgeprägten Schuld- und Schamgefühlen einhergehen können, ist eine Gruppenschulung nicht immer möglich oder geeignet. Gerade die digitalen Angebote sollen bewirken, dass mehr Patientinnen und Patienten mit einem Schulungsangebot erreicht werden.</p> <p>Angesichts der Evidenz für den Nutzen dieser Programme ist nicht nachvollziehbar, warum hier restriktiver vorgegangen</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Aufgrund der geschilderten Problemlage sollten eigenständige Schulungen (psychoedukative Begleitmaßnahmen) nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes zunächst nur fakultativ vorgesehen werden. Erfahrungen mit der Nutzung dieser Maßnahmen können dann ggf. bei einer Überarbeitung der Richtlinie zu einer Neufassung führen.</p> <p>C) Änderungsvorschlag</p> <p>Unter Ziffer 4.2 sollte der Vorschlag des GKV-SV übernommen werden. In Anlage 18 sollte der letzte Dokumentationsblock mit „psychoedukative Begleitmaßnahmen“ überschrieben werden. Dadurch wird verhindert, dass die Versicherten bei zweimaliger Nichtteilnahme an den entsprechenden Maßnahmen aus dem Programm ausgeschrieben werden müssen. Die laufende Nummer 9 ist zu streichen. Die Nummern 10 und 11 könnten in „eigenständige psychoedukative Begleitmaßnahme empfohlen“ bzw. „eigenständige psychoedukative Begleitmaßnahme wahrgenommen“ umformuliert werden.</p> <p><u>Zu DKG, KBV:</u></p>	<p>werden soll als bei den Schulungen in den übrigen DMP Indikationen.</p> <p>Dennoch wurde die Stellungnahme zum Anlass genommen, Präzisierungen an den jeweiligen Stellen im Beschlussentwurf (Qualitätsindikator und Dokumentationsparameter) vorzunehmen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Sofern einer Patientin oder einem Patienten, die oder der aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht geeignet ist, ein digitales Selbstmanagement-Programm angeboten wird, muss dieses durch einen auf das Programm geschulten Arzt qualifiziert begleitet werden.	KBV, DKG: Die Schulungen der Leistungserbringer sind in Nummer 4.1 und § 4 der DMP-A-RL geregelt und schließen die gesamten Inhalte des DMP ein.
5.	Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V., 13.06.2019		
5.1	Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V. / 13.06.2019	Zeile 140: PatV und bei Bedarf weiteren beteiligten Leistungserbringern einen Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen. Diese beziehen sich insbesondere sowohl auf die Behandlungscoordination, 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.	Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV, DKG, KBV: GKV-SV, KBV und die DKG folgen dem Änderungsvorschlag nicht, da die Erstellung eines individuellen Therapieplans insbesondere als eine der Kernaufgaben des koordinierenden Leistungserbringers betrachtet wird. Dies schließt selbstverständlich nicht aus, dass bei Erforderlichkeit weitere Leistungserbringer einbezogen werden.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Der Therapieplan ist patientenverständlich zu fassen, regelmäßig zu aktualisieren und wird der Patientin oder dem Patienten in schriftlicher Form ausgehändigt.</p> <p>Kommentierung SHV: Die Einbeziehung (bei Bedarf) von weiteren beteiligten Leistungserbringern in den Therapieplan unterstützen wir ausdrücklich.</p> <p>Ebenso dieses patientenorientierte Vorgehen bzgl. des Therapieplans.</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Eine patientenzentrierte Vorgehensweise, wie im DMP grundsätzlich vorgesehen, schließt immer auch eine patientenverständliche Kommunikation mit ein, die potentiell auch die Aushändigung eines schriftlichen Therapieplans vorsehen kann. Für eine einheitliche und verbindliche Vorgabe liegt bislang keine hinreichende Evidenz vor.</p>
5.2	Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V. / 13.06.2019	<p>Zeilen 336-340: 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 [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.1)], Soziotherapie [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.2)], sowie die psychiatrische häusliche Krankenpflege [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.3)], erwogen werden.</p>	Dank und Kenntnisnahme.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Kommentierung SHV:</p> <p>Die ausdrückliche Nennung der Ergotherapie sowie der Soziotherapie und häuslichen psychiatrischen Krankenpflege unterstützen wir ausdrücklich.</p>	
5.3	Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V. / 13.06.2019	<p>Zeile 345:</p> <p>PatV</p> <p>1.5.4.1 Ergotherapie</p> <p>Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. Dabei gehört zur Ergotherapie auch die die Möglichkeit, durch kreatives Handeln eigene</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Formulierung erfolgte in Anlehnung an die NVL und der Heilmittelrichtlinie des G-BA. Vor dem Hintergrund wird den Änderungsvorschlägen nicht gefolgt.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Potentiale wieder zu entdecken und neue Handlungsmöglichkeiten zu erschließen.</p> <p>Kommentierung SHV:</p> <p>Bzgl. der in Zeile 345 formulierten Erläuterungen seitens PatV zur Ergotherapie haben wir folgenden Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung (auch von Angehörigen, Arbeitgebern etc.) dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag und eine Verbesserung seiner Lebensqualität sowie seiner sozialen und beruflichen Teilhabe zu ermöglichen.</p> <p>Begründung:</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Der Aspekt des kreativen Handelns spielt im ambulanten Bereich auf den das DMP abzielt eine untergeordnete Rolle; von daher sollte eine Betonung der Alltags- und Lebensweltorientierung und insbesondere die Ergänzung um den Teilhabeaspekt (sozial und beruflich) erfolgen.</p> <p>In der NVL Unipolare Depression steht zur Ergotherapie im ambulanten Bereich dort auf S. 144:</p> <p>„Ergotherapie zielt auf die Wiederherstellung und den Erhalt von Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität in für den Einzelnen wichtigen Lebensbereichen (z. B. Selbstversorgung, Haushaltsführung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, Beruf und Ausbildung). Ambulante arbeitstherapeutische Ergotherapie zusätzlich zur ambulanten Routinebehandlung [...] führte in einer aktuellen randomisierten kontrollierten Studie dazu, dass die Patienten im Durchschnitt drei Monate früher ihre Arbeit wieder aufnehmen konnten und in den ersten 18 Monaten nach Randomisierung signifikant häufiger und mehr arbeiteten als die Patienten in der Routinebehandlung. Auch scheint die Ergänzung der ambulanten Routinebehandlung um Ergotherapie zu höherer Kosteneffektivität zu führen [922]. [...]“</p> <p>https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-1aufl-vers5-lang.pdf</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
5.4	Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V. / 13.06.2019	<p>Zeile 335:</p> <p>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 [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.1)], Soziotherapie [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.2)], sowie die psychiatrische häusliche Krankenpflege [PatV: (siehe Nummer 1.5.4.3)], erwogen werden.</p> <p>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 werden. Dazu sollte Patientinnen und Patienten regelmäßige körperliche Aktivität entsprechend der patientenseitigen Präferenz empfohlen werden.</p> <p>Kommentierung SHV:</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Wie hier richtigerweise erwähnt, ist es wichtig, den Patienten für die positiven Einflüsse von Sport und körperlicher Aktivität auf die Erkrankung Depression zu sensibilisieren. In diesem Kontext sollte auch die Verordnung von Physiotherapie als aktivierende Maßnahme mit aufgenommen werden, da sie in der Behandlung von Depression ein wirksames Heilmittel darstellt. Dies zeigt sich auch bereits in klinischen Leitlinien aus anderen Ländern, in denen die körperliche Aktivität einen immer größeren Teil der Behandlung von Depression einnimmt (De Sanidad, 2014 ; Ravindran et al., 2016). Des Weiteren sind die von Ihnen genannten relevanten somatischen Komorbiditäten Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Tumorerkrankungen Erkrankungen, die ebenfalls häufig zur Begleittherapie durch Physiotherapeuten versorgt werden. Gerade bei Herzerkrankungen ist es essentiell, ein strukturiertes Trainingsprogramm für den individuellen Patienten zu planen und begleitet zu durchlaufen (Colquhoun et al., 2013). Dies gilt ebenso für onkologische Erkrankungen, bei denen aus physiotherapeutischer Sicht auch auf das Fatigue Syndrom eingegangen werden sollte (Edmonds, McGuire, & PRICE, 2004) (Peddle-McIntyre et al., 2019).</p> <p>Aus den o. g. Gründen ist es unerlässlich, die physiothera-</p>	<p>Gemäß der Heilmittelrichtlinie ist eine Depression keine Indi-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>apeutische Behandlung in die generelle Versorgung von depressiv erkrankten Patienten mit aufzunehmen.</p> <p>Colquhoun, D. M., Bunker, S. J., Clarke, D. M., Glozier, N., Hare, D. L., Hickie, I. B., ... Branagan, M. G. (2013). Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease. <i>The Medical Journal of Australia</i>, 198(9), 483–484.</p> <p>De Sanidad, M., Sociales, S., Igualdad, E., De Economía, M., & Competitividad, Y. (2014). Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN THE SPANISH NHS MINISTRY OF HEALTH, SOCIAL SERVICES AND EQUALITY. <i>MINISTRY OF HEALTH, SOCIAL SERVICES AND EQUALITY</i>. Retrieved from http://www.guiasalud.es/contenidos/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl_en.pdf</p> <p>Edmonds, M., McGuire, H., & PRICE, J. (2004). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (3), CD003200. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003200.pub7.www.cochranelibrary.com</p> <p>Peddle-McIntyre, C. J., Singh, F., Thomas, R., Newton, R. U., Galvão, D. A., & Cavalheri, V. (2019). Exercise training for advanced lung cancer. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (2). https://doi.org/10.1002/14651858.CD012685.pub2</p> <p>Ravindran, A. V., Balneaves, L. G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D.,</p>	<p>kation für Physiotherapie. Daher wurde dem Vorschlag zur Berücksichtigung der Physiotherapie nicht gefolgt.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Morehouse, R. L., ... Parikh, S. V. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. <i>Canadian Journal of Psychiatry</i>, 61(9), 576–587. https://doi.org/10.1177/0706743716660290</p>	
5.5	<p>Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V. / 13.06.2019</p>	<p>Zu Q9: KBV, DKG, PatV Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Schulung wahrgenommen haben.</p> <p>Kommentierung SHV: Die explizite Verbindlichkeit von Schulungen begrüßen wir. Ergänzend würden wir eine Einbeziehung der Angehörigen an dieser Stelle unterstützen.</p>	<p>KBV, DKG und PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag des Einbezugs der Angehörigen wurde in den Tragenden Gründen unter Nummer 4.2 aufgenommen.</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV hat die Stellungnahmen zu Versicherungsschulungen zum Anlass genommen, den Beschlussentwurf und die Tragenden Gründe für ein optionales Schulungsangebot noch einmal zu präzisieren. Dabei wird u. a. auf die Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen hingewiesen.</p> <p>Ein verpflichtendes Schulungsangebot erscheint bei der Erkrankung Depression deshalb nicht sinnvoll, weil in diesem DMP ein individualisierter Ansatz bei psychoedukativen Angeboten zwingend erforderlich ist. Entsprechende psychoedukative Angebote sollen entweder durch den koordinierenden Arzt in die Behandlungsplanung eingebettet sein oder sie sind ein</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>integraler Bestandteil des psychotherapeutischen Gesamtkonzeptes.</p> <p>Nach diesem Verständnis dürfen Schulungsprogramme nicht den persönlichen Kontakt oder die Therapie ersetzen, sondern müssen der Behandlerin oder dem Behandler eine uneingeschränkte Führung durch die Programme ermöglichen, so dass einzelne Schulungselemente an den jeweiligen individuellen Bedarf angepasst werden können. Dies gilt sowohl für Präsenzs Schulungen als auch für digitale Anwendungen.</p> <p>Dieses Erfordernis einer individualisierten Vorgehensweise kann durch Schulungsangebote nur dann geleistet werden, wenn diese bereits entsprechend konzipiert sind und die schulenden Leistungserbringer in der Durchführung ebenfalls entsprechend geschult sind. Aus Sicht des GKV-SV ist eine verpflichtende Aufnahme von Schulungen gemäß den Anforderungen nach § 4 dieser Richtlinie, die bei Nichtwahrnehmung zur Beendigung der Programmteilnahme führen kann, nicht angemessen. Schulungen nach § 4 verfolgen einen weniger individualisierten Ansatz bei der Wissensvermittlung zur Erhöhung der Selbstmanagementkompetenzen. Aus diesen Gründen sollen Schulungen in diesem DMP nur optional vorgesehen werden. Auf eine Abbildung in der Dokumentation und</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			den Qualitätszielen wird aufgrund der Optionalität von Schulungen wird daher verzichtet.
5.6	Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V. / 13.06.2019	<p>Zu Q 10: PatV</p> <p>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf die Unterstützung durch Selbsthilfeverbände und örtliche Selbsthilfe-Kontaktstellen hingewiesen wurden</p> <p>Kommentierung SHV: Die verbindliche Information bzgl. Selbsthilfe unterstützen wir. Ergänzend würden wir eine Einbeziehung der Angehörigen an dieser Stelle unterstützen.</p>	<p>GKV-SV, DKG und KBV: Die Bedeutung der Selbsthilfe wird im Beschlussentwurf klar adressiert. Die entsprechend der NVL (2015) unter Nummer 1.3 aufgenommene Empfehlung, auf die Möglichkeit der Unterstützung der Selbsthilfe hinzuweisen, rechtfertigt nicht die Aufnahme eines hierauf gerichteten Qualitätsziels. Eine fortlaufend wiederholte Erfassung und Dokumentation zum Zwecke der Qualitätssicherung erscheint auch aus Gründen der Datensparsamkeit zudem nicht zielführend.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
5.7	Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V. /	Zeilen 573 / 574: Schulungen der Versicherten	KBV, DKG und PatV: Dank und Kenntnisnahme

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	13.06.2019	Kommentierung SHV: s. Q9	GKV-SV: siehe lfd. Nr. 5.5
6.	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. / 14.06.2019		
6.1	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. / 14.06.2019	<u>1.1 Definition von Depressionen</u> Zeile 47: „Bei der Krankheitsentstehung können somatische, psychogene sowie soziale und umweltbezogene Faktoren eine Rolle spielen.“ Statt „psychogene“ : „ psychische “	Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme. Dem Vorschlag wurde im Beschlussentwurf unter Nummer 1.1 gefolgt.
6.2	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. / 14.06.2019	<u>1.5.2 Psychotherapie, Zeile 207 ff.</u> Drei Formulierungen zur Psychotherapie, die der DKG ist für die GwG vorzuziehen. Die anderen Formulierungen benennen nur die Richtlinienverfahren. Hier wäre für die GwG der Zusatz wünschenswert: „Auch für andere Verfahren liegen Wirksamkeitsnachweise aus klinischen Studien und RCTs vor, z.B. die Gesprächspsychotherapie (NVL De-	GKV-SV, KBV, PatV: Die Psychotherapie-Richtlinie definiert abschließend, welche psychotherapeutischen Verfahren in der ambulanten Versorgung zu Lasten der GKV zur Anwendung kommen dürfen. Der Wirksamkeitsnachweis von psychotherapeutischen Verfahren wird im Rahmen der Beratungen zur Psychotherapie-Richtlinie geprüft. In den Tragenden Gründen ist klargestellt, dass bei stationärer Behandlung weitere Verfahren zum Einsatz kommen können.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		pression, AWMF 2015, Abschnitt 3.5.3.6, 5. 106 ff., Tabelle 16, 5. 109).	DKG: Dank und Kenntnisnahme
6.3	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. / 14.06.2019	<p><u>Absatz 1.5.5. Maßnahmen bzw. Krisenmanagement bei Suizidalität</u></p> <p>Zu S. 13: „Tritt die suizidale Symptomatik insbesondere zu Beginn einer Therapie mit einem Antidepressivum auf, kann dies durch die antriebssteigernde Wirkung bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung bedingt sein.“ und „Überprüft werden soll die Möglichkeit des Vorliegens suizidalitätsfördernder Wirkungen von Antidepressiva, insbesondere bei SSRIs durch Antriebssteigerung bei verzögertem Eintritt der stimmungsaufhellenden Wirkung, ...“:</p> <p>Dieser Mechanismus (suizidfördernde Wirkung durch Antriebssteigerung der Antidepressiva, die vor der stimmungsaufhellenden Wirkung eintritt) findet sich in älteren Lehrbüchern, beruht aber auf unsystematischen Erfahrungen und wurde nie in Studien nachgewiesen. In der NVL wird das Problem auf S. 166 ff ausführlich diskutiert und sehr differenziert dargestellt. Die GwG schlägt folgende Formulierung vor:</p>	Dem Vorschlag wurde im Beschlussentwurf unter Nummer

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		„Zu Beginn einer antidepressiven Behandlung kann es, vor allem bei jüngeren Patienten, zu einer vorübergehenden Zunahme der Suizidalität kommen. Deshalb sollte der Verlauf der Symptomatik während der Behandlung im Auge behalten werden.“	1.5.3 und Nummer 1.5.5 in modifizierter Form gefolgt.
7.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019		
7.1	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p><u>Allgemein</u></p> <p>Die Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) begrüßt die Einführung eines DMP Depression mit dem Ziel einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression durch eine strukturierte und niederschwellige Primärversorgung.</p> <p><u>Kernpositionen der DEGAM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronische und rezidivierende leichte depressive Störungen sollten in das DMP-Depression aufgenommen werden. - Die Diagnosesicherung sollte auch durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen, spezialisierte 	<p>Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme.</p> <p>Auf die einzelnen Kernaussagen wird weiter unten eingegangen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Fachärzte sollten entsprechend der Notwendigkeit hinzugezogen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das DMP-Depression kann gut in die Psychosomatische Grundversorgung der Hausärztinnen und Hausärzte eingebunden werden. - Neben psychischen sind somatische Komorbiditäten bei Depressionen häufig. Ein DMP sollte die erforderliche, v. a. hausärztliche Kompetenz, strukturell ausreichend integrieren. - Die Koordination und Langzeit-Betreuung der Patienten und deren Dokumentation sollte im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms durch die Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen. <p><u>Terminologie</u></p> <p>Die DEGAM empfiehlt die Verwendung einer konstanten und präzisen Terminologie.</p> <p>Nahezu alle Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) für Erwachsene sind Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin o-</p>	<p>Dem Vorschlag wurde gefolgt, indem an den jeweiligen Stellen im Beschlussentwurf eine entsprechende Änderung vorgenommen und eine klarstellende Ergänzung in den Tragenden Gründen (Abschnitt: Regelungen im Einzelnen) aufgenommen wurde.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>der Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Der allgemeinmedizinische Facharzt ist ein generalistischer Facharzt. Die DEGAM empfiehlt für Fachärzte wie u. a. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie die Bezeichnung „spezialisierte Fachärzte“ und nicht „qualifizierte Fachärzte“ zu verwenden.</p> <p><u>Besondere Aspekte</u></p> <p>Die DEGAM merkt an, dass im Beschlussentwurf auf kultursensitive Aspekte in der Behandlung von Depression bei Migranten und Geflüchteten nicht eingegangen wird. Die Prävalenz psychischer Störungen in dieser Bevölkerungsgruppe ist signifikant höher als in der Allgemeinbevölkerung [1]. Auch in der Diagnostik und Therapie gibt es häufig kulturspezifische Hürden, wie z. B. die häufig erschwerte Verständigung zwischen diesen Personen und medizinischem Personal [2].</p>	<p>Dieser Ansatzpunkt findet durch die individualisierte, patientenzentrierte Vorgehensweise Berücksichtigung. Zur Überwindung der Sprachbarrieren wurde in den Tragenden Gründen auf fremdsprachige Aufklärungsmaterialien verwiesen.</p>
7.2	Deutsche Gesellschaft für Allgemein-	<p>Anlage 2 Keine Stellungnahme.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	medizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019		
7.3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p>Die DEGAM befürwortet neben Patientinnen und Patienten mit mittleren und schweren depressiven Störungen auch solche mit leichten depressiven Störungen aufzunehmen.</p> <p>Auch leichte depressive Episoden führen bei Erfüllung der unter 1.2 b) aufgeführten Kriterien „bestehende depressive Symptomatik seit mindestens einem Jahr oder mindestens dritte Erkrankungsepisode“ zu erheblichen Belastungen bei den betroffenen Personen. Auch Patientinnen und Patienten mit leichter persistierender oder rezidivierender unipolarer depressiver Störung, insbesondere bei bestehenden Komorbiditäten, würden von einer Verbesserung der Strukturierung durch ein DMP profitieren [3,4].</p> <p>Mit einem Anteil von ca. 20 % der Depressionen findet durch leichte depressive Störungen auch keine unangemessene Belastung der spezialistischen Versorgung statt, da diese Personen v. a. von HÄ versorgt werden [5].</p> <p>Wenn leichte Depressionen vom DMP-Depression ausge-</p>	<p>Die Unterstellung eines rechtswidrigen Upcodings ist kein hinreichender Grund um eine Änderung am Beschlussentwurf mit Blick auf den Schweregrad vorzunehmen.</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV: Der GKV-SV, die DKG und die KBV haben sich bewusst auf die mittelschweren und schweren Verlaufsformen fokussiert, da die Versorgung im Rahmen eines DMP für diese Patientengruppe besonders geeignet erscheint (intersektoraler Behandlungsbedarf, Vernetzung, Komplexität der Behandlung).</p> <p>PatV: Die Patientenvertretung begrüßt die Stellungnahme, dass auch Patientinnen und Patienten mit leichtem Schweregrad, aber bei bestehender Symptomatik seit mindestens einem Jahr oder mindestens dritter Erkrankungsepisode von einer DMP-Teilnahme profitieren.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>geschlossen werden, ist davon auszugehen, dass ein „Upgrading“ oder „Upcoding“ in den Diagnosedstellungen einsetzt. Das heißt, leichte Episoden würden vermehrt als mittelschwere Episoden kodiert werden. Ähnliche Effekte wurden in Deutschland nach Einführung der DRGs oder des Morbi-RSA beobachtet [6,7].</p> <p>Des Weiteren ist im aktuellen Entwurf nicht nachvollziehbar, wie mit undulierenden Schweregradausprägung der Episoden bezüglich der Aufnahme und Verbleib im DMP verfahren werden soll. Außerdem kann nicht sicher beurteilt werden, wie der Schweregrad in anamnestisch erhobenen Episoden ausgeprägt war [8].</p>	<p>Unabhängig von der Ausprägung der Symptomatik oder der Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Verbesserung können die Patientin oder der Patient im DMP solange verbleiben, wie er oder sie nach gemeinsamer Einschätzung mit der Ärztin oder dem Arzt von einer Teilnahme profitiert. Dieser Abschnitt wurde zur Klarstellung in den Tragenden Gründen zu Nummer 1.2 und Nummer 3.2 aufgenommen.</p>
7.4	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p><u>1.2 c) Diagnosesicherung:</u></p> <p>Die DEGAM erachtet es als notwendig, dass auch Hausärztinnen und Hausärzte als koordinierende Ärzte die Diagnosesicherung, wie auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern (PatV) gefordert. Eine Diagnosesicherung durch HÄ sollte abhängig von der eigenen Qualifikation erfolgen</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Entsprechend aller im IQWiG-Bericht enthaltenen Leitlinienempfehlungen kann die Hausärztin bzw. der Hausarzt (general practitioner) die Diagnose einer Depression stellen. Das Absprechen dieser Qualifikation steht im Widerspruch zu der in der Weiterbildungsordnung verankerten Befähigung zur Diagnosestellung.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>und schließt eine Sicherung durch einen spezialisierten Facharzt nicht aus.</p> <p>Den unter „Tragende Gründe“ durch die KBV dargelegten Argumenten schließt sich die DEGAM an. Insbesondere Folgendes spricht dafür:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die knappe spezialisierte fachärztliche Kapazität kann zu einer Verzögerung in Diagnosestellung und Therapie führen. - Der Patientenwunsch auf Grund der Angst vor möglicher Stigmatisierung bei einer verpflichtenden Überweisung könnte eine Barriere für den DMP Einschluss darstellen. - Die Anforderungen des DMP-Depression beinhalten strukturierte und nachvollziehbare Diagnosekriterien, die sehr gut in der Hausarztpraxis anwendbar sind. - Die Anforderungen des DMP-Depression könnten zur Steigerung der Schweregradkodierung selbst beitragen, da eine Kodierung nach Schweregrad 	<p>Die in der NVL 2015 ohne Empfehlungsgrad getroffene Aussage, bei hausärztlicher Behandlung nach spätestens sechs Wochen bei nicht ausreichender Besserung die Konsultation eines spezialisierten Facharztes oder eines Ärztlichen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten zu erwägen, ist bereits unter Nummer 1.7.2 umgesetzt und kann nicht als Begründung einer zwingenden diagnostischen Abklärung durch entsprechende Leistungserbringer dienen. Die Teilnahmevoraussetzung zur Einschreibung in dieses DMP sieht nicht vor, dass die Patientin oder der Patient über eine Mindestdauer ohne Erfolg behandelt sein muss.</p> <p>GKV-SV, DKG: Die angeführte „knappe“ Verfügbarkeit von spezialisierten fachärztlichen Kapazitäten kann nicht begründen, dass diese Aufgabe im Rahmen von DMP in den hausärztlichen Sektor verlagert wird. Wie in den Tragenden Gründen zu Ziffer 1.2 c) ausgeführt, empfiehlt die NVL bei komplizierten Verläufen und Komorbiditäten die Einbeziehung eines Facharztes nach spätestens 6 Wochen. Da bei der im DMP adressierten Patientengruppe ausschließlich chronische Verläufe vorliegen, muss bei leitliniengerechter Therapie eine Einbeziehung der spezialisierten Ebene regelhaft erfolgen. Dar-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>bisher nicht verpflichtend war.</p> <p>Die unter „Tragende Gründe“ angeführten Studien, die die Kompetenz der Diagnosesicherung von HÄ in Frage stellen, weisen Limitationen auf.</p> <p>Die Aussage HÄ führten eine nicht leitlinienkonforme Diagnostik durch und stellen häufig Fehldiagnosen begründet sich auf das erwähnte Modellprojekt des G-BA. In diesem basiert der Abschnitt Diagnostik vor allem auf zwei bundesweiten Studien von Wittchen et al. [9,10]. Hier sei auf folgende Methodenkritik durch die DEGAM hingewiesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Auswahl der Studienpraxen durch Pharmareferenten des Sponsors schränkt die Repräsentativität der Stichprobe erheblich ein. - Die Diagnosestellung durch einmalige Anwendung eines relativ unspezifischen Diagnoseinstruments (Depressionsskala DSQ, Spezifität 65%) führt zu einer Überschätzung der Prävalenz. Es muss statistisch davon ausgegangen werden, dass durch die niedrige Krankheitshäufigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich nur ein Viertel 	<p>über hinaus geben – wie in den Tragenden Gründen ausgeführt – mehrere Leitlinien mit mehrheitlich hohem GoR die Empfehlung, dass entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeuten in den diagnostischen Prozess einbezogen werden sollen und dies bereits bei Verdacht auf eine Depression.</p> <p>Auch das Argument der Angst vor Stigmatisierung auf Seiten des Patienten kann nicht als Grund dienen, bei den DMP-Anforderungen von den Leitlinienempfehlungen abzuweichen. Vielmehr soll dieses DMP mit der Darstellung einer leitliniengerechten Vorgehensweise der Stigmatisierung vorbeugen und entgegenwirken.</p> <p>GKV-SV, DKG: Die Aussage, dass es Hinweise auf nicht leitlinienkonforme Diagnostik insbesondere im hausärztlichen</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>der durch das Instrument Diagnostizierten tatsächlich krank ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsequenterweise sind die auf Basis dieser zu hohen Diagnoseraten errechneten Behandlungs- und Überweisungsrate der HÄ unrichtig. - Stichproben an einem einzigen Tag sind nicht geeignet, den komplexen Umgang mit einer Depression in einer Hausarztpraxis abzubilden, da die Behandlung über Diagnosestellung, Therapie und Überweisung zum Spezialisten prozesshaft ist und sich über einen längeren Zeitraum hinzieht. - Die gewählten Kriterien "medikamentöse Behandlungsrate" und "Überweisungsrate" können die Qualität der Versorgung nicht adäquat abbilden, da sie weder den psychosozialen/familiären Hintergrund des Patienten berücksichtigen, noch dem Umstand gerecht werden, dass Patienten ein eigenes Krankheitskonzept besitzen und die stigmatisierend angesehenen Überweisungen zum 	<p>Bereich gebe, basiert nicht nur auf dem Modellprojekt des G-BA und der Studie von Dickmann et al. [11]. In den Tragenden Gründen werden verschiedene weitere Studienergebnisse angegeben. Die Gesamtschau insbesondere unter Berücksichtigung der Leitlinienempfehlungen weist in die Richtung einer Einbindung von spezialisierten Leistungserbringern.</p> <p>Die Formulierung der Tragenden Gründe zu Nummer 1.2 wurde aufgrund dieser sowie weiterer Stellungnahmen (lfd. Nrn. 8.3 und 11.3) angepasst.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Psychotherapeuten/Psychiater und Einnahme von Psychopharmaka in der Praxis häufig ablehnen. Darüber hinaus ist in Deutschland eine Überweisung keine Voraussetzung für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Mitbehandlung. Die fehlende Überweisung schließt eine solche Mitbehandlung also keineswegs aus.</p> <p>Die Aussage, dass HÄ nicht genügend Zeit für das Erstinterview aufbringen können und zu 40% ihren Kenntnisstand bezüglich Depression für unzureichend halten, stützt sich auf eine Studie von Dickmann et al. [11]. Diese hat folgende methodische Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Studie verwendet eine kleine Stichprobe mit N = 144 antwortenden HÄ. - Die Stichprobe ist ausschließlich auf den Raum Oldenburg begrenzt und hat somit eine fehlende Übertragbarkeit / Repräsentativität. - In der Konzeption des Fragebogens wurden keine 	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Pretest-Verfahren zur Ermittlung von Trennschärfe-Indizes und Trennschärfe-Koeffizienten verwendet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Prozess der Auswahl und Formulierung der 39 Fragen ist nicht vollständig nachvollziehbar. Der Fragebogen ist im Paper nicht vollständig abgedruckt, auch nicht als E-Supplement aufrufbar. <p>Die Aussage, dass für eine leitliniengerechte Therapie eine Schweregradeinteilung notwendig ist, ist prinzipiell richtig, aber eine unspezifische Kodierung beweist nicht, dass keine Schweregradeinteilung erfolgte [5]. Durch die Anforderung des DMP-Depression kann die Rate der spezifischen Kodierung steigen.</p>	
7.5	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p><u>1.3 Therapieplanung</u> Keine Stellungnahme.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7.6	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<u>1.4 Therapieziele</u> Keine Stellungnahme	
7.7	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<u>1.5.1-1.5.4 Psychotherapie, Pharmakotherapie, weitere Maßnahmen</u> Das DMP-Depression kann gut in die Psychosomatische Grundversorgung der Hausärztinnen und Hausärzte eingebunden werden. Die DEGAM empfiehlt die Psychosomatische Grundversorgung als Absatz aufzunehmen. Die DEGAM weist darauf hin, dass die hausärztliche Basis-therapie im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung nicht berücksichtigt wird. Dabei verfolgen auch HÄ Therapieziele wie sie unter 1.5.2 für die Psychotherapie genannt werden. Dazu gehören u. a. Psychoedukation und Erarbeitung eines Störungsmodells, Identifikation relevanter Problembereiche und Ableitung von Therapiezielen, Verhaltensaktivierung, Alltagsstrukturierung, Steigerung positiver Erfahrung und Abbau von Belastungen.	<p>G-BA: Die für den deutschen Versorgungskontext relevante Leitlinie (NVL, 2015) macht zu der Psychosomatischen Grundversorgung keine Empfehlung mit ausreichend hohem Grading.</p> <p>Mit dem insbesondere in den Abschnitten zu Therapiezielen und zur Therapieplanung beschriebenen Vorgehen, werden die von der DEGAM benannten Aspekte in weiten Teilen dem koordinierenden Arzt zugewiesen (z. B. Festlegung individueller Therapieziele, gemeinsames Erstellen eines Therapieplans, aktive Aufklärung, Krisenmanagement).</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Wie auch in einer Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung beschrieben, ist die Psychosomatische Grundversorgung ein wichtiger Baustein in der gestuften Versorgung [12].	<p>GKV-SV: Im Rahmen des Programms wird deshalb der Hausarzt oder die Hausärztin durch seine oder ihre koordinierende Funktion in den Fokus gestellt.</p> <p>G-BA: Dies umfasst auch wesentliche Aspekte der psychosomatischen Grundversorgung.</p> <p>Entsprechend der zu Grunde gelegten Leitlinien werden die Maßnahmen empfohlen, für die es entsprechende Evidenznachweise gibt und es wird nicht auf ein eigenständiges Versorgungsangebot abgestellt.</p>
7.8	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p><u>1.5.5 Maßnahmen bei Suizidalität</u></p> <p>Keine Stellungnahme.</p>	
7.9	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p><u>1.5.6 Komorbidität</u></p> <p>Die DEGAM empfiehlt die Bedeutung der Behandlung von Komorbiditäten im Beschlussentwurf hervorzuheben und weitere Komorbiditäten aufzunehmen.</p>	Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, konzentriert sich der G-BA bei der Auswahl der Begleiterkrankungen auf solche, die bei Depressionen besonders häufig sind und für die versorgungsrelevante Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad vorliegen. Bei somatischen Komorbiditäten wurden

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Insbesondere sollte auf die Konstellationen, in denen Komorbiditäten auftreten, hingewiesen werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „Die Erkrankung bestehen unabhängig voneinander, ihr Zusammentreffen ist zufällig. 2. Die Depression geht der körperlichen Erkrankung zeitlich voraus, begünstigt oder verursacht diese. 3. Die Depression tritt zeitlich nach oder ursächlich infolge einer körperlichen Erkrankung auf.“ [13] <p>Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Personen mit einer chronischen somatischen Erkrankung, wie z.B. Diabetes oder KHK, eine deutlich erhöhte Prävalenz von Depression auf. Depressive Störungen sind auch selbst ein Risikofaktor für diese Erkrankungen, so dass präventiv gehandelt werden sollte [14,15]. Besonders sei darauf verwiesen, dass 75% der erhöhten Sterblichkeit bei schweren psychischen Erkrankungen auf natürliche Todesursachen in Folge körperlicher Erkrankungen zurückzuführen ist [16]. Die Prävention regelhaft auftretender somatischer Komorbiditäten ist nach Ansicht der DEGAM am besten umsetzbar, wenn der Hausarzt der koordinierende Arzt ist [17].</p>	<p>zudem diejenigen berücksichtigt, für die DMP existieren.</p> <p>Weitere Komorbiditäten finden in den Tragenden Gründen Erwähnung.</p> <p>Die Kausalitäten sind für viele Komorbiditätskonstellationen nicht ausreichend geklärt. Daher wurde keine spezifische Berücksichtigung der genannten Konstellationen vorgenommen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Im Entwurf werden aktuell als psychische Komorbiditäten (1.5.6.1) Angststörungen und Alkoholabhängigkeit aufgeführt. Als somatischen Komorbiditäten (1.5.6.2) werden Diabetes mellitus, Koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz und Tumorerkrankung thematisiert.</p> <p>Die DEGAM empfiehlt weitere Komorbiditäten aufzunehmen, um der Bedeutung dieses Themas gerecht zu werden. Weitere relevante psychische Komorbiditäten sind u.a. Angst und Zwangserkrankungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und neurodegenerative Erkrankungen [18].</p> <p>Weitere somatische Komorbiditäten sind u. a. Adipositas, Nikotinabusus, Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck, COPD, HIV, Hepatitis [16,19,20].</p>	
7.10	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p><u>1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation</u></p> <p>Keine Stellungnahme.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7.11	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<u>1.6. Verlaufskontrolle</u> Keine Stellungnahme.	
7.12	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<u>1.7. Kooperation der Versorgungssektoren</u> <u>1.7.1 Koordinierende Ärztin oder Koordinierender Arzt</u> Fast alle DMP fokussieren auf den hausärztlichen Versorgungsbereich, da eine niederschwellige bevölkerungsnahe langfristige und koordinierte Versorgung angestrebt wird. Insbesondere wegen der somatischen Komorbiditäten ergeben sich Überschneidungen mit anderen strukturierten Behandlungsprogrammen. Das DMP-Depression könnte gleichzeitig mit anderen DMP-Programmen durchgeführt werden. Gerade die Koordination - also das Zusammenführen, Beurteilen von Befunden und Behandlungen sowie Beachtung der Patientenperspektive in Hinblick auf Multimorbidität, Multimedikation und Komorbiditäten - sollte umfassend, niedrigschwellig und patientennah unter Einbeziehung des häuslichen familiären und sozialen Umfeldes erfolgen. Das gilt ins-	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme, die DKG folgt dem Vorschlag, Hausärzte für die Koordination vorzusehen. Aufgrund der Chronizität und Schwere der Erkrankung sollen neben Hausärzten auch spezialisierte Fachärzte und Einrichtungen gleichwertig eingebunden werden.</p> <p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die KBV und die Patientenvertretung sehen ebenfalls die Hausärztinnen und Hausärzte in der Rolle der koordinierenden Ärzte. Weiteren für die Depression spezialisierten Leistungserbringern, die im Beschlussentwurf genannt werden, soll jedoch gleichwertig die Möglichkeit der Koordination gewährt werden. Mit aktuell schon vier existierenden primär hausärztlich geführten DMP ist nicht vorhersehbar, wie stark weitere DMP Indikationen von den Hausärzten angenommen werden. Zudem ist die Patientenlientel in diesem DMP hinsichtlich Alter und Multimorbiditäten sehr heterogen und somit zu einem großen Anteil nicht</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>besondere für ältere Patientinnen und Patienten und Heimbewohner [21].</p> <p>Die DEGAM empfiehlt, dass die Langzeit-Betreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgt.</p> <p>HÄ können auf Basis der kooperativen, lang angelegten Beziehung zur jeweiligen Patientin oder zum jeweiligen Patienten und ihres Kontakts zur Familie und dem nachbarschaftlichen Umfeld Psychoedukation und Motivation ihrer Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen bieten, Ressourcen orientiert intervenieren und Therapieziele fortlaufend und kooperativ erarbeiten [22]. Wenn die Koordination nicht durch HÄ erfolgt, könnte dies langfristig zu einer alleinigen Betreuung durch jeweilige spezialisierte Fachärzte führen. Dies hätte zur Folge, dass in einem gestuften Versorgungssystem die Informationen bei einer bestimmten Patientengruppe nicht länger auf primärärztlicher Ebene gebündelt werden. Gleichzeitig wird die Rücküberweisung der Patienten vom spezialisierten Facharzt zu HÄ unwahrscheinlich. Eine Person, die nicht länger einer spezialisierten Betreuung bedarf, sollte im Sinne einer optimalen Nutzung der systemischen Ressourcen, alleinig durch die koordinierenden HÄ betreut</p>	<p>zwangsläufig in regelmäßiger hausärztlicher Anbindung. Patienten, die primär fachärztlich oder psychotherapeutisch angebunden sind, soll der Zugang zum DMP nicht verwehrt werden. Ebenso sollte eine gleichberechtigte Teilnahme aller hierfür qualifizierten Leistungserbringer möglich sein.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Zur Klarstellung bezüglich der Stellungnahme zur Nichtaufnahme der Psychologischen Psychotherapeuten wird darauf hingewiesen, dass nicht eine fehlende fachliche Kompetenz zur Nichtberücksichtigung geführt hat. Vielmehr kann keine vollumfängliche Koordination durch diese Leistungserbringergruppe erfolgen. Zum einen, weil die therapeutische Begleitung zeitlich befristet angelegt ist. Zum anderen, weil es Limitationen in den notwendigen Befugnissen gibt (z. B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Medikamentenverordnung u. a. sowie bei der Behandlung somatischer Komorbiditäten.)</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>werden. Die Koordination durch die HÄ ist für eine bedarfsgerechte Patientensteuerung sowie umfassende Betreuung wichtig. Spezialisierte Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten sollten entsprechend des Bedarfs zielgerichtet eingebunden werden.</p> <p>Das DMP-Depression sollte die Rate der aktuell fehlbetreuten Patienten reduzieren, so werden ca. 14% der leichtgradigen Depressionen allein durch spezialisierte Fachärzte versorgt [23].</p> <p>Die Koordination durch psychologische Psychotherapeuten sieht die DEGAM äußerst kritisch, denn das Erkennen und die Betreuung von somatischen Komorbiditäten (siehe 1.5.6) ist essentiell und erfordert ärztliche Expertise.</p>	<p>KBV, PatV: Vor Beginn jeder psychotherapeutischen Behandlung ist ein hausärztlicher Konsiliarbericht erforderlich, sodass eine somatische differentialdiagnostische Abklärung auch bei der Betreuung durch Psychologische Psychotherapeuten gegeben ist.</p> <p>Ein Ausschluss von Psychologischen Psychotherapeuten führt für viele Patienten mit ausschließlich psychotherapeutischer Behandlung zur obligaten wiederholten Inanspruchnahme weiterer Ärzte, selbst wenn keine somatischen Komorbiditäten vorliegen. Für Patienten, die dies nicht wünschen, wird damit der Zugang zum DMP verwehrt.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7.13	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<u>1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils spezialisierten Fachärztin oder der Facharzt oder zur jeweils spezialisierten Einrichtung</u> Keine Stellungnahme.	
7.14	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<u>1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung</u> Keine Stellungnahme.	
7.15	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<u>2. Qualitätssichernde Maßnahmen</u> Die DEGAM spricht sich für die Aufnahme der Behandlung von leichten depressiven Episoden von kriteriengemäß langer Dauer bzw. Persistenz aus (siehe 1.2). Auch hier werden dann gemäß Qualitätskriterium 6 (Zahl der im PHQ-9 um mindestens 5 Punkte gebesserten Patientinnen und Patienten) Verbesserungen / Veränderungen erfasst.	GKV-SV, DKG, KBV: Der G-BA hat sich bewusst auf die mittelschweren und schweren Verlaufsformen fokussiert, da die Versorgung im Rahmen eines DMP für diese Patientengruppe besonders geeignet erscheint, insbesondere mit Blick auf einen intersektoralen Behandlungsbedarf und ein erforderliches Schnittstellenmanagement. Bei der Entscheidung spielt ebenfalls ein erhöhter Versorgungsbedarf auf Grund der stärkeren Auswirkungen auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit und die Alltagsbewältigung sowie eine erhöhte Suizidalität eine wesentliche Rolle.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>Innerhalb dieses DMP sollen komplexere Behandlungsstrategien gefördert werden, die eine Zusammenarbeit verschiedener Versorgungssektoren erfordern und somit über die in den Leitlinien empfohlene Behandlungsstrategie eines zeitlich begrenzten „watchful waiting“ bei leichten Fällen hinausgehen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7.16	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p><u>3. Teilnahme Voraussetzung</u> Keine Stellungnahme.</p>	
7.17	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	<p><u>4. Schulung</u> Die DKG, KBV und PatV fordern die obligate Aufnahme von digitalen ärztlich bzw. psychotherapeutisch begleiteten Selbstmanagement-Programmen bzw. Präsenzgruppenschulungen. Dies ist durch die „soll“-Formulierung umgesetzt</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV hat die Stellungnahme zum Anlass genommen, den Beschlussentwurf und die Tragenden Gründe für ein optionales Schulungsangebot noch einmal zu präzisieren.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>(Jedem Patienten soll eine Schulung / digitales Selbstmanagement-Programm angeboten werden). Dementsprechend ist auch ein Qualitätsziel zu den Schulungen formuliert. Die GKV beschreibt Schulungen als keinen notwendigen Bestandteil im DMP-Depression und sieht diese nur als optionales Angebot vor. Dies ist durch die „kann“-Formulierung umgesetzt.</p> <p>Die DEGAM spricht sich dafür aus, dass Patientinnen und Patienten Selbstmanagement-Programmen bzw. Präsenzgruppenschulungen angeboten werden sollen.</p> <p>Schulungen sind ein Kernelement in den DMP. Für die Indikation Depression liegen umfassende Belege für die Wirksamkeit insbesondere digitaler Selbstmanagement-Programme vor. In internationalen Leitlinien wird der Einsatz dieser Programme empfohlen. Es existieren mehrere Metaanalysen zur Wirksamkeit. Digitale Selbstmanagement-Programme gehen mit einer signifikanten Verbesserung der Symptomatik einher insbesondere, wenn sie fachlich qualifiziert begleitet werden. In mehreren Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass begleitete Programme mit einer deutlich höheren Wirksamkeit und geringeren Abbrecherquote einhergehen als unbegleitete Programme. [24-26]</p>	<p>Der GKV-SV verzichtet deshalb auf eine Vorgabe für ein verpflichtendes eigenständiges Schulungsangebot, weil die in anerkannten DMP-Schulungsprogrammen üblicherweise enthaltenen Inhalte in diesem DMP bereits an anderer Stelle berücksichtigt werden. Psychoedukative Elemente haben nicht nur in der Therapie selbst, sondern auch bei der Aufklärung Rahmen der Therapieplanung einen besonderen Stellenwert.</p> <p>Sofern ein Schulungsprogramm angeboten wird, unabhängig davon ob es eine Präsenzschulung oder ein digitales Schulungsangebot ist, muss dieses strukturiert, evaluiert, publiziert und zielgruppenspezifisch sein. Anhand des jeweiligen Konzepts des unterstützenden Schulungsangebotes muss seine Eignung für den definierten Einsatzzweck wissenschaftlich nachgewiesen sein.</p> <p>Auf eine Abbildung in der Dokumentation und den Qualitätszielen wird aufgrund der Optionalität von Schulungen verzichtet siehe auch lfd. Nr. 5.5)</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Viele Krankenkassen bieten jetzt schon digitale Selbstmanagement-Programme für Patienten mit Depression an. Teilweise werden diese ganz ohne ärztlich-psychotherapeutische Begleitung durchgeführt oder begleitet im Sinne eines Call Center-Angebots, das heißt durch bei der Krankenkasse angestellte Leistungserbringer begleitet, ohne Kooperation zu dem behandelnden und koordinierenden Arzt. In der aktuellen Versorgungssituation ist nicht gewährleistet, dass Qualitätsstandards (z.B. nachgewiesene Wirksamkeit, qualifizierte Begleitung) für solche digitalen Selbstmanagement-Programme eingehalten werden und entsprechende evidenzbasierte Programme für alle Versicherten vorgehalten werden.</p> <p>Psychoedukation könnte außerdem ähnlich dem „Counseling“, das in Großbritannien eingesetzt wird, im Rahmen eines DMP-Depression angeboten werden. Äquivalent zum DMP-Asthma oder DMP-Diabetes sind Patientenschulungen durch qualifizierte medizinische Fachangestellte denkbar [27,28]. Dies erscheint insbesondere in Anbetracht der aktuellen systemischen Ressourcen und damit verbundenen Wartezeiten und dem Hintergrund, dass in der stationären Versorgung in Deutschland Schulungen durch Angehörige von Gesundheitsfachberufen gut etabliert sind, sinnvoll.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7.18	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	Anlage 18 Keine Stellungnahme.	
7.19	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) / 14.06.2019	Literaturverzeichnis 1. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. Psychiat Prax 2010;37:225-232 2. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG. Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2006;49:873-883 https://doi.org/10.1007/s00103-006-0021-9 3. Petersen JJ, Hartig J, Paulitsch MA, et al. Classes of depression symptom trajectories in patients with major depression receiving a collaborative care intervention. PLOS ONE 2018;13:e0202245	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202245</p> <p>4. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. J Am Board Fam Pract 2002;15:25-38</p> <p>5. Melchior H, Schulz H, Härter M, Walker J, Ganninger M. Faktencheck Gesundheit–Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2014</p> <p>6. Meißner M. Morbi-RSA: Gerangel um „korrekte“ Codierung. Dtsch Arztebl International 2009;106:A-172 https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=63170</p> <p>7. Schönfelder T, Balázs S, Klewer J. Kosten aufgrund von DRG-Upcoding durch die Einführung der Diagnosis Related Groups in Deutschland. Heilberufe 2009;61:77-81 https://doi.org/10.1007/s00058-009-1516-1</p> <p>8. Berger M, van Calker D, Brakemeier E-L, Schramm E. Kapitel 11 - Affektive Störungen. In: Berger ed, Psychische Erkrankungen (Fünfte Ausgabe). Munich: Urban & Fischer; 2015:413-498</p> <p>9. Wittchen HU, Hofler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>settings: poorly recognized and treated? International clinical psychopharmacology 2001;16:121-135</p> <p>10. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Human psychopharmacology 2002;17 Suppl 1:S1-11</p> <p>11. Dickmann LM, Dickmann JR, Broocks A. DMP Depression? Die Hausarztperspektive. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2012;88:210-217</p> <p>12. Heuft G, Freyberger HJ, Schepker R. Ärztliche Psychotherapie-Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin: Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten: Klett-Cotta; 2018</p> <p>13. Lederbogen F. Körperliche Komorbidität. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz F-W eds, Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2006:257-276</p> <p>14. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>in patients with chronic medical illness. Dialogues Clin Neurosci 2011;13:7-23 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/21485743</p> <p>15. Hewer W. [How much general medical competency does a psychiatrist need?]. Der Nervenarzt 2005;76:349-360; quiz 361-342</p> <p>16. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Dtsch Arztebl International 2019;116:405-411 https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=208120</p> <p>17. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. Patient education and counseling 2004;54:299-306</p> <p>18. DGPPN B, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitlinien-gruppe Unipolare Depression;. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 https://www.leitlinien.de/nvl/depression</p> <p>19. Oliván-Blázquez B, Montero-Marin J, García-Toro M,</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>et al. Facilitators and barriers to modifying dietary and hygiene behaviours as adjuvant treatment in patients with depression in primary care: a qualitative study. BMC psychiatry 2018;18:205</p> <p>20. Deuschle M, Schweiger U. Kapitel O2 - Depression, metabolisches Syndrom und kardiovaskuläre Erkrankungen. In: Berger ed, Psychische Erkrankungen (Fünfte Ausgabe). Munich: Urban & Fischer; 2015:6-17</p> <p>21. Bahrs O, Henze K-H, Löwenstein F, et al. Review dialogues as an opportunity to develop a person-related overall diagnosis. International Journal of Person Centered Medicine 2015;5:112-119</p> <p>22. Bahrs O. Der Bilanzierungsdialog–Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 2011;11:7-15</p> <p>23. Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N. Versorgungs-Report 2013/2014: Schwerpunkt: Depression: Schattauer Verlag; 2014</p> <p>24. Josephine K, Josefine L, Philipp D, David E, Harald B.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2017;223:28-40 http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717307255</p> <p>25. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. PLOS ONE 2010;5:e13196 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196</p> <p>26. Ebert DD, Daele TV, Nordgreen T, et al. Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. European Psychologist 2018;23:167-187 https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1016-9040/a000318</p> <p>27. Gensichen J, Jaeger C, Peitz M, et al. Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. The Annals of Family Medicine 2009;7:513-519</p> <p>28. Gensichen J, Torge M, Peitz M, et al. Case management for the treatment of patients with major depression in</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		general practices–rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial–PRoMPT (Primary care Monitoring for depressive Patient's Trial)[ISRCTN66386086]–Study protocol. BMC public health 2005;5:101	
8.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019		
8.1	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019	<p>Allgemeine Bewertung</p> <p>Laut der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1; Jacobi et al. 2016) beträgt die Lebenszeitprävalenz 16-20 %, die 12-Monats-Prävalenz für eine Major Depression liegt bei 7 %. Die DGPPN begrüßt daher grundsätzlich die Einrichtung eines Disease-Management-Programm (DMP) Depression.</p> <p>Evaluationen bereits bestehender DMPs haben gezeigt, dass diese strukturierten Behandlungsprogramme einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf der eingeschriebenen Patienten haben. Die DGPPN verbindet mit der Einführung eines DMP Depression die Hoffnung, dass dies zu einer besseren Erkennungs- und Behandlungsrate von Depressionen führen wird. Es bleibt jedoch zu bedenken, dass die Diagnosestel-</p>	<p>Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme.</p> <p>GKV-SV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Mit der Festlegung der in diesem DMP adressierten Patientengruppe, der Beschreibung der Qualifikationsvoraussetzungen für die Diagnosesicherung sowie Beschreibung der koordinierenden Leistungserbringer und des Schnittstellenmanagements in Abhängigkeit von Befunden und Krankheitsverlauf, wird den von der DGPPN beschriebenen Anforderungen an ein gestuftes Vorgehen Rechnung getragen.</p> <p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Übereinstimmend mit der Stellungnahme der DGPPN wurden die entsprechenden inhaltlichen Anforderungen an die Diagnostik (Schweregradbe-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>lung der Depression an sich, die Feststellung des Schweregrades einer Depression sowie die diagnostische Abgrenzung insbesondere zu einer bipolaren Störung, aber auch zu einer Anpassungsstörung, Belastungsstörung oder Angststörung eine Herausforderung darstellt, die einer einschlägigen Erfahrung der Ärztin/des Arztes voraussetzt. Insbesondere die Abgrenzung zur bipolaren Störung ist hierbei essentiell und würde zu einer anderen Behandlungsstrategie führen.</p> <p>Zudem gibt es in der Symptomausgestaltung der Depression deutliche Geschlechtsunterschiede. Bereits jetzt bestehen deutliche Erkennungsdefizite bei Männern mit depressiven Erkrankungen. Die Diagnose der Depression nach ICD 10-Kriterien wird bei Frauen doppelt so häufig gestellt wie bei Männern (Jacobi et al. 2016), von Suiziden sind Männer mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen (Statistisches Bundesamt 2017).</p> <p>Es wird auch befürchtet, dass das vorliegende DMP Depression die Erwartungen an eine notwendige Steuerung der Versorgung von Menschen mit Depression nicht erfüllt. An der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in der Regel verschiedene Berufsgruppen über die Sektorengrenzen hinweg beteiligt – niedergelassene Haus- und</p>	<p>stimmung, Einsatz eines validen Messinstruments, psychische und somatische Differentialdiagnostik) für dieses DMP formuliert. Die geforderte Erfahrung des diagnostizierenden Arztes wird durch die Eingrenzung auf Hausärzte und spezialisierte Fachärzte, deren Qualifikation zur Diagnostik und Behandlung der Depression über die entsprechenden Weiterbildungsordnungen verankert ist, gewährleistet.</p> <p>G-BA: Die von der DGPPN adressierte Relevanz von Geschlechtsunterschieden in der Prävalenz und Symptomgestalt der Depression spielt eine wichtige Rolle, lässt sich jedoch aufgrund fehlender konkreter geschlechtsspezifischen Leitlinienempfehlungen nicht für diese Richtlinie ableiten.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Fachärzte sowie Psychotherapeuten, Kliniken und der gemeindepsychiatrische Bereich. Insbesondere chronische und schwere Verläufe einer depressiven Erkrankung benötigen ein gestuftes, koordiniertes und strukturiertes Vorgehen und die Möglichkeit auch ambulante Komplexleistungen zu erbringen. Aus Sicht der DGPPN stellt das DMP Depression hier eine erste Stufe der Koordination und Strukturierung dar.</p> <p>Nach Indikationsstellung sollten die Interventionen zeitnah einsetzen und aufeinander abgestimmt und koordiniert erfolgen. Insbesondere im Hinblick auf drohende Chronifizierungen dieser Erkrankungen ist der Zeitaspekt wichtig. Beispielhaft ist koordinierte Versorgung mit dem Einsatz niedrigschwelliger Behandlungsangebote im durch den Innovationsfonds finanzierten NPPV-Projekt in Nordrhein umgesetzt.</p> <p>Zudem gibt die DGPPN zu bedenken, dass aufgrund der Einschreibekriterien, die v. a. Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsphasen umfassen, die Zielgruppe bereits zu schwer erkrankt und damit überwiegend im fachärztlichen Sektor anzusiedeln ist; eine primär hausärztliche Versorgung dieser Patientengruppe führt möglicherweise zu einer weiteren Verschleppung einer dann indizierten eskalierten Therapie.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
8.2	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019	<p>I. Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie</p> <p>Zu 1.2 Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 der DMP- A-RL (Zeile 23)</p> <p>Im Entwurf ist vorgesehen, bei anderen DMPs obligat zu dokumentierende Erkrankungen (KHK, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, etc.) im DMP Depression nur fakultativ zu dokumentieren. Die DGPPN spricht sich dafür aus, dass dies bei der DMP Depression ebenso obligat zu dokumentieren ist.</p> <p>Begründung: Eine Dokumentation der somatischen Komorbiditäten wird zwar einen gewissen bürokratischen Aufwand bedeuten, das Vorliegen der genannten somatischen Komorbiditäten gemeinsam mit einer Depression ist aber für die Behandlung, den Verlauf und die Prognose beider Krankheitsarten von entscheidender Wichtigkeit und fördert damit eine leitliniengerechte Behandlung.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG, KBV, PatV: Der Dokumentationsparameter 17 (Begleiterkrankungen) kann aus Sicht der KBV, PatV und DKG dann erfasst werden, wenn die benannten Begleiterkrankungen im individuellen Fall relevant erscheinen. Die genannten Begleiterkrankungen sind nur zum Teil für die Depression relevante Begleiterkrankungen und sollten aus diesem Grund nicht alle bei jeder Dokumentation verpflichtend erfasst werden. Die im Dokumentationsparameter 17 genannten Erkrankungen dienen insbesondere der Darstellung von Qualitätszielen in den DMP KHK, Diabetes mellitus Typ 2 und COPD. Eine Übertragung der verpflichtenden Angabe auf andere DMP-Indikationen, in denen, wie im vorliegenden DMP Depression, diese Angaben nicht benötigt werden, ist aus Gründen der Datensparsamkeit nicht sinnvoll.</p> <p>Eine obligate Erfassung und Weiterleitung dieser personenbezogenen medizinischen Parameter, die für die Indikation Depression nicht direkt relevant sind, sondern nur zum Zwecke von Versicherteninformationen durch die Krankenkasse genutzt werden, erscheint auch aus Gründen der Datensparsamkeit nicht angemessen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>Abgesehen von der Dokumentation im DMP ist die Dokumentation relevanter medizinischer Parameter wie aller wichtigen Begleiterkrankungen in den Praxen sowieso selbstverständlich. Eine doppelte Erfassung von Patientendaten im DMP ist nicht zielführend. Die DMP Dokumentation ersetzt nicht in die jedem Fall erforderliche umfassende Anamnese- und Befunderhebung, die in den Praxisverwaltungssystemen zu dokumentieren ist.</p>
8.3	<p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019</p>	<p>II. Anlagen 17 und 18 Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik (Zeile 63 ff.) Einschreibevoraussetzung ist das Vorliegen einer mindestens mittel- bis schwergradigen unipolaren Depression mit persistierendem oder rezidivierendem Verlauf. Diese Position wird grundsätzlich unterstützt. Begründung: Das Vorliegen einer leichten Depression sollte nicht Voraussetzung für die Einschreibung in das DMP Depression sein, da hier die Behandlungsempfehlung laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression zunächst in „Watchful waiting“ besteht (DGPPN 2015). In Punkt c) werden die Leistungserbringer definiert, welche</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>die Diagnosesicherung vornehmen. Die DGPPN unterstützt die Position, dass neben den spezialisierten Leistungserbringern hierzu auch die Hausärzte zählen. Hierbei sollte aus Sicht der DGPPN auch keine Beschränkung ausschließlich auf Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen. Eine Vernetzung der einschreibenden Hausärzte mit entsprechenden Fachärzten ist wünschenswert.</p> <p>Begründung: Die meisten Patienten mit psychischen Erkrankungen befinden sich in der hausärztlichen Versorgung. Alle Hausärzte haben insofern täglich in ihrer Sprechstunde Berührungspunkte mit depressiven Menschen. Zudem sehen die Kriterien zur Teilnahme am DMP eine Schulung der Teilnehmer vor (siehe §4 Satz 1 und 2 DMP-A-RL). Außerdem soll der PHQ-9 zum Einsatz kommen. Insofern ist aus Sicht der DGPPN eine grundsätzliche Befähigung der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte für eine Diagnosestellung gegeben. Zudem wäre eine konsiliarische Überweisung z. B. zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vor der Einschreibung ggf. zur Diagnosesicherung nicht ausgeschlossen.</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Entsprechend aller im IQWiG-Bericht enthaltenen Leitlinienempfehlungen kann die Hausärztin bzw. der Hausarzt (general practitioner) die Diagnose einer Depression stellen. Wie die DGPPN in ihrer Stellungnahme darstellt, ist es von Relevanz, ausreichend hohe inhaltliche Anforderungen an die Diagnostik zu stellen. Die Befähigung zur Diagnostik wird berufsrechtlich über die Weiterbildungsordnung geregelt. Die Qualifikation hinsichtlich spezifischer für das DMP relevanter Inhalte werden, wie die DGPPN feststellt, über die Schulung der teilnehmenden Leistungserbringer nach §4 Satz 1 und 2 der DMP-A-RL gewährleistet.</p> <p>Die auf Expertenkonsens beruhende NVL-Empfehlung, dass „bei entsprechenden Hinweisen auf eine die Erkrankung komplizierende somatische Komorbidität eine Überweisung des Patienten zum Facharzt und bei komplizierender psychischer Komorbidität zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeuten erfolgen sollte“ (NVL 2015) zielt auf die Diagnosesicherung der jeweiligen Komorbidität und nicht der Depression selbst ab und kann nicht als Rechtfertigung herangezogen werden, Hausärztinnen und Hausärzten die Qualifikation zur Diagnostik der Depression abzusprechen</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>und eine zwingende diagnostischen Abklärung der Depressionsdiagnose durch andere Leistungserbringer zu fordern.</p> <p>GKV-SV, DKG: DKG und GKV-SV haben die Stellungnahme zum Anlass genommen, in den Tragenden Gründen (Nummer 1.2) die Begründung für die Diagnosesicherung durch spezialisierte Leistungserbringer nochmals zu schärfen.</p> <p>Da bei der im DMP adressierten Patientengruppe ausschließlich chronische Verläufe vorliegen, muss bei leitliniengerechter Therapie eine Einbeziehung der spezialisierten Ebene regelhaft erfolgen. Darüber hinaus geben mehrere Leitlinien mit mehrheitlich hohem GoR die Empfehlung, dass entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeuten in den diagnostischen Prozess einbezogen werden sollen und dies bereits bei Verdacht auf eine Depression.</p> <p>Bezüglich des möglichst niedrigschweligen Zugangs wird darauf hingewiesen, dass auch der hausärztlichen Versorgung zentrale Funktionen im DMP zukommt (z.B. Einschreibung, Koordinierende Stelle, Therapieplanung und -verlauf etc.).</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>Zum Hinweis auf die Schulung der teilnehmenden Ärzte, insbesondere der Hausärzte:</p> <p>Die in Nummer 4.1. vorgesehenen Schulungen der teilnehmenden Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte „zielen unter anderem auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der Sektoren übergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien“ und nicht auf eine umfassende medizinische Fortbildung der Ärzte.</p>
8.4	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019	<p>Zu 1.5.1.1. Therapiegrundsätze in Abhängigkeit von Schweregrad und Erkrankungsverlauf (Zeile 163 ff.)</p> <p>In Zeile 196 des Beschlussentwurfs steht: „Bei pharmakotherapie-resistenter Depression sollte eine Psychotherapie angeboten werden.“</p> <p>Bei pharmakotherapie-resistenter Depression empfiehlt die DGPPN zusätzlich das Angebot biologischer Therapieverfahren.</p>	<p>Die angesprochenen Verfahren der Lichttherapie sowie der Neurostimulation (insbesondere EKT) sind im ambulanten vertragsärztlichen Bereich nicht zu Lasten der GKV erbringbar.</p> <p>Aufgrund der zurückhaltenden Empfehlung in der NVL (2015) mit Blick auf lediglich kurzandauernde Besserung der Symptomatik wird eine spezifische Empfehlung zum Schlafentzug im DMP nicht aufgenommen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>ren wie Lichttherapie, Schlafentzugstherapie und Neurostimulationsverfahren.</p> <p>Begründung: Hierbei handelt es sich um Therapieverfahren, die laut der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression als Behandlungsalternativen bzw. Ergänzung empfohlen werden (DGPPN 2015).</p>	
8.5	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019	<p>Zu 1.5.2 Psychotherapie (Zeile 207 ff.)</p> <p>Es stehen hier im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren zur Verfügung.</p> <p>Die DGPPN weist darauf hin, dass Versicherte in der Regel insbesondere nach Erstdiagnose einer Depression psychotherapeutischer Interventionen bedürfen, die initial auf den Aufbau eines Krankheitsverständnisses, von Krankheitsakzeptanz, den Abbau von Schuldgefühlen und den Einbezug von Angehörigen in das Störungsverständnis zielen. Diese psychoedukativen und psychotherapeutischen Interventionen sollten generell erfolgen, um dann die Notwendigkeit einer Aufnahme einer Richtlinien-Psychotherapie zu prüfen. Zur Psychoedukation (für Betroffene und für Angehörige) stehen</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf (unter Nummer 1.5.2) wurde dahingehend angepasst, dass abhängig vom Ort der Leistungserbringung verschiedene Psychotherapieverfahren Einsatz finden können. Die explizite Aufführung von Psychotherapieverfahren ist leitlinienkonform, aber nicht abschließend; die Formulierung umfasst für die vertragsärztliche Versorgung die PT-Richtlinienverfahren und weist zudem auf die Möglichkeit hin, dass bei Behandlung durch Krankenhäuser diese und weitere Verfahren zur Anwendung kommen können.</p> <p>GKV-SV: Grundlage für die Aufnahme von Anforderungen in DMP sind Leitlinienempfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad. Psychoedukation ist ein integraler Bestandteil dieses DMP, u.a. im Rahmen der Therapieplanung, die den individu-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>ebenfalls evaluierte Programme zur Verfügung.</p> <p>Obwohl das DMP Depression nicht auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten direkt nach Erstdiagnose zielt, wäre es sinnvoll, im DMP Depression eine Abklärung vorzusehen, ob diese Maßnahmen bereits erfolgt sind, vom Patienten als ausreichend wahrgenommen wurden und/oder ob diese ggf. noch zu erfolgen haben. Dies erscheint insbesondere dann sinnvoll, wenn nach der Erstdiagnose keine weitere Behandlung oder nur eine kurze Behandlung erfolgt ist.</p> <p>Analog der Empfehlung, dass bei pharmakotherapieresistenter Depression Psychotherapie angeboten werden sollte (Zeile 196), sollte im Abschnitt zur Psychotherapie formuliert werden, dass bei psychotherapieresistenter Depression Pharmakotherapie angeboten werden sollte.</p>	<p>ellen Bedarf in Abhängigkeit des bisherigen Behandlungsgeschehens sowie des Krankheitsverlaufes berücksichtigt.</p> <p>KBV, PatV: Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sowohl vorbehandelte und / oder geschulte Patienten als auch Patienten nach Erstdiagnose eingeschrieben werden können, wird von KBV, DKG und PatV eine evaluierte Schulung gefordert.</p> <p>G-BA: Die Berücksichtigung vorangegangener Maßnahmen und das Ansprechen auf diese wird im Beschlussentwurf an mehreren Stellen gefordert. Die angesprochenen Punkte sind unter anderem ebenfalls Bestandteil der Therapieplanung.</p> <p>G-BA: Im Rahmen der Verlaufskontrolle wird der Aspekt angesprochen, dass bei fehlender Besserung nach spätestens drei Monaten die weitere Konsultation eines zusätzlich qualifizierten Leistungserbringers zu prüfen ist. Eine direkte Emp-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Auch muss in den Psychotherapie teil eine Analogformulierung eingefügt werden: „Die Patientin oder der Patient soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen und die Behandlungsdauer informiert werden. Zudem ist über mögliche Folgen einer raschen Beendigung der Psychotherapie aufzuklären.“</p>	<p>fehlung für eine medikamentöse Therapie alternativ oder begleitend im Falle eines ausbleibenden Psychotherapieerfolges, lässt sich den zu Grunde liegenden Leitlinien nicht entnehmen.</p> <p>Den genannten Aspekten wurde im Beschlussentwurf unter Nummer 1.5.2 Rechnung getragen und ergänzt.</p>
8.6	<p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019</p>	<p>Zu 1.5.3 Medikamentöse Therapie (Zeile 255 ff.)</p> <p>Die DGPPN lehnt die Position, wonach zur Behandlung mittelgradiger und schwerer Depression vorrangig SSRIs einzusetzen sind, entschieden ab.</p> <p>Begründung: Dieser Vorschlag ist nicht konform mit den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, die SSRIs nicht als Firstline-Medikation vorsieht (DGPPN 2015). Es sollten in der Richtlinie keine medikamentösen Empfehlungen abgegeben werden, die mit Leitlinienempfehlungen nicht übereinstimmen. Der Patientenschutz wäre zudem in vielen Fällen mit einer Komorbidität nicht gewährleistet: So ist z. B. bei Patientinnen unter bestimmter</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>anti-hormoneller Behandlung bei Brustkrebs, bei Patientinnen und Patienten unter Behandlung mit Blut-gerinnungs-Medikamenten nach kardiovaskulären oder thromboembolischen Ereignissen, bei Patientinnen und Patienten, die auf ständige Schmerzmedikation mit Nicht-Opioide-Analgetika angewiesen sind, die gleichzeitige Anwendung von SSRIs kontraindiziert.</p> <p>Die Ausgestaltung der individuellen Depressionssymptome sollte Leitfaden für die Wahl des Antidepressivums bleiben, um die Zielsymptome (z. B. gesteigerter oder verminderter Antrieb) passgenau behandeln zu können. SSRIs sind bei agitierten Depressionen mit gestörtem Schlaf nicht sinnvoll.</p> <p>In Zeile 327 wird eine langfristige Rückfallprophylaxe bei Patienten, die eine medikamentöse Therapie in Anspruch nehmen, empfohlen. Aus Sicht der DGPPN ist bei allen Patienten, die in das DMP eingeschlossen werden, eine Rückfallprophylaxe indiziert, nicht nur bei medikamentös behandelten.</p>	<p>Im Abschnitt zur Psychotherapie (Nummer 1.5.2) wird auf den Aspekt der Rückfallprophylaxe eingegangen.</p>
8.7	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und	Zu 1.5.4 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen (Zeile 335 ff.)	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019	<p>In diesem Abschnitt werden weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen definiert, die neben Psychotherapie, medikamentöser Therapie, Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie zur Verfügung stehen. Es fehlen hierbei die biologischen Behandlungsverfahren, wie z. B. Lichttherapie, Schlafentzug- oder Neurostimulationstherapie. Biologische Behandlungsverfahren sollten daher unter 1.5.4 explizit aufgelistet werden.</p> <p>Begründung: Bei biologischen Verfahren handelt es sich um evidenzbasierte und wirksame nicht-medikamentöse Verfahren, die neben psychotherapeutischen und medikamentösen Interventionen zu einer leitliniengerechten Behandlung der Depression gehören (DGPPN 2015).</p> <p>Zusätzlich werden der Einbezug von psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege (pHKP), Soziotherapie und Ergotherapie in das Gesamtbehandlungskonzept empfohlen.</p>	<p>Die angesprochenen Verfahren der Lichttherapie sowie der Neurostimulation sind im ambulant vertragsärztlichen Bereich nicht zu Lasten der GKV erbringbar (vgl. lfd. Nr. 8.4).</p> <p>Sowohl die EKT als auch die psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege (pHKP) sowie Ergo- und Soziotherapie werden im Beschlussentwurf als ergänzende Maßnahmen benannt.</p>
8.8	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.	<p>Zu 1.5.5. Maßnahmen bei Suizidalität (Zeile 346)</p> <p>Suizidalität bzw. Suizid ist der folgenschwerste Outcome bei psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und Depressionen im Speziellen. Insofern ist die besondere Beachtung von</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	V. (DGPPN) /14.06.2019	<p>suizidalen Gedanken und Handlungen in einem DMP von hoher Relevanz. Insgesamt schließt sich die DGPPN daher den ausführlicheren Ausführungen der PatV an, mit jedoch drei Kommentaren bzw. Ergänzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Suizidalitätsfördernde Wirkung von Antidepressiva“: Die Position, dass Antidepressiva eine suizidalitätsfördernde Wirkung haben, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Allenfalls haben Antidepressiva eine antriebssteigernde Wirkung, die dann zu einer erhöhten Umsetzungswahrscheinlichkeit von Suizidalität führt. Es ergeben sich allerdings hieraus Anforderungen an die Aufklärung der Patientinnen und Patienten und Anforderungen an die Frequenz der Arzt-Patienten-Kontakte in einer Eindosierungs- oder Umstellungsphase. Dies sollte präziser dargestellt werden. ▪ „Suizidale Symptomatik und Intoxikationen“: Hier ist unklar, was gemeint ist. In der Tat kommt es bei schweren Alkohol- oder Drogenintoxikation unter Umständen zu suizidalem Verhalten, die Intoxikation ist dann jedoch in aller Regel ohnehin die medizinische Leitsymptomatik. ▪ Es fehlen Hinweise auf die Möglichkeit bzw. sogar Verpflichtung, bei akuter Suizidalität und fehlender Steuerungsfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung eine 	<p>Zu Spiegelstrich 1: Dank und Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wurde unter Nummer 1.5.3 und Nummer 1.5.5 in modifizierter Form gefolgt (vgl. auch lfd. Nr. 6.3).</p> <p>PatV: Aufgrund der Stellungnahmen (siehe auch lf. Nr. 9.10 und 12.5) wurde eine Anpassung unter Nr. 1.5.5 in den Anforderungen vorgenommen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Maßnahme gegen den Willen des Patienten, in der Regel nach PsychKHG der Länder, in die Wege zu leiten. Das Wissen hierüber ist im hausärztlichen Bereich nicht immer gegeben, sodass an dieser Stelle ein Hinweis geboten erscheint.	Es wurde eine Ergänzung in den Tragenden Gründen zu Nummer 1.5.5 aufgenommen.
8.9	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019	<p>Zu 1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (Zeile 440 ff.)</p> <p>An dieser Stelle fehlt ein Hinweis zur Augmentation mit Quetiapin, die zugelassen und leitliniengemäß ist.</p> <p>Zudem fehlt der Hinweis auf die Notwendigkeit der Kontrolle von Nierenretentionswerten und Calcium bei der Lithiumtherapie.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme. Dem Hinweis zu Quetiapin wurde unter Nummer 1.6.2 gefolgt.</p> <p>Ein umfassende Darstellung sämtlicher empfohlener Laboruntersuchungen unter Pharmakotherapie übersteigt die Regelungstiefe des DMP.</p>
8.10	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019	<p>Zu 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren (Zeile 481 ff.)</p> <p>Die DGPPN lehnt die Position ab, dass Psychologische Psychotherapeuten die Gesamt-Koordination der in das DMP Depression eingeschlossenen Patientinnen und Patienten leisten sollen.</p> <p>Begründung: Psychologische Psychotherapeuten verfügen</p>	<p>GKV-SV, DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, PatV: Die Langzeitbetreuung und Dokumentation im DMP hat nicht zur Voraussetzung, dass alle wesentlichen therapeutischen Kompetenzen von dem koordinierenden Leistungserbringer selbst vorliegen müssen. Andere in diesem</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>nicht über die erforderlichen somatisch/medizinischen und medizinisch-pharmakologischen Kompetenzen und können damit wesentliche Aufgaben der Koordination nicht selbst ausüben, sondern allenfalls bei Vorliegen entsprechender Entscheidungskriterien den Einbezug der ärztlichen Ebene herbeiführen.</p> <p>In Zeile 510ff. steht: „Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ist die Notwendigkeit einer unmittelbaren Vorstellung bei einer entsprechend qualifizierten Fachärztin oder einem entsprechend qualifizierten Facharzt, einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, bei einer qualifizierten ambulanten Einrichtung oder eine unmittelbare Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung [PatV] zu veranlassen bzw. [GKV-SV, DKG, KBV] zu prüfen“.</p> <p>Aus Sicht der DGPPN ist hier unbedingt die Notwendigkeit einer fachärztlichen Vorstellung gegeben. Die Vorstellung bei Psychologischen Psychotherapeuten sollte gestrichen werden. Auch sprechen wir uns für die starke Formulierung „zu veranlassen“ aus.</p>	<p>DMP vorgesehenen koordinierende Ärztinnen und Ärzte können bspw. keine Psychotherapie durchführen (z.B. Hausärzte ohne Zusatzbezeichnung Psychotherapie), sodass auch andere Leistungserbringer nicht alle wesentlichen therapeutischen Interventionen durchführen können. Ein Ausschluss von Psychologischen Psychotherapeuten führt für viele Patientinnen und Patienten mit ausschließlich psychotherapeutischer Behandlung zur obligaten Inanspruchnahme weiterer Ärztinnen und Ärzte. Für Patientinnen und Patienten, die dies nicht wünschen, wird damit der Zugang zum DMP verwehrt. Psychologische Psychotherapeuten können zu anderen Ärzten und weiteren Leistungserbringern weiterleiten, eine explizite Überweisung ist für die Koordination des DMP nicht notwendig. Die Befähigung zur Krankschreibung ist ebenfalls keine Voraussetzung zur Koordination des DMP, zumal die Krankschreibung keine Intervention darstellt.</p> <p>Dem Vorschlag wurde im Beschlussentwurf unter Nummer 1.7.2 gefolgt.</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV: Die Formulierung „ist zu veranlassen“</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Begründung: Nur Fachärzte können aufgrund ihrer Kompetenzen sämtliche eventuell gebotenen Behandlungsoptionen anbieten. Zudem ist aufgrund der fehlenden Teilnahme niedergelassener Psychologischer Psychotherapeuten und üblicherweise langer Wartezeiten die Vorstellung bei diesen nicht zielführend.</p>	<p>ist abschließend und lässt keine Ausnahmen zu. Die Koordination des am DMP teilnehmenden Versicherten erfolgt durch verschiedene Leistungserbringer, daher sieht der Beschlussentwurf unter Nummer 1.7.1 vor, dass eine Überweisung immer nur in Abhängigkeit von der eigenen Qualifikation der Behandlerin oder des Behandlers zu erfolgen hat. Dem Vorschlag wurde daher nicht gefolgt.</p>
8.11	<p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019</p>	<p>Zu 4.2 Schulungen der Versicherten (Zeile 573 ff.)</p> <p>Die Nutzung von digitalen und telemedizinischen Anwendungen zur Schulung der Versicherten über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte sich dabei jedoch um evidenzbasierte Programme handeln und sie sollten ärztlich begleitet werden. Daher wird an dieser Stelle die Position der KBV unterstützt.</p> <p>Begründung: Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von digitalen Anwendungen. Erste Einschätzungen sehen diese Anwendungen als Medizinprodukte an, die auch zum Teil auf Rezept verordnet werden können. Es ist wichtig, sich hier auf ein bis zwei Anwendungen, die stets ärztlich begleitet wer-</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Grundsätzlich ist zu beachten, dass zur Anwendung kommende Schulungsprogramme strukturiert, evaluiert, publiziert und zielgruppenspezifisch sein müssen. Anhand des jeweiligen Konzepts des unterstützenden Schulungsangebotes muss darüber hinaus seine Eignung für den definierten Einsatzzweck wissenschaftlich nachgewiesen sein.</p> <p>Zudem ist zu bedenken, dass möglicherweise Patientinnen und Patienten keinen Computer und kein Smartphone besitzen oder digitale Anwendungen wegen Datenschutzbedenken ablehnen.</p> <p>Digitale Anwendungen können ergänzend zur persönlichen</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		den, zu beschränken. Die digitalen Selbstmanagement-Programme müssen deshalb strukturiert, evaluiert und in einschlägigen Fachzeitschriften oder -portalen publiziert sein. Zudem zeigen erste Evaluationen, dass diejenigen digitalen Anwendungen am erfolgreichsten wirken, die von der jeweils behandelnden Ärztin bzw. vom jeweils behandelnden Arzt persönlich begleitet werden.	Vermittlung von unterstützenden Schulungsinhalten durch entsprechend ausgebildete Leistungserbringer eingesetzt werden. Dabei dürfen nur solche digitalen Anwendungen zum Einsatz kommen, die nicht als eigenständige Therapie oder therapieersetzend (z.B. zur Wartezeitüberbrückung) konzipiert sind (siehe dazu auch lfd. Nr. 5.5).
8.12	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) /14.06.2019	<p><u>Quellen:</u></p> <p><u>DGPPN (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, 2015. Version 5. AWMF-Register-Nr.: nvl-005 (verfügbar unter: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf)</u></p> <p><u>Jacobi et al. (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Nervenarzt 87:88-90</u></p> <p><u>Statistisches Bundesamt (2017). Todesursachen in Deutschland (verfügbar unter:</u></p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachen-2120400157004.pdf;jsessionid=9B0EBB13F2C39C0134AD8FBD536294E2.internet711?_blob=publicationFile&v=5	
9	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019		
9.1	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Vorbemerkung</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die Vorlage eines Beschlussentwurfs für ein neues Disease-Management-Programme (DMP) Depression, das den gesetzlichen Auftrag gemäß § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz umsetzt. In der Versorgung von Patientinnen und Patienten insbesondere mit chronifizierten Depressionen bestehen nach wie vor erhebliche Versorgungsdefizite, die durch eine strukturierte multiprofessionelle Versorgung sinnvoll adressiert werden können. Die Implementierung eines DMP Depression verfügt insoweit über das Potenzial, für diese Patientengruppe über die Regelversorgung hinaus durch ergänzende strukturierte Angebote zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen.</p>	Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Mit der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (NVL Unipolare Depression, 2. Auflage) liegt ein umfangreiches Set an Empfehlungen für eine strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression vor, die handlungsleitend für die inhaltliche Ausrichtung des DMP Depression herangezogen werden können. Verschiedene Versorgungsstudien konnten zeigen, dass insbesondere für Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression ein relevantes Versorgungsdefizit in Bezug auf die rechtzeitige Identifikation, Indikationsstellung und Einleitung einer adäquaten Behandlung besteht, um die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben zu fördern und weitere Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zu verhindern. Für Patientinnen und Patienten mit chronischen Depressionen sollte daher im Rahmen des DMP systematisch der Zugang zu leitliniengerechter Diagnostik und Behandlung erleichtert und die Versorgungsqualität insgesamt verbessert werden.</p> <p>Disease-Management-Programme sind grundsätzlich auf eine strukturierte, leitlinienorientierte Versorgung von chronischen Erkrankungen ausgerichtet. Insofern ist für die Krankheitsgruppe der depressiven Störungen eine Eingrenzung des DMP auf chronifizierte Verläufe sinnvoll. Entsprechend</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>ist eine Einschreibung in das DMP auf diejenigen Patientinnen und Patienten zu beschränken, bei denen die Depression länger als ein Jahr anhält bzw. bei der mindestens die dritte Episode einer rezidivierenden Depression aufgetreten ist, sinnvoll. Für diese Patientengruppe sollte zum einen eine bessere Koordinierung der Behandlung erfolgen, zum anderen aber auch gemäß dem Versorgungsalgorithmus der NVL Unipolare Depression eine strukturierte Indikationsstellung für eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie erfolgen. Darüber hinaus kann es über die Implementierung eines DMP Depression besser gelingen, Patientinnen und Patienten in strukturierter Form die Teilnahme an Schulungen zu ermöglichen und so die Patientinnen und Patienten in einem aktiven Umgang mit der eigenen Erkrankung zu stärken. Um den Zugang von Patientinnen und Patienten zu einem DMP Depression niederschwellig und nachhaltig zu gestalten, sollten dabei die aus Patientensicht gewünschten und etablierten Zugangswege genutzt werden und die Leistungen des DMP über diejenigen Fachgruppen koordiniert werden, die in der Versorgung die vorrangigen Ansprechpartner für Menschen mit depressiven Erkrankungen sind und zu denen eine etablierte vertrauensvolle Therapiebeziehung besteht.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Im Folgenden nimmt die BPtK zu den einzelnen Regelungsinhalten des Beschlussentwurfs Stellung.	
9.2	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu I. Die Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt geändert:</p> <p>Zu 2. Dokumentationsparameter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die BPtK schließt sich der Auffassung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Patientenvertretung (PatV) an, nach der Angaben zu Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck, Rauchen und Begleiterkrankungen optional zu dokumentieren sind. <p>Begründung:</p> <p>Die aufgezählten Parameter stehen nicht zwingend im Zusammenhang mit der Behandlung der depressiven Erkrankung, den Qualitätszielen, der Überprüfung der Einschreibung, der Schulung der Versicherten oder der Evaluation des DMP. Eine obligatorische Erfassung und Verarbeitung dieser personenbezogenen Parameter ist in besonderer Weise begründungspflichtig. Aus Gründen der Datensparsamkeit und, um unnötige bürokratische Hürden zu vermeiden, wäre es</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Zu diesem Dissens sind vier fristgerechte Stellungnahmen eingegangen, die eine verpflichtende Variante befürworten. Die übrigen Stellungnehmer haben sich nicht dazu geäußert. Die Erhebung der Parameter dient der kassenseitigen Qualitätssicherung nach § 2 Abs. 4 DMP-A-RL (siehe auch lfd. Nr. 4.2).</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		aus Sicht der BPtK insoweit zielführend, dass diese Angaben lediglich optional erfasst werden können, wenn dies im Einzelfall relevant für die Behandlung der Depression im Rahmen des DMP erscheint. Eine obligatorische Erfassung der Angaben bei allen Patientinnen und Patienten erscheint dagegen nicht gerechtfertigt.	
9.3	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu II. Der Richtlinie werden folgende Anlagen 17 und 18 angefügt:</p> <p>Zu 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)</p> <p>Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik und Diagnosesicherung zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Depression</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die BPtK schließt sich der Auffassung der PatV an, dass der zeitliche Verlauf der Erkrankung (über mindestens ein Jahr anhaltend oder rezidivierend mit der 	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV: Der G-BA hat sich bewusst auf die mittelschweren und schweren Verlaufsformen fokussiert, da die Versorgung im Rahmen eines DMP für diese Patientengruppe besonders geeignet erscheint, insbesondere mit Blick auf einen intersektoralen Behandlungsbedarf und ein erforderliches Schnittstellenmanagement. Bei der Entscheidung spielt ebenfalls ein erhöhter Versorgungsbedarf auf Grund der stärkeren Auswirkungen auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit und die Alltagsbewältigung sowie eine erhöhte Suizidalität eine wesentliche Rolle.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>mindestens dritten Episode) als Kriterium ausschlaggebend für eine Teilnahme am DMP sein sollte. Dementsprechend sollte auch Patientinnen und Patienten, die unter einer anhaltenden Depression leiden und deren Erkrankung aktuell einem „leicht“ ausgeprägten Schweregrad entspricht, die Teilnahme an dem DMP Depression möglich sein. Sie schließt sich daher der PatV auch bezüglich der geforderten Anzahl von Zusatzsymptomen zur Bestimmung des Schweregrads an.</p> <p>Begründung: Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen und unterscheiden sich maßgeblich in ihrem Verlauf und ihrer Schwere. Dabei gilt, dass insbesondere längere Episoden sowie jedes erneute Auftreten der Erkrankung nach Remissionsphasen das Risiko für das Auftreten weiterer Episoden und eine Chronifizierung der Erkrankung erhöhen. Auch die NVL Unipolare Depression differenziert entsprechend neben dem Schweregrad nach der Chronizität der Erkrankung. Aus Sicht der BpTK erscheint es daher folgerichtig, das DMP Depression grundsätzlich für Patientinnen und Patienten auszugestalten, die einen höheren und längerfristigen Versorgungsbedarf haben. Dabei bieten sich zur Kategorisierung</p>	<p>Innerhalb dieses DMP sollen komplexere Behandlungsstrategien gefördert werden, die eine Zusammenarbeit verschiedener Versorgungssektoren erfordern und somit über die in den Leitlinien empfohlene Behandlungsstrategie eines zeitlich begrenzten „watchful waiting“ bei leichten Fällen hinausgehen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>insbesondere Charakteristika des zeitlichen Verlaufs an. Die BPtK begrüßt, dass aktuell vorgesehen ist, das DMP für Patientinnen und Patienten anzubieten, deren Depression seit mindestens einem Jahr anhält oder deren aktuelle Episode bereits die dritte Episode einer rezidivierenden Depression darstellt. Die BPtK spricht sich dafür aus, wie von der PatV vorgeschlagen, neben diesem Kriterium keinen weiteren Ausschluss von Patientinnen und Patienten basierend auf dem aktuellen Schweregrad der Erkrankung vorzunehmen. Insbesondere beim wiederholten Auftreten depressiver Episoden erscheint es nicht ziel-führend, Patientinnen und Patienten erst beim Erreichen einer mittelgradigen Symptom-schwere die Teilnahme an dem DMP Depression zu ermöglichen. Aufgrund des hohen Rezidivrisikos erscheint es vielmehr indiziert, frühzeitig intervenieren zu können und entsprechend Patientinnen und Patienten auch möglichst zeit-nah das umfassende strukturierte Behandlungsangebot des DMP machen zu können.</p> <p>Chronifizierte Depressionen gehen mit einer erheblichen Ein-schränkung an Lebensqualität für die Betroffenen einher. Auch in Bezug auf den Schweregrad als leicht kategorisierte chronische Formen der Depression, wie beispielsweise Dys-thymie, gehen für Betroffene mit erheblichen negativen Kon-</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>sequenzen, einschließlich gravierender Funktionseinschränkungen, einher. Bei der Ausgestaltung des DMP sollte daher der zeitliche Verlauf der Erkrankung prioritär gegenüber der aktuellen Symptombelastung bewertet werden. Keinesfalls sollte Betroffenen mit einem rezidivierenden Verlauf bei aktuell leichtem Schweregrad der depressiven Symptomatik vermittelt werden, dass es sich um eine vermeintliche Bagatelerkrankung handelt, die ausschließlich einer niederschwelligen Behandlung bedarf.</p> <p>Es scheint aus Sicht der BPtK daher indiziert, auch Betroffenen mit einer chronifizierten Depression, deren aktuelle Ausprägung einem leichten Schweregrad entspricht, die Teilnahme an dem DMP zu ermöglichen. Die in den Tragenden Gründen dargelegte Auffassung von GKV-SV, DKG und KBV, nach der für leichte Depressionen umfassende niederschwellige Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen, überzeugt nicht, da die aufgeführten Maßnahmen in der NVL Unipolare Depression zwar für eine leichte Episode aufgeführt werden, sie entsprechen jedoch gerade nicht den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression für Patientinnen und Patienten mit chronischen und rezidivierenden Verläufen. Genau diese Patientengruppe sollte jedoch mit dem DMP adressiert werden.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Die Anzahl der zu erfassenden Zusatzsymptome bei der Bestimmung des Schweregrads auf „zwei“ festzulegen, entspricht den Diagnosekriterien des ICD-10 für eine mindestens leichte depressive Episode und korrespondiert entsprechend mit dem Vorschlag, das DMP auch Betroffenen mit chronifizierten Depressionen mit aktuell leicht ausgeprägter Symptomatik anzubieten.</p> <p>Die Erweiterung der Einschlusskriterien für das DMP bezüglich des Schweregrades hat Auswirkungen auf die weitere Ausgestaltung des DMP. Aus Sicht der BPtK sollte analog eine entsprechende Erweiterung der Therapiegrundsätze (Abschnitt 1.5.1.1.) vorgenommen werden.</p>	
9.4	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>- Die BPtK stimmt GKV-SV und DKG zu, dass die Diagnose-sicherung durch einen für diesen Bereich qualifizierten Leistungserbringer erfolgen sollte. Präzisiert werden sollte in den Tragenden Gründen, dass auch die Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten zu den für die Diagnostik von Depression besonders qualifizierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gehört.</p> <p>Begründung:</p>	<p>Der Vorschlag, die Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten aufzunehmen, wurde berücksichtigt, indem eine Ergänzung in den Tragenden Gründen (Abschnitt: <u>Regelungen im Einzelnen</u>) aufgenommen wurde.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Die Patientengruppe, die von dem DMP Depression profitieren soll, zeichnet sich insbesondere durch das lange Andauern der Erkrankung sowie deren Schweregrad aus. Da von der präzisen Diagnostik insbesondere dieser beiden Kriterien auch die Indikationsstellung für eine weitere Behandlung abhängt, ist es aus Sicht der BPTK erforderlich, dass die Diagnostik durch einen bzw. eine entsprechend dafür qualifizierte Leistungserbringerin bzw. qualifizierten Leistungserbringer erfolgt. Zudem muss ausreichend Zeit auch für eine präzise Differentialdiagnostik anderer psychischer Erkrankungen zur Verfügung stehen, da Depressionen, wie in der NVL Unipolare Depression beschrieben, oftmals mit anderen komorbiden psychischen Erkrankungen, beispielsweise Angststörungen, einhergehen. Dabei zeigt sich im Versorgungsalltag, dass eine entsprechend umfassende Diagnostik von Hausärztinnen und Hausärzten aus zeitlichen Gründen kaum geleistet werden kann. Dafür sprechen die Ergebnisse des Faktenchecks Depression,¹ der gezeigt hat, dass knapp 80 Prozent der unspezifischen Depressionsdiagnosen von Hausärztinnen und Hausärzten gestellt wurden. Auch die Chronifizierungsrate depressiver Erkrankungen, wie sie gegenwärtig in der hausärztlichen Versorgung in den Abrechnungsdaten</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>kodiert wird, fällt deutlich höher aus, als es aufgrund von epidemiologischen Studien erwartbar wäre. Sie würden damit den Anforderungen an die für die Einschreibung in ein DMP Depression erforderliche Diagnostik nicht genügen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bieten seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie mit der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Leistung an, die Patientinnen und Patienten zeitnah eine umfassende diagnostische Abklärung ihrer Beschwerden ermöglicht. Damit sind bei diesen Berufsgruppen im Versorgungsalltag bereits geeignete Strukturen vorhanden, die es ermöglichen, die für das DMP geforderten Anforderungen an die Diagnostik zu erfüllen. Auch wenn sich das DMP Depression an Erwachsene richtet, sollte die Gruppe der Kinderund Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten als besonders qualifizierte Berufsgruppe für die Diagnostik von Depressionen explizit erwähnt werden. Kinderund Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten behandeln im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung Patientinnen und Patienten regelhaft bis zum 21. Lebensjahr, bei bereits vorab begonnenen Behandlungen auch über das 21. Lebensjahr hinaus. Ist bereits im Jugendalter bzw. frühen Erwachsenenalter eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung vorhanden, sollten Patientinnen und Patienten nicht durch zusätzliche Hürden</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>einer erneuten Diagnostik bei einer anderen Leistungserbringerin bzw. einem anderen Leistungserbringer von der Inanspruchnahme an dem DMP Depression abgehalten werden. Hinzu kommt, dass diese früh psychisch stark belastete Patientengruppe oftmals konstant ausschließlich durch Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten versorgt wird. Aufgrund des jungen Ersterkrankungsalters und der fehlenden somatischen Komorbiditäten findet keine regelmäßige Konsultation einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes statt, zu der bzw. dem bereits ein Vertrauensverhältnis bestünde. Eine entsprechende Präzisierung der Tragenden Gründe wäre daher aus Sicht der BPtK zielführend.</p> <p>¹ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Faktencheck Depression – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. 1. Auflage, 2014.</p>	
9.5	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich ferner der Auffassung der PatV an, dass Betroffenen mit Dysthymie ebenfalls eine Teilnahme am DMP Depression ermöglicht werden soll. <p>Begründung:</p> <p>Dysthymie stellt eine Form von chronischer Depression dar, die für Betroffene mit erheblichen Funktionseinschränkungen</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Kenntnisnahme. Die Nichtaufnahme der Dysthymie begründet sich insbesondere durch die geringere Symptomschwere wie in den Tragenden Gründen zu Nummer 1.2 angeführt, vgl. auch lfd. Nr. 9.3.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>und einer erheblich verringerten Lebensqualität einhergeht. Entsprechend der obigen Ausführungen sollten Betroffene nicht aufgrund des vergleichsweise gering ausgeprägten Schweregrads der Symptomatik von einer Teilnahme am DMP Depression ausgeschlossen werden.</p>	
9.6	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu 1.4 Therapieplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK begrüßt, dass auf Basis einer umfassenden Anamnese, unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen und zentraler Merkmale der vorliegenden Erkrankungen, ein Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen erstellt werden soll. Zugleich sollte die Ergänzung gemäß Vorschlag der PatV aufgegriffen werden, dass dieser bei Bedarf und in Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern bzw. Leistungserbringern erstellt werden sollte. Es erscheint zudem sinnvoll, diesen entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten auch schriftlich auszuhändigen. Die BPtK schlägt daher folgende Erweiterung, ausgehend vom Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV, vor: <p>„Im Rahmen der Therapieplanung erstellt die koordinierende Ärztin bzw. Psychotherapeutin oder der</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme, der Vorschlag greift die Formulierung der Patientenvertretung auf.</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV: siehe lfd. Nr. 5.1.</p> <p>Die Erstellung eines individuellen Therapieplans wird insbesondere als eine der Kernaufgaben des koordinierenden Leistungserbringers betrachtet. Dies schließt selbstverständlich nicht aus, dass bei Erforderlichkeit weitere Leistungserbringer einbezogen werden. Daher erscheint eine Änderung nicht angezeigt.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>koordinierende Arzt bzw. Psychotherapeut gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und bei Bedarf weiteren beteiligten Leistungserbringern bzw. Leistungserbringern einen Therapieplan mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen. Diese können sich insbesondere auf die Behandlungskoordination, auf psychotherapeutische Verfahren, auf andere nicht-medikamentöse und auf medikamentöse Maßnahmen sowie auf Eigenaktivitäten wie Lebensstiländerungen beziehen. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sollen Strategien für ein Krisenmanagement besprochen und bei Bedarf festgehalten werden. Der Therapieplan wird der Patientin oder dem Patienten bei Bedarf in schriftlicher Form ausgehändigt.</p> <p>Begründung: Auch aus Sicht der BPtK ist es wünschenswert, dass individuelle Therapiepläne mit individuell vereinbarten Zielen und Maßnahmen erstellt werden. Diese sollten bei Bedarf unter Beteiligung weiterer Leistungserbringern und Leistungserbringern erstellt werden, damit Patientinnen und Patienten eine optimal abgestimmte und koordinierte Behandlung erhalten können, bei denen bereits zu Beginn gewährleistet ist,</p>	<p>Eine patientenzentrierte Vorgehensweise, wie im DMP grundsätzlich vorgesehen, schließt immer auch eine patientenverständliche Kommunikation mit ein, die potentiell auch die Aushängung eines schriftlichen Therapieplans vorsehen kann.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>dass ein Austausch relevanter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander – das Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten vorausgesetzt – gewährleistet ist. Aus Sicht der BPTK ist es dabei nicht erforderlich, die Form des Therapieplans für alle Patientinnen und Patienten einheitlich festzuschreiben. Vielmehr sollte sich die Form des Therapieplans an den individuellen Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten orientieren. Ein schriftlicher Plan kann der Patientin bzw. dem Patienten die Gelegenheit geben, Inhalte bei Bedarf auch nach dem ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Gespräch nachzulesen und damit besser verarbeiten und verinnerlichen zu können. Um unnötige Bürokratisierungen zu vermeiden, können individuelle Therapiepläne im Falle einer koordinierenden Psychotherapeutin bzw. eines koordinierenden Psychotherapeuten auch über eine Ergänzung der individuellen Patienteninformation (PTV 11), die nach Abschluss einer psychotherapeutischen Sprechstunde regelmäßig auszuhändigen ist, patientenverständlich dokumentiert werden.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
9.7	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schlägt vor, die unter 1.5.1.1. aufgeführten Therapiegrundsätze entsprechend des unter 1.2 begründeten erweiterten Diagnosespektrums weiter auszudifferenzieren und jeweils Grundsätze für die Behandlung bei einem aktuell leichten Schweregrad der Symptomatik aufzunehmen. <p>Begründung:</p> <p>Die BPtK begrüßt die bisher aufgeführten allgemeinen Empfehlungen zur Behandlung, die direkt an der NVL Unipolare Depression orientiert sind. Ergänzt werden sollten entsprechende Therapiegrundsätze für den Fall, dass die Symptombelastung von Patientinnen und Patienten aktuell einer leichten Depression entsprechen.</p>	Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 9.3.
9.8	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich bezüglich des Kapitels 1.5.2 Psychotherapie dem Vorschlag von GKV-SV und KBV an, der sich bei den zur Verfügung stehenden Psychotherapieverfahren auf die Psychotherapie-Richtlinie bezieht. Entsprechend votiert die BPtK bei den Tragenden Gründen zum entsprechenden Abschnitt für den Vorschlag von GKV-SV und KBV. Dieser bezieht sich auf die Verfahren, die ambulant entspre- 	<p>GKV-SV, KBV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe lfd. Nr. 4.5</p> <p>DKG: Der Text wurde dahingehend angepasst, dass abhängig vom Ort der Leistungserbringung verschiedene Therapieverfahren Einsatz finden können. Die explizite Aufführung von Psychotherapieverfahren ist leitlinienkonform, aber nicht abschließend; die Formulierung umfasst für die vertragsärztliche</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>chend der Psychotherapie-Richtlinie eingesetzt werden können. Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass stationär weitere Verfahren zum Einsatz kommen können.</p> <p>Begründung:</p> <p>Mit dem Vorschlag von GKV-SV und KBV stehen für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des DMP Depression die Psychotherapieverfahren und Settings analog der Psychotherapie-Richtlinie zur Verfügung. Das entspricht den in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung aktuell zur Verfügung stehenden Verfahren. Patientinnen und Patienten müssen die Möglichkeit haben, die im Rahmen des DMP empfohlene psychotherapeutische Behandlung als GKV-Leistung wahrnehmen zu können. Daher ist es an dieser Stelle sachgerecht, auf die Verfahren im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie zu verweisen. Gewährleistet ist damit auch, dass bei einer Erweiterung der Psychotherapie-Richtlinie um weitere Verfahren, wie beispielsweise die noch nicht abgeschlossene Integration der Systemischen Therapie, keine erneute Anpassung der DMP-Anforderungen-Richtlinie erforderlich ist. So ist sichergestellt, dass jeweils der aktuellste Stand der psychotherapeutischen Versorgung auch im Rahmen des DMP Depression zur Verfügung</p>	<p>Versorgung die PT-Richtlinienverfahren und weist zudem auf die Möglichkeit hin, dass bei Behandlung durch Krankenhäuser diese und weitere Verfahren zur Anwendung kommen können.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		steht. Analog ist es aus Sicht der BPtK sinnvoll, in den Tragenden Gründen darauf zu verweisen, dass stationär gegebenenfalls weitere Verfahren zum Einsatz kommen können.	
9.9	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>• Die BPtK schlägt folgenden Änderungsvorschlag ausgehend vom Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV bezüglich der weiteren Verfahren und unterstützenden Maßnahmen vor: „Bei therapieresistenten und schweren depressiven Störungen sollen Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, dass kann eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) nach sorgfältiger Abwägung in Frage kommen kann. (...)“</p> <p>Begründung: In einzelnen Fällen therapieresistenter depressiver Störungen kann es geeignet sein, Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit einer elektrokonvulsiven Therapie aufmerksam zu machen. Im Rahmen eines DMP, das sich maßgeblich an Menschen mit chronifizierten Erkrankungen richtet, sollte aus Sicht der BPtK bei therapieresistenten Störungen auch über diese Behandlungsmaße informiert werden. Da EKT keinesfalls die Behandlungsmethode der ersten Wahl darstellt, ist es allerdings nicht erforderlich, Patientinnen und</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Eine Anpassung des Beschlussentwurfs (unter Nummer 1.5.4) wurde aufgrund dieser sowie weiterer Stellungnahmen vorgenommen (siehe auch lfd. Nr. 4.6).</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Patienten mit schweren – aber nicht therapieresistenten – depressiven Erkrankungen regelhaft darauf hinzuweisen. Entsprechend erscheint es aus Sicht der BPtK sinnvoll, die Empfehlung auf Patientinnen und Patienten mit therapieresistenten depressiven Erkrankungen zu begrenzen.</p>	
9.10	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019</p>	<p>Zu 1.5.5 Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die BPtK schließt sich dem Votum von GKV-SV, DKG und KBV bezüglich des Krisenmanagements und dem Vorgehen bei Suizidalität an. <p>Begründung:</p> <p>Die Ausarbeitung des Abschnitts zu Krisenmanagement und Vorgehen bei Suizidalität von GKV-SV, DKG und KBV entspricht den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression, die aus Sicht der BPtK auch für das DMP Depression herangezogen werden sollten. Die Abklärung von Suizidalität muss sich grundsätzlich am individuellen Zustand der Patientin bzw. des Patienten orientieren, sodass eine abschließende Nennung von abzuklärenden diagnostischen Maßnahmen aus Sicht der BPtK ungeeignet ist.</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Aufgrund der Stellungnahme wurde eine Anpassung unter Nummer 1.5.5 vorgenommen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
9.11	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu 1.6 Verlaufskontrolle</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich dem Votum von GKV-SV, DKG und KBV bezüglich der Standardinhalte der regelmäßigen Konsultation an. <p>Begründung:</p> <p>Die aufgeführten Standardinhalte sind nach Ansicht der BPtK ausreichend zur Überprüfung der Erreichung der Therapieziele. Insbesondere sollten sich die Standardinhalte spezifisch auf das Vorgehen bei Depression beziehen, das trifft auf die jetzt genannten Inhalte zu. Vor dem Hintergrund, dass bereits formuliert ist, dass die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen in Abhängigkeit der individuellen Erfordernisse der Patientin bzw. des Patienten gestaltet werden sollen, ist es aus Sicht der BPtK darüber hinaus nicht erforderlich regelmäßig vorzugeben, bei jeder Kontrolluntersuchung eine Einschätzung des somatischen Gesundheitszustands und möglicher Komorbiditäten vorzunehmen.</p>	Dank und Kenntnisnahme.
9.12	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Koordination der Versorgung und der Informationsaustausch über alle Sektoren und Einrichtungen hinweg sollte im Rahmen des DMP von den Fachgruppen regelhaft geleistet 	GKV-SV, DKG: Bezüglich der Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bei der Koordination im Rahmen dieses DMP wird darauf hingewiesen, dass nicht eine

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>werden können, die über eine entsprechend umfassende Qualifikation verfügen und für die Patientinnen und Patienten die primären Ansprechpartner für die depressiven Erkrankungen und die damit einhergehenden komorbiden Erkrankungen sind. Angesichts des niedrigen Ersterkrankungsalters, der bestehenden Patientenpräferenzen und der etablierten Versorgungsabläufe ist es aus fachlichen Gründen geboten, dass auch die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten diese Koordinationsaufgaben im Rahmen des DMP Depression übernehmen. Entsprechend schließt sich die BPtK bezüglich der Koordination von Patientinnen und Patienten mit Depression dem Vorschlag der KBV an, hierfür koordinierende Ärztinnen und Ärzte sowie koordinierende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorzusehen. Sie befürwortet entsprechend im Weiteren die Aufzählung von KBV und PatV bezüglich der für die Koordination qualifizierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Ergänzt werden sollte die Liste der qualifizierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer um die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.</p>	<p>fehlende fachliche Kompetenz zur Nichtberücksichtigung geführt hat. Vielmehr kann keine vollumfängliche Koordination durch diese Leistungserbringergruppe erfolgen. Zum einen, weil die therapeutische Begleitung zeitlich befristet angelegt ist. Zum anderen, weil es Limitationen in den notwendigen Befugnissen gibt (z. B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Medikamentenverordnung u. a. sowie bei der Behandlung somatischer Komorbiditäten.)</p> <p>Die Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen kommt, den Leitlinienempfehlungen folgend, in diesem DMP bei der Diagnostik und Behandlung eine wesentliche Rolle zu.</p> <p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>G-BA: Der Vorschlag, die Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten aufzunehmen, wurde berücksichtigt, indem eine Ergänzung in den Tragenden Gründen (Abschnitt: <u>Regelungen im Einzelnen</u>)</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Begründung: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten spielen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle. Durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde wurde ihre Rolle als zentrale Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter gestärkt. Ein substanzieller Anteil der Patientinnen und Patienten, die primär von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt werden, leidet unter Depressionen. Knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung sucht den behandelnden Psychotherapeuten, die behandelnde Psychotherapeutin direkt auf und kommt nicht auf Überweisung durch eine Haus- oder Fachärztin bzw. einen Haus- oder Facharzt. Angesichts des jungen Ersterkrankungsalters, der chronischen oder rezidivierenden Verläufe und der bestehenden Patientenpräferenzen ist dies gerade auch für die Patientengruppe mit chronifizierenden depressiven Störungen nachvollziehbar und sachgerecht. Aus Sicht der BPtK ist es daher notwendig, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für diese Patientinnen und Patienten auch die Koordination im Rahmen des DMP Depression übernehmen können.</p>	<p>aufgenommen wurde.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Unbedingt vermieden werden sollte insbesondere, dass für Patientinnen und Patienten mit chronifizierten Depressionen die Hürden zur Inanspruchnahme leitliniengerechter Behandlungen durch die Teilnahme am DMP erhöht werden. Das wäre der Fall, wenn Patientinnen und Patienten, die sich direkt im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde an eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten gewandt haben und dort bereits eine umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik erhalten haben, sich bei einer anderen Ärztin bzw. einem anderen Arzt erneut vorstellen müssten, um am DMP teilnehmen zu können. Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Beschwerden psychotherapeutische Sprechstunden in Anspruch nehmen und nicht unter weiteren (chronischen) somatischen Erkrankungen leiden, verfügen oftmals nicht über eine Hausärztin oder einen Hausarzt, zu dem bereits ein langjähriges Vertrauensverhältnis besteht. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass ein umfassendes Anamnesegespräch für Patientinnen und Patienten mit chronifizierten psychischen Erkrankungen durchaus eine Belastung darstellen kann, die Patientinnen und Patienten nicht öfter als fachlich notwendig zugemutet werden sollte.</p> <p>Aus Sicht der BPtK ist es zentral, dass die Koordination im</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Rahmen des DMP grundsätzlich dort angesiedelt ist, wo basierend auf einer umfassenden Diagnostik, die individuelle Behandlungsplanung erfolgen kann und wenn möglich bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Patientin bzw. Patient und Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer aufgebaut werden konnte. Sollten mehrere Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer diese Anforderungen erfüllen, sollten Patientinnen und Patienten selbst die Möglichkeit haben zu entscheiden, wem sie die Koordination der Leistungen im Rahmen des DMP anvertrauen möchten. Es ist daher aus Sicht der BPtK notwendig, dass dafür grundsätzlich alle entsprechend qualifizierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer diese Funktion übernehmen können.</p> <p>Dazu zählen entsprechend der weiter oben dargestellten Ausführungen auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die aus Sicht der BPtK hier ebenfalls aufgezählt werden sollten.</p>	
9.13	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich dem Votum der KBV an, bei 1.7.2 von Überweisung oder Weiterleitung zu sprechen. <p>Begründung:</p> <p>Die Verwendung der Begriffe Überweisung oder Weiterleitung entsprechen der in der Versorgung möglichen Wege</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, DKG: Die unterschiedlichen Begrifflichkeiten „Weiterleitung“ und „Überweisung“ ergeben sich aus den unter-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		des Einbezugs weiterer qualifizierter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, unabhängig davon, ob es sich um eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten handelt. Da die Versorgung von Menschen mit Depression zum Kerngebiet von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehört und diese für die Koordination im Rahmen des DMP in besonderer Weise qualifiziert sind, ist es folgerichtig, hier auch den Begriff der Weiterleitung zu verwenden.	schiedlichen Positionen zur Einbeziehung von Psychologische Psychotherapeuten bei der Koordinierung. Die Position zur Koordinierung ist darin begründet, dass wichtige Funktionen der koordinierenden Stelle wie zum Beispiel Management von Komorbiditäten, Überweisungen oder Krankenschreibungen ärztliche Aufgaben sind.
9.14	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren Nummer 1 - 7:</p> <p>Die BPtK begrüßt die Definition von Qualitätszielen, die sich direkt aus den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression ableiten lassen.</p>	Dank und Kenntnisnahme
9.15	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Nummer 8:</p> <p>Die BPtK schließt sich dem Votum von KBV und PatV an. Ungeplante stationäre Aufenthalte sind zumeist in akuten Kri-</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV: Dank und Kenntnisnahme. Um Missverständnissen in Bezug auf einen niedrigen Anteil ungeplan-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		sen bzw. bei akuter Suizidalität erforderlich. Durch eine strukturierte koordinierte Behandlung im Rahmen des DMP sollten Patientinnen und Patienten langfristig möglichst so unterstützt werden, dass weniger ungeplante krisenbedingte stationäre Aufenthalte erforderlich sind. Dabei ist es, wie in den Tragenden Gründen von KBV und PatV ausgeführt, nicht realistisch, dass ungeplante Aufenthalte grundsätzlich vermeidbar sind – der Anteil an Patientinnen und Patienten mit ungeplanten stationären Aufenthalten sollte aber durch die Teilnahme an einem DMP grundsätzlich möglichst gering ausfallen.	ter stationärer depressionsbedingter Akutbehandlung vorzubeugen, wird dieser Aspekt als Qualitätsziel nicht aufgenommen, da akute Krisen und Suizidalität möglichst schnell und zielgerichtet versorgt werden müssen. Wenngleich eine Stabilisierung der Patientinnen und Patienten im DMP angestrebt wird, kann es gerade bei Schwerkranken vorkommen, dass diese akuter stationärer Behandlung bedürfen und die Qualität der Versorgung umso besser zu bewerten ist, je schneller und zielgerichteter diese erfolgt. In der Folge wird der Aspekt ungeplanter stationärer depressionsbedingter Akutbehandlungen auch nicht als Evaluations- und Dokumentationsparameter aufgenommen (siehe auch 9.18 und 9.19).
9.16	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	Nummer 9: Die BPtK schließt sich dem Votum von DKG, KBV und PatV an, allen Patientinnen und Patienten eine Teilnahme an einer Schulung zu ermöglichen und entsprechend auch die Teilnahme an Schulungen als Qualitätsziel zu definieren.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 9.17 DKG, KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme
9.17	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	Zu 4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V) Zu 4.2 Schulungen der Versicherten	Dank und Kenntnisnahme

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>• Die BpTK schließt sich dem Votum von DKG und KBV an, dass im Rahmen des DMP allen Patientinnen und Patienten ein aus ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Sicht geeignetes digitales Selbstmanagement-Programm bzw. eine geeignete Präsenzgruppen-schulung anzubieten ist. Sie schließt sich zudem dem Votum von DKG, KBV und PatV bezüglich der Tragenden Gründe an und schlägt ausgehend von diesem Formulierungsvorschlag folgende Ergänzung vor:</p> <p>„(...) Daher werden digitale Selbstmanagement-Programme in diesem DMP für Patientinnen und Patienten empfohlen, sofern sie begleitet sind und es sich um zertifizierte Medizinprodukte handelt. (...)“</p> <p>Begründung: Menschen mit chronifizierter Depression leiden oftmals unter ausgeprägten Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und erleben eine geringe Selbstwirksamkeit, die häufig als aufrechterhaltender psychologischer Faktor zur weiteren Chronifizierung ihrer depressiven Erkrankung beiträgt. Präsenzgruppenschulungen und digitale Schulungsprogramme können dem entgegenwirken, da sie Betroffene in einem aktiven Umgang mit ihrer Erkrankung stärken. Für digitale Selbstmanagementprogramme konnte gezeigt werden, dass diese sich im Vergleich zu Behandlungen, die ausschließlich im direkten Kontakt mit</p>	<p>DKG, KBV und PatV: Dem Vorschlag wurde in den Tragenden Gründen zu Nummer 4.2 gefolgt.</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV hat die Stellungnahmen zu Versicherungsschulungen zum Anlass genommen, den Beschlussentwurf und die Tragenden Gründe für ein optionales Schulungsangebot noch einmal zu präzisieren.</p> <p>Grundsätzlich ist zu beachten, dass zur Anwendung kommende Schulungsprogramme, strukturiert, evaluiert, publiziert und zielgruppenspezifisch sein müssen. Anhand des jeweiligen Konzepts des unterstützenden Schulungsangebotes muss darüber hinaus seine Eignung für den definierten Einsatzzweck wissenschaftlich nachgewiesen sein, unabhängig davon ob es sich um eine digitale Anwendung oder um eine Präsenzschulung handelt.</p> <p>Ein verpflichtendes Schulungsangebot erscheint bei der Erkrankung Depression deshalb nicht sinnvoll, weil in diesem DMP ein individualisierter Ansatz bei psychoedukativen Angeboten zwingend erforderlich ist. Entsprechende psychoedukative Angebote sollen entweder durch den koordinierenden Arzt in die Behandlungsplanung eingebettet sein oder sie sind ein</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt werden, dadurch auszeichnen, dass sich Nutzer als besonders selbstwirksam im Umgang mit ihrer Erkrankung erleben. Die Chancen digitaler Anwendungen bestehen zudem darin, Bewältigungsstrategien, die im Rahmen einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung erarbeitet wurden, stärker in den persönlichen Alltag zu integrieren, sodass sie zu einer Intensivierung der Behandlung beitragen können. Es existiert international mittlerweile eine Vielzahl digitaler Anwendungen zum Selbstmanagement depressiver Erkrankungen, deren Wirksamkeit in randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen werden konnte. Auch ist aktuell bereits eine Reihe entsprechender, deutschsprachiger, digitaler Anwendungen verfügbar. Bereits in der NVL Depression ist eine Empfehlung für niederschwellige digitale Angebote enthalten. Seit Verabschiedung der NVL Unipolare Depression sind weitere Wirksamkeitsbelege für den Einsatz von digitalen Selbstmanagement- Programmen hinzugekommen. Dabei konnte gezeigt werden, dass entsprechende Programme den Effekt ambulanter psychotherapeutischer und hausärztlicher Behandlungen steigern können. Ihr Einsatz kann demnach ergänzend zu einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung für Betroffene den Effekt der Behandlung intensivieren.</p>	<p>integraler Bestandteil des psychotherapeutischen Gesamtkonzeptes.</p> <p>Nach diesem Verständnis dürfen Schulungsprogramme nicht den persönlichen Kontakt oder die Therapie ersetzen, sondern müssen der Behandlerin oder dem Behandler eine uneingeschränkte Führung durch die Programme ermöglichen, so dass einzelne Schulelemente an den jeweiligen individuellen Bedarf angepasst werden können. Dies gilt sowohl für Präsenzs Schulungen als auch für digitale Anwendungen.</p> <p>Dieses Erfordernis einer individualisierten Vorgehensweise kann durch Schulungsangebote nur dann geleistet werden, wenn diese bereits entsprechend konzipiert sind und die schulenden Leistungserbringer in der Durchführung ebenfalls entsprechend geschult sind. Auch digitale Anwendungen können ergänzend zur persönlichen Vermittlung von unterstützenden Schulungsinhalten durch entsprechend ausgebildete Leistungserbringer eingesetzt werden. Dabei dürfen nur solche digitalen Anwendungen zum Einsatz kommen, die nicht als eigenständige Therapie oder therapieersetzend (z.B. zur Wartezeitüberbrückung) konzipiert sind.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) besteht zudem der gesetzliche Auftrag (§ 137f Absatz 8 SGB V), bei der Erstellung und Überprüfung von DMP-Richtlinien die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen zu prüfen. Zur Unterstützung der Behandlung von Menschen mit chronifizierten depressiven Erkrankungen, für die das DMP ausgestaltet werden soll, liegen, wie in den Tragenden Gründen von DKG, KBV und PatV dargestellt, entsprechende digitale Anwendungen vor. Aus Sicht der BPtK ist es aus Gründen der Patientensicherheit unbedingt erforderlich, die Anforderungen an die Selbstmanagement-Programme im Rahmen dieser Richtlinie zu definieren, da sonst zu befürchten ist, dass im Rahmen von DMP digitale Selbstmanagement-Programme zum Einsatz kommen, die keinerlei definierten Anforderungen genügen und deren Qualität nicht durch das Bundesversicherungsamt geprüft wird.</p> <p>Damit entsprechende digitale Selbstmanagement-Programme für Betroffene einen tatsächlichen Mehrwert haben, ist es zentral, dass der Einsatz der Programme begleitet erfolgt und Patientinnen und Patienten mit deren Bearbeitung</p>	<p>Aus Sicht des GKV-SV ist eine verpflichtende Aufnahme von Schulungen gemäß den Anforderungen nach § 4 dieser Richtlinie, die bei Nichtwahrnehmung zur Beendigung der Programmteilnahme führen kann, nicht angemessen. Schulungen nach § 4 verfolgen einen weniger individualisierten Ansatz bei der Wissensvermittlung zur Erhöhung der Selbstmanagementkompetenzen. Aus diesen Gründen sollen Schulungen in diesem DMP nur optional vorgesehen werden.</p> <p>Auch ist zu bedenken, dass möglicherweise Patientinnen und Patienten keinen Computer und kein Smartphone besitzen oder digitale Anwendungen wegen Datenschutzbedenken ablehnen.</p> <p>Aus den vorgenannten Gründen wird auch dem modifizierten Vorschlag nicht gefolgt.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>nicht alleingelassen werden. In Studien konnte belegt werden, dass digitale Selbstmanagement-Programme zu einer Reduktion depressiver Beschwerden beitragen können, dass Betroffene die Bearbeitung aber oftmals abbrechen, wenn sie während der Bearbeitung keine Begleitung erhalten. Die BPtK begrüßt daher ausdrücklich die von DKG, KBV und PatV formulierten Anforderungen in den Tragenden Gründen, dass digitale Selbstmanagement-Programme durch eine entsprechend qualifizierte, im vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Bereich tätige Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer begleitet werden müssen. Auch hier sollten, wie bereits weiter oben dargelegt, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten als entsprechend qualifizierte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgeführt werden.</p> <p>Zu begrüßen ist zudem, dass es sich bei den Programmen um „strukturierte, evaluierte und publizierte“ Programme handeln muss, da so gewährleistet werden kann, dass nur tatsächlich wirksame digitale Selbstmanagement-Programme zum Einsatz kommen. Aus Sicht der BPtK ist es darüber hinaus erforderlich, dass es sich bei digitalen Selbstmanagement-Programmen, die im Rahmen des DMP zum Einsatz kommen, um zertifizierte Medizinprodukte handelt. Nur so</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>kann gewährleistet werden, dass Qualität, Funktionalität und Sicherheit der Programme einen Einsatz bei Patientinnen und Patienten mit chronifizierten depressiven Erkrankungen rechtfertigen. Entsprechende, als Medizinprodukte zertifizierte Selbstmanagement-Programme, deren Wirksamkeit in randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen wurde, sind für depressive Erkrankungen verfügbar.</p> <p>Im aktuellen Referentenentwurf für das Digitale Versorgungsgesetz (DVG) ist vorgesehen, dass digitale Gesundheitsanwendungen künftig in einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten Verzeichnis gelistet werden sollen, sofern sie Grundanforderungen an Sicherheit, Qualität und Funktionalität sowie einen Nachweis positiver Versorgungseffekte erfüllen. Sollte ein entsprechendes Verzeichnis aufgebaut werden, in dem digitale Anwendungen, die im Rahmen der Prävention und Behandlung zum Einsatz kommen können, gelistet sind, bietet es sich zudem an, erneut zu überprüfen, inwiefern ein Verweis in dieser Richtlinie auf das geplante Verzeichnis nach § 139e (neu) SGB V geeignet ist, um zukünftig digitale Anwendungen im Rahmen von DMP zur Verfügung zu stellen.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
9.18	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu 5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> Die BPtK schließt sich dem Vorschlag von GKV-SV, KBV und PatV, ungeplante stationäre depressionsbedingte Behandlungen, sowie dem Vorschlag von KBV, PatV und DKG, Schulungen als relevante medizinische Parameter für die Evaluation heranzuziehen, an. 	<p>Dank und Kenntnisnahme DKG, GKV-SV, KBV: Siehe auch 9.15</p>
9.19	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 14.06.2019	<p>Zu Anlage 18 Depression – Dokumentation</p> <p>Die Dokumentationsparameter ergeben sich insbesondere aus der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation. Sie ergeben sich automatisch aus den noch zu fassenden Beschlüssen zu Nummer 2 und Nummer 5 und die BPtK verzichtet an dieser Stelle deshalb auf weitere Anmerkungen.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme DKG, GKV-SV, KBV: Siehe auch 9.15</p>
10.	Bundesärztekammer (BÄK) / 14.06.2019		
10.1	Bundesärztekammer (BÄK) / 14.06.2019	<p>Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:</p> <p>Die Bundesärztekammer befürwortet die Einführung eines DMP Depression.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme (siehe lfd. Nrn. 8).</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Bereits im Jahre 2009 haben die zuständigen Fachgesellschaften und Organisationen als gemeinsames Produkt eines von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) initiierten Projektes zur Erarbeitung einer S3-Leitlinie und eines Auftrages im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression 2009 erarbeitet und konsentiert. Die Bundesärztekammer begrüßt, dass das geplante DMP Depression deutlich erkennbar auf diese Vorarbeiten bzw. auf die NVL selbst referenziert.</p> <p>Für inhaltliche Einzelheiten zum vorgelegten DMP-Entwurf verweisen wir insbesondere auf die ausführliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), die der Bundesärztekammer ebenfalls vorliegt.</p> <p>Nachdrücklich hervorheben möchten wir an dieser Stelle, dass die Koordinierungsfunktion für die Kooperation der Versorgungssektoren (Abschnitt 1.7) insbesondere mit Blick auf die erforderlichen somatisch/medizinischen und medizinisch-</p>	<p>KBV, PatV: Die Langzeitbetreuung und Dokumentation im DMP hat nicht zur Voraussetzung, dass alle wesentlichen therapeutischen Kompetenzen von dem koordinierenden Leistungserbringer selbst vorliegen müssen. Andere in diesem DMP vorgesehenen koordinierende Ärztinnen und Ärzte können bspw. keine Psychotherapie durchführen (z.B. Hausärzte</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		pharmakologischen Kompetenz-en eindeutig in ärztliche Hand gehört.	ohne Zusatzbezeichnung Psychotherapie), sodass auch andere Leistungserbringer nicht alle wesentlichen therapeutischen Interventionen durchführen können. Ein Ausschluss von Psychologischen Psychotherapeuten führt für viele Patientinnen und Patienten mit ausschließlich psychotherapeutischer Behandlung zur obligaten Inanspruchnahme weiterer Ärztinnen und Ärzte. Für Patientinnen und Patienten, die dies nicht wünschen, wird damit der Zugang zum DMP verwehrt. Psychologische Psychotherapeuten können zu anderen Ärzten und weiteren Leistungserbringern weiterleiten, eine explizite Überweisung ist für die Koordination des DMP nicht notwendig. Die Befähigung zur Krankschreibung ist ebenfalls keine Voraussetzung zur Koordination des DMP, zumal die Krankschreibung keine Intervention darstellt.
11.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019		
11.1	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019	Die DGPM begrüßt die Einrichtung eines DMP Depression. Die Depression ist eine Volkserkrankung, sie führt zu ausgeprägten Einschränkungen der Lebensqualität, insbesondere in der Verbindung mit chronisch körperlichen Erkrankungen zu erhöhen Mortalitätsraten und hat für die Betroffenen erhebliche sozialmedizinische Folgen. Die bestehenden DMP-	Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Programme haben zu einer verbesserten Qualität der Versorgung bei chronischen körperlichen Erkrankungen beigetragen. Die Einrichtung des DMPs Depression verbindet sich mit der Erwartung, dass dieses strukturierte Behandlungsprogramm die Versorgung der Patienten mit Depressionen verbessert.</p>	
11.2	<p>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019</p>	<p>Zu einzelnen zwischen den Parteien strittigen Punkten nimmt die DGPM wie folgt Stellung:</p> <p>Zu I Zu 1.2 des Beschlussentwurfes: Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 des DMP-A-RL</p> <p>Der Entwurf sieht vor, dass die in den anderen DMP obligat zu dokumentierenden Erkrankungen (KHK, Diabetes etc.) im DMP Depression nur fakultativ zu dokumentieren sind. Die DGPM spricht sich dafür aus, diese ebenfalls beim DMP Depression obligat zu dokumentieren.</p> <p>Begründung: Die Interaktion zwischen Depression und den chronischen körperlichen Erkrankungen beeinflusst sowohl die Lebensqualität der Patienten und die Prognose der Depression als</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, DKG, PatV: Der Dokumentationsparameter 17 (Begleiterkrankungen) kann aus Sicht der KBV, PatV und DKG dann erfasst werden, wenn die benannten Begleiterkrankungen im individuellen Fall relevant erscheinen. Die genannten Begleiterkrankungen sind nur zum Teil für die Depression relevante Begleiterkrankungen und sollten aus diesem Grund nicht alle bei jeder Dokumentation verpflichtend erfasst wer-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>auch der chronischen körperlichen Erkrankungen nachhaltig. Hierzu liegt eine Vielzahl von Studien vor. Eine obligate Dokumentation erhöht in der Diagnostik und Therapie die Aufmerksamkeit für diese klinisch bedeutsame Interaktion, die in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen ist. Daher ist der erhöhte Dokumentationsaufwand zu rechtfertigen.</p>	<p>den. Die im Dokumentationsparameter 17 genannten Erkrankungen dienen insbesondere der Darstellung von Qualitätszielen in den DMP KHK, Diabetes mellitus Typ 2 und COPD. Eine Übertragung der verpflichtenden Angabe auf andere DMP-Indikationen, in denen, wie im vorliegenden DMP Depression, diese Angaben nicht benötigt werden, ist aus Gründen der Datensparsamkeit nicht sinnvoll.</p> <p>Eine obligate Erfassung und Weiterleitung dieser personenbezogenen medizinischen Parameter, die für die Indikation Depression nicht direkt relevant sind, sondern nur zum Zwecke von Versicherteninformationen durch die Krankenkasse genutzt werden, erscheint auch aus Gründen der Datensparsamkeit nicht angemessen.</p> <p>Abgesehen von der Dokumentation im DMP ist die Dokumentation relevanter medizinischer Parameter wie aller wichtigen Begleiterkrankungen in den Praxen sowieso selbstverständlich. Eine doppelte Erfassung von Patientendaten im DMP ist nicht zielführend. Die DMP Dokumentation ersetzt nicht in die jedem Fall erforderliche umfassende Anamnese- und Befunderhebung, die in den Praxisverwaltungssystemen zu dokumentieren ist.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
11.3	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019	<p>Zu II Zu 1.2 hinreichende Diagnostik Im Entwurf werden die Leistungserbringer definiert, die die Diagnose sichern sollen. Die DGPM spricht sich dafür aus, dass neben den spezialisierten ärztlichen Leistungserbringern auch die Hausärzte die Diagnose stellen können. Dabei sollte keine Einschränkung ausschließlich auf Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie erfolgen.</p> <p>Begründung: Für einen großen Teil der Patienten mit psychischen Erkrankungen stellen die Hausärzte den primären Ansprechpartner im Gesundheitssystem dar. Nahezu 50 % der Bevölkerung wünschen sich bei der Erkrankung an einer Depression eine ausschließlich hausärztliche Versorgung. In der Regel überschaut der Hausarzt eine sehr lange Zeitspanne bei einem Patienten und kennt soziale Einflussfaktoren. Daher kann er bio-psycho-soziale Interaktionen über einen längeren Zeitraum beobachten. Um einen möglichst niederschweligen Zugang zum Einschluss in das DMP Depression zu ermöglichen, sollten daher die Hausärzte mit als Leistungserbringer für die Diagnosesicherung und für die Einschreibung in das DMP vorgese-</p>	<p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Entsprechend aller im IQWiG-Bericht enthaltenen Leitlinienempfehlungen kann die Hausärztin bzw. der Hausarzt (general practitioner) die Diagnose einer Depression stellen. Die Befähigung zur Diagnostik wird berufsrechtlich über die Weiterbildungsordnung geregelt. Die Qualifikation hinsichtlich spezifischer für das DMP relevanter Inhalte werden, wie die DGPM feststellt, über die zielgruppenspezifische Schulung der teilnehmenden Leistungserbringer gewährleistet.</p> <p>GKV-SV, DKG: DKG und GKV-SV haben die Stellungnahme zum Anlass genommen, in den Tragenden Gründen (Nummer 1.2) die Begründung für die Diagnosesicherung durch spezialisierte Leistungserbringer nochmals zu schärfen. Da bei der im DMP adressierten Patientengruppe ausschließlich chronische Verläufe vorliegen, muss bei leitliniengerechter Therapie eine Einbeziehung der spezialisierten Ebene regelmäßig erfolgen. Darüber hinaus geben mehrere Leitlinien – wie in den Tragenden Gründen ausgeführt – mit mehrheitlich hohem GoR die Empfehlung, dass entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeuten ebenfalls in den</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>hen werden. Eine entsprechende Schulung der teilnehmenden Ärzte, insbesondere der Hausärzte, ist vorgesehen. Diese sollte zielgruppenspezifisch erfolgen. Bei diagnostischen Unsicherheiten sollte aber vorgesehen sein, dass ein entsprechend qualifizierter Facharzt hinzugezogen wird. Insgesamt ist Sorge zu tragen, dass die Versorgung in eine Kooperationsstruktur eingebunden ist.</p>	<p>diagnostischen Prozess einbezogen werden sollen und dies bereits bei Verdacht auf eine Depression.</p> <p>Bezüglich des möglichst niedrighwelligen Zugangs wird darauf hingewiesen, dass auch der hausärztlichen Versorgung zentrale Funktionen im DMP zukommen (z.B. Einschreibung, Koordinierende Stelle, Therapieplanung und -verlauf etc.).</p> <p>Zum Hinweis auf die Schulung der teilnehmenden Ärzte, insbesondere der Hausärzte: die in Nummer 4.1. vorgesehenen Schulungen der teilnehmenden Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte „zielen unter anderem auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der Sektoren übergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien ab“ und nicht auf eine umfassende medizinische Fortbildung der Ärzte.</p>
11.4	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019	<p>Zu 1.4 Therapieplanung Bei zahlreichen Patienten mit chronischen depressiven Störungen und mit psychosomatischen und somatopsychischen Beschwerden bedarf es zunächst vorbereiten-der Gespräche, um ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis und</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme. Es wurde ein entsprechender Hinweis in modifizierter Form im Beschlussentwurf unter Nummer 1.4 aufgenommen.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>eine ausreichende psychotherapeutische Behandlungsmotivation aufzubauen. Gegebenenfalls ist der Einbezug von Angehörigen notwendig. Bei zahlreichen Patienten bedarf es daher zunächst psychotherapeutischer bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischer Gespräche, die weder der Richtlinienpsychotherapie zuzuordnen sind noch den psychoedukativen Programmen.</p> <p>Daher sollte in den Text eingefügt werden: Zahlreiche Patienten weisen zunächst ein rein somatisches Krankheitsverständnis auf. Zu Beginn der Behandlung können daher zunächst Gespräche im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung oder psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Gespräche indiziert sein zum Aufbau des bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses und der Therapiemotivation.</p> <p>Begründung: Zahlreiche Patienten mit Depressionen sehen im Vordergrund ihre somatischen Beschwerden und vermuten eine somatische Genese. Um diese Patienten einschließen zu können, ist es notwendig, zunächst an der Errichtung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses zu arbeiten, damit diese Patienten ein adäquates Krankheitsverständnis und eine ausreichende Therapiemotivation aufbauen können.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
11.5	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019	<p>Zu 1.5.2 Psychotherapie Der DMP-Entwurf beschreibt, dass eine psychotherapeutische Behandlung eine zentrale therapeutische Maßnahme bei depressiven Störungen darstellt. Im Rahmen der Psychotherapierichtlinie des G-BA stehen neben der Sprechstunde sowie der Akuttherapie verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren zur Verfügung. Bei den anzuwendenden Verfahren unterstützt die DGPM die Perspektive der Patientenvertreter in der Formulierung: „Es stehen gemäß den Psychotherapierichtlinien des G-BA (PT-RL) 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. Bei ambulanter Behandlung in Einrichtungen nach § 117 oder 118 SGB V (Hochschulambulanzen oder Psychiatrische Institutsambulanzen) können diese sowie noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass in der Klammer auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 117 oder 118 SGB V aufzunehmen sind.“</p> <p>Begründung:</p>	Dank und Kenntnisnahme PatV, DKG: siehe lfd. Nr. 4.5

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Eine solche Formulierung ermöglicht es, im Rahmen von Hochschulambulanzen auch neue integrative Methoden und Verfahren in die Versorgung zu integrieren. Auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen können einen Beitrag zur innovativen sektorenübergreifenden Versorgung leisten, insbesondere bei Patienten mit komorbiden somatoformen Beschwerden bzw. chronischen körperlichen Erkrankungen.	
11.6	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019	<p>Zu 1.6 Verlaufskontrolle Der DMP-Entwurf sieht vor, als Standardinhalte der regelmäßigen Konsultation, unabhängig von der Art der therapeutischen Maßnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Erhebung und klinische Beurteilung der Symptomausprägung und Veränderung, - die Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus und psychosozialer Belastungsfaktoren, - die Einschätzung des Ansprechens auf die Therapie und - die Beurteilung möglicher Nebenwirkungen der Therapie. 	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV, DKG, KBV: Es erfolgt keine Änderung, da auf den somatischen Gesundheitszustand und Komorbiditäten bereits im vorangegangenen Textabschnitt unter Nummer 1.6 einleitend eingegangen wird.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Die Seite der Patientenvertretung führt einen weiteren Spiegelstrich ein mit der Einschätzung des somatischen Gesundheitszustands sowie möglicher Komorbiditäten. Wir unterstützen die Aufnahme dieses Inhalts in die Verlaufskontrolle.</p> <p>Begründung: Bei zahlreichen Patienten, die unter einer ausgeprägten und langanhaltenden Depression leiden, besteht eine ausgeprägte somatische Komorbidität. Die Interaktion zwischen der chronischen körperlichen Erkrankung (z.B. Diabetes, KHK) und der depressiven Symptomatik, dem Krankheitsverhalten und der Lebensqualität ist so ausgeprägt, dass zu einer validen Einschätzung des Krankheitsverlaufs es notwendig ist, diese psychosomatischen Interaktionen mit zu beobachten, um sie auch in die weitere Therapieplanung mit integrieren zu können. Eine ausschließliche Beachtung des psychosozialen Funktionsniveaus und psychosozialer Belastungsfaktoren wird der Bedeutung dieser somatischen Komorbiditäten nicht gerecht.</p>	
11.7	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und	<p>Zu 1.7 Kooperation der Versorgungssektoren Das DMP Depression sieht die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch über alle Sektoren und Einrichtungen hinweg sowie aller in der Versorgung Beteiligter vor. Dazu</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Zudem sieht die KBV und die PatV auch den Psychologischen Psychotherapeuten</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	<p>Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019</p>	<p>steht die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt im Austausch mit den anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Aufgabe der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist es, die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen einzubeziehen. Bei der Definition des Koordinierenden spricht sich die DGPM für die Formulierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus: „Die Langzeitbetreuung der Patientin und des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Ärztin bzw. eines zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Arztes oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen und ermächtigt ist oder die nach § 137 f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.“</p> <p>Begründung: Um einen niederschwelligen, bevölkerungsnahen und integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbeglei-</p>	<p>als qualifizierten koordinierenden Leistungserbringer (siehe lfd. Nrn. 4.7 und 7.12.)</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, verfolgen DMP einen grundsätzlichen einen niedrigschwelligen, bevölkerungsnahen und integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten und des häuslichen und familiären Umfelds. Die damit verbundenen Aufgaben fallen wie in den Tragenden Gründen näher erläutert insbesondere in den Bereich der hausärztlichen Versorgung.</p> <p>Dies schließt nicht aus, dass in bestimmten Fällen diese Aufgaben nicht auch von anderen Ärztinnen und Ärzten oder spezialisierten Einrichtungen übernommen werden können.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>tung unter Berücksichtigung der bestehenden auch somatischen Komorbiditäten und des familiären Umfelds zu gewährleisten, bedarf es der Koordination durch eine dazu qualifizierte Ärztin oder einen dazu qualifizierten Arzt.</p> <p>In der Beurteilung des Verlaufs sowie in den sich daraus ergebenden koordinierenden Aufgaben sind neben den psychosozialen Faktoren auch biologische Faktoren mit zu berücksichtigen. Nur so ist eine bio-psycho-soziale Perspektive in der Beurteilung des Verlaufs möglich. Insbesondere bei der Interaktion mit den somatischen Komorbiditäten bedarf es hier auch einer ärztlichen Perspektive.</p> <p>Eine Einengung der koordinierenden Funktion auf den hausärztlichen Bereich würde dazu führen, dass bei zahlreichen Patienten die Behandlerkontinuität nicht ausreichend gewährleistet wird und Patienten, die ihren primären Ansprechpartner in dem Facharzt sehen, zusätzlich ihren Hausarzt involvieren müssen. Es würden ansonsten die Arztgruppen ausgeschlossen, die eine spezifische Kompetenz für die Behandlung von Patienten mit chronischer Depression aufgebaut haben und die Wahlfreiheit des Patienten unnötig eingeschränkt. Insbesondere bei der Behandlung der Depression ist eine geschützte, vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung zentral für den Behandlungsverlauf.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
11.8	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019	<p>Zu 1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung</p> <p>Das DMP sieht vor, eine stationäre Einweisung insbesondere für suizidale Patientinnen oder Patienten zu erwägen, insbesondere bei Vorliegen einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung mit fehlender oder eingeschränkter Absprachefähigkeit. Darüber hinaus soll eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung immer dann erwogen werden, 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. Die Indikation für eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung ergibt sich jedoch nicht nur aus dem Scheitern der langfristigen ambulanten Psychotherapie. Daher sollte Zeile 531-532 wie folgt verändert werden: Je nach Art, Schwere, Komplexität und Verlaufscharakteristik der Erkrankung kann eine psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung indiziert sein, insbesondere wenn vorrangig eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden soll.</p> <p>Begründung:</p>	<p>Dem Vorschlag wurde nicht gefolgt. Insbesondere hat der Satz: „Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist darüber hinaus immer dann zu erwägen, wenn die Depression ambulant nicht ausreichend therapierbar ist.“ unter Nummer 1.7.3 uneingeschränkte Geltung aufgrund des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ (vgl. § 39 SGB V). Dies bezieht sich sowohl auf die psychiatrische als auch auf die psychosomatische Behandlung.</p> <p>Darüber hinaus wird unter Nummer 1.7.3 darauf hingewiesen, dass die Ärztin oder der Arzt im Übrigen nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung entscheidet.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Die Indikation für eine stationäre Behandlung ergibt sich auch aus der Art und Schwere der Störung (psychische und somatische Instabilität, Komplexität, interaktionelle Symptomatik und Schweregrad), der Akuität der Störung (drohende körperliche oder psychische Dekompensation, drohende Eskalation interpersoneller Probleme), einer fehlenden Voraussetzung für ambulante Behandelbarkeit (Fixierung auf Organogenese, gravierende Somatisierungsneigung, Probleme der Selbstwahrnehmung, Zuverlässigkeit in der Therapie-wahrnehmung, Notwendigkeit der Herausnahme aus dem pathogenen interpersonellen Beziehungsumfeld, fehlende Zielorientierung, das Erproben und Einüben neuer Verhaltensformen), dem Setzen von Grenzen im sozialen Umfeld (pathogene oder aufrechterhaltende familiäre, interpersonellen oder berufliche Konstellationen) sowie die Verfolgung von Zielen, die nur im Krankenhaus erreichbar sind (multiprofessionelle Diagnostik und Behandlung, multimodale Komplex-behandlungen, ständige fachärztliche Präsenz bei Krisen, kontinuierliche pflegerische Betreuung).</p> <p>Um zu gewährleisten, dass diesen Patienten, die ambulant nicht ausreichend behandelt werden können, eine stationäre Behandlung angeboten wird, aber auch um Fehlzusweisungen</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		zu vermeiden, sollte dieser Hinweis auf die Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung daher im Text aufgenommen werden.	
11.9	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) / 14.06.2019	<p>Zu 4.2 Schulung der Versicherten Das DMP sieht vor, digitale Medien zur Schulung der Versicherten über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme zu nutzen. Die DGPM spricht sich dafür aus, dass es sich dabei jedoch um evidenzbasierte Programme handeln muss, die ärztlich begleitet werden. Die DGPM unterstützt daher in dieser Position die KBV/DKG. Begründung: Von dem digitalen Selbstmanagementprogramm ist zu fordern, dass sie gut evaluiert und in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert sind. Mittlerweile sind eine Vielzahl von digitalen Anwendungen entwickelt worden. Im Rahmen des DMP sollte eine Auswahl der digitalen Anwendung erfolgen, um eine ausreichende Kontrolle über die Qualität der Programme zu erhalten.</p>	<p>DKG, KBV, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Wie in der Stellungnahme der DGPM gefordert, werden nur solche digitalen Anwendungen in die regionalen Verträge aufgenommen werden können, die den formulierten Qualitätsanforderungen entsprechen.</p> <p>GKV-SV: Grundsätzlich ist zu beachten, dass zur Anwendung kommende Schulungsprogramme, strukturiert, evaluiert, publiziert und zielgruppenspezifisch sein müssen. Anhand des jeweiligen Konzepts des unterstützenden Schulungsangebotes muss darüber hinaus seine Eignung für den definierten Einsatzzweck wissenschaftlich nachgewiesen sein, unabhängig davon ob es sich um eine digitale Anwendung oder um eine Präsenzsulung handelt. Der Richtlinientext gibt die formalen Anforderungen vor. Die Festlegung auf konkrete Schulungsprogramme obliegt den Programm anbietenden Krankenkassen und kann Inhalt der für die Programmdurchführung zu schließenden Verträge sein.</p> <p>Ein verpflichtendes Schulungsangebot erscheint bei der Erkrankung Depression deshalb nicht sinnvoll, weil in diesem</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>DMP ein individualisierter Ansatz bei psychoedukativen Angeboten zwingend erforderlich ist. Entsprechende psychoedukative Angebote sollen entweder durch den koordinierenden Arzt in die Behandlungsplanung eingebettet sein oder sie sind ein integraler Bestandteil des psychotherapeutischen Gesamtkonzeptes.</p> <p>Nach diesem Verständnis dürfen Schulungsprogramme nicht den persönlichen Kontakt oder die Therapie ersetzen, sondern müssen der Behandlerin oder dem Behandler eine uneingeschränkte Führung durch die Programme ermöglichen, so dass einzelne Schulungselemente an den jeweiligen individuellen Bedarf angepasst werden können. Dies gilt sowohl für Präsenzs Schulungen als auch für digitale Anwendungen.</p> <p>Dieses Erfordernis einer individualisierten Vorgehensweise kann durch Schulungsangebote nur dann geleistet werden, wenn diese bereits entsprechend konzipiert sind und die schulenden Leistungserbringer in der Durchführung ebenfalls entsprechend geschult sind. Auch digitale Anwendungen können ergänzend zur persönlichen Vermittlung von unterstützenden Schulungsinhalten durch entsprechend ausgebildete Leistungserbringer eingesetzt werden. Dabei dürfen nur solche di-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>gitalen Anwendungen zum Einsatz kommen, die nicht als eigenständige Therapie oder therapieersetzend (z.B. zur Wartezeitüberbrückung) konzipiert sind.</p> <p>Aus Sicht des GKV-SV ist eine verpflichtende Aufnahme von Schulungen gemäß den Anforderungen nach § 4 dieser Richtlinie, die bei Nichtwahrnehmung zur Beendigung der Programmteilnahme führen kann, nicht angemessen. Schulungen nach § 4 verfolgen einen weniger individualisierten Ansatz bei der Wissensvermittlung zur Erhöhung der Selbstmanagementkompetenzen. Aus diesen Gründen sollen Schulungen in diesem DMP nur optional vorgesehen werden.</p>
12	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. / 14.06.2019		
12.1	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. / 14.06.2019	<p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. ist größter und ältester Verband der organisierten Psychiatrie-Selbsthilfe.</p> <p>Der BPE ist zwar ein diagnosenübergreifender Verband, aber viele seiner Mitglieder haben eine Diagnose Depression.</p> <p>Grundsätzlich auch deshalb begrüßt der BPE die Änderung der DMP Anforderungen Richtlinie Depression verbunden mit</p>	Der G-BA dankt für die umfangreiche Stellungnahme.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>dem Versuch insbesondere von Seite der Patientenvertretung die Bedingungen für die in der DMP eingeschriebene Patienten zu verbessern. Allerdings ist der BPE nicht überzeugt das die Teilnahme an dem DMP Depression wirklich wesentliche Verbesserungen für die eingeschriebenen Patienten bringt und nicht lediglich behandelnde Ärzte und zuständige Krankenkassen von dem DMP Programm profitieren.</p> <p>Der BPE nimmt insbesondere zu den einzelnen Kapiteln und Absätzen im Beschlussentwurf wie folgt Stellung.</p> <p>1.5.Therapeutische Maßnahmen,</p> <p>1.5.2 Psychotherapie</p> <p>Es werden von einzelnen Bänken psychotherapeutische Verfahren und auch einzelne Aspekte der psychotherapeutischen Behandlung aufgelistet. Es wird dabei aber nicht erwähnt, dass der „Genuss“ der psychotherapeutischen Behandlung sehr oft mit langen Wartezeiten verbunden ist. Insbesondere Patienten mit Migrations-</p>	<p>Der G-BA ist sich der beschriebenen Problematik bewusst. Allerdings bietet DMP keine Möglichkeit dieser Problematik in der psychotherapeutischen Versorgung bezüglich einer Verkürzung von Wartezeiten sowie einem unzureichenden Angebot von muttersprachlicher Therapie zu begegnen. Im Rah-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>hintergrund, die eine muttersprachliche Therapie haben wollen, müssen oft sogar jahrelang warten bis sie solche Möglichkeit überhaupt bekommen.</p> <p>Auch die Unterstützung für Patienten, die beispielsweise aufgrund von Antriebsschwäche nicht in der Lage sind regelmäßig ihre PsychotherapeutInnen aufzusuchen ist in Wirklichkeit, auch für eingeschriebene DMP Patienten kaum vorhanden.</p>	<p>men des DMP kann kein Einfluss auf die Bedarfsplanung genommen werden.</p> <p>Auf die Möglichkeit fremdsprachlicher evidenzbasierter Patienteninformationen wird im Rahmen der Therapieplanung hingewiesen.</p> <p>Der beschriebenen Problematik einer krankheitsbedingten Antriebsminderung kann im Rahmen von DMP durch die Beschreibung leitliniengerechter Vorgehensweisen begegnet werden.</p>
12.2	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. / 14.06.2019	<p>1.5.3 Medikamentöse Therapie</p> <p>Der BPE sieht insbesondere sehr kritisch das ausgerechnet die Patientenvertretung für Vorrang der SSRI bei medikamentösen Therapien bei der mittelgradigen und schweren Depression plädiert.</p> <p>Es entsteht dabei der für den BPE fatale Eindruck, dass in der Richtlinie DMP Depression für diese Medikamentengruppe geworben wird.</p> <p>Was Reduktion und Absetzen der Antidepressiva betrifft (Zeilen 332-334) reicht es unserer Meinung nach nicht über mög-</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Die Formulierung der PatV begründet sich auf einer um-</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		liche Absetzsymptome aufzuklären, sondern bei entsprechender Schwere der Symptome, müssten sie intensiv ambulant, auch aufsuchend und bei Bedarf auch stationär behandelt werden.	fangreichen Evidenz- und Leitlinien-Beleglage für die Wirkstoffgruppe der SSRI. Die NVL (2015) weist auf die bessere Verträglichkeit der SSRI gegenüber den älteren TZA hin. GKV-SV, DKG, KBV: In den Tragenden Gründen wird hierzu ausgeführt, dass eine engmaschige Begleitung der Patientin oder des Patienten während dieser Phase sinnvoll ist, sowohl zur Einordnung der Symptome als auch um ein mögliches Rezidiv zeitnah zu erkennen. Eine weitergehende Empfehlung lässt sich aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht ableiten.
12.3	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. / 14.06.2019	1.5.4 Weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen Der BPE sieht die Position der GKV-SV, DKG und KBV, die für Vorrang der EKT als unterstützende Maßnahme plädieren, sehr kritisch. Es entsteht für uns der Eindruck, dass hier bei der DMP Richtlinie Depression, die ambulante Behandlung von Menschen mit der Diagnose Depression besser strukturieren will, soll die EKT, die als Therapiemethode sehr umstritten ist und	PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV, DKG, KBV: In der Position von GKV-SV, DKG und KBV sind die beschriebenen weiteren Verfahren und unterstützenden Maßnahmen ohne eine Rangfolge beschrieben. Dank und Kenntnisnahme. Am Beschlussentwurf wurde auch aufgrund anderer Stellungnahmen eine Anpassung vorgenommen, siehe auch lfd. Nrn. 4.6 und 9.9.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>gefährliche Symptome verursachen kann, auch als ambulante Behandlung eingeführt werden. Es ist für den BPE immerhin erfreulich, dass die Patientenvertretung davon Abstand genommen- und weitere Verfahren und unterstützende Maßnahmen wie Ergotherapie, Soziotherapie und häusliche Psychiatrische Krankenpflege aufgeführt hat, möglicherweise um sie bei behandelnden Ärzten besser bekannt zu machen. Die Soziotherapie als Leistung in vielen Regionen wird praktisch nicht umgesetzt und deshalb kann in diesen Fällen die entsprechende Verordnung auch nichts bewirken.</p>	<p>Der Stellenwert der EKT ist aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien abgeleitet.</p>
12.4	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. / 14.06.2019	<p>1.6.Verlaufskontrolle</p> <p>1.6.1 Verlaufskontrolle bei Psychotherapie</p> <p>Die Beschreibung der Verlaufskontrolle bei Psychotherapie ist unserer Meinung nach schwammig formuliert. Insbesondere der Satz: "Bei psychotherapeutischer Behandlung ist bei fehlender Besserung nach spätestens der Monaten die weitere Konsultation eines zusätzlich qualifizierten Leistungserbringers zu prüfen." ist für uns unverständlich</p>	<p>Wie bei fehlender Symptombesserung im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung weiter verfahren wird, wird gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten im Therapieverlauf geprüft. Dieses Vorgehen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung gilt grundsätzlich für die Empfehlungen der im Rahmen des DMP formulierten Empfehlungen und ist</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Es ist für den BPE völlig unklar wer diese fehlende Besserung prüfen soll (der behandelnde Psychotherapeut?) und wer genau konsultiert werden sollte? Werden überhaupt die Patienten gefragt ob sie sich das wünschen?</p>	<p>durch die Grundsätze eines partizipativen Vorgehens abgedeckt (vgl. § 7 der DMP-A-RL).</p> <p>Wird beispielsweise eine ergänzende Medikation erwogen, kommt die Einbeziehung eines zusätzlich qualifizierten anderen Leistungserbringers, z.B. einer Psychiaterin oder eines Psychiaters in Betracht, wenn die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten erfolgt.</p> <p>Die Aufgabe der koordinierenden Leistungserbringerin oder des koordinierenden Leistungserbringers ist es, den Therapiefortschritt im Rahmen der Verlaufskontrolle zu beurteilen. In den Fällen, in denen sie oder er nicht selber die Behandlungsmaßnahme durchführt (z.B. Psychotherapie oder Medikation) gehört es zu ihren oder seinen Aufgaben, die erforderlichen Befunde zusammenzuführen.</p>
12.5	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. / 14.06.2019	<p>1.6.2.Verlaufskontrolle bei medikamentösen Behandlung. Zeilen 444-446</p> <p>Es werden regelmäßige Kontrollen bei erhöhten Suizidrisiko empfohlen.</p>	<p>Der Text geht unter Nummer 1.5.5 detailliert auf die Suizidprävention, auf das Krisenmanagement und das Vorgehen bei</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Wir sind der Meinung das Menschen mit erhöhten Suizidrisiko eine intensive Krisenbegleitung, Zuwendung und Gespräche benötigen und keine Kontrollen.</p> <p>Es ist unserer Meinung nach auch oft nicht anzunehmen, dass die Patienten mit erhöhten Suizidrisiko in der Lage sind regelmäßig den Arzt in seiner Praxis aufzusuchen.</p> <p>Wir sehen den ganzen Satz als überhaupt nicht zielführend bei der DMP Depression und sind dafür ihn zu streichen.</p>	<p>akuter Suizidalität ein. Dies beinhaltet die Kontaktgestaltung und Betreuung sowie die aktive unmittelbare Unterstützung und Entlastung des Patienten oder der Patientin.</p> <p>Auf Grund dieses Hinweises wird in Nummer 1.6.2 ein entsprechender Verweis auf Nummer 1.5.5 eingefügt.</p> <p>PatV: Aufgrund der Stellungnahme wurde eine Anpassung vorgenommen.</p>
12.6	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. / 14.06.2019	<p>1.7.Kooperation der Versorgungsektoren</p> <p>1.7.4.Veranlassung einer Rehabilitationsleistung</p> <p>Der BPE vertritt die Meinung, dass jeder Patient mit einer Diagnose Depression mit, oder ohne Begleiterkrankungen und einem bestimmten Schweregrad der Erkrankung einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation hat. Dieses Recht darf nicht auf die Erhaltung der vorhandenen Erwerbsfähigkeit begrenzt werden. Auch die Patienten, die eine Altersrente, oder eine Erwerbsminderungsrente beziehen dürfen von der medizinischen Rehabilitation nicht ausgeschlossen werden.</p> <p>Deshalb müsste dieser Absatz unserer Meinung nach entsprechend geändert werden.</p>	<p>Der Anspruch auf eine Rehabilitation ergibt sich aus den Regelungen des Sozialgesetzbuches. Der hier vorgetragene Leistungsanspruch lässt sich daraus nicht ableiten. DMP kann keine eigenen leistungsrechtlichen Regelungen generieren.</p>

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Insgesamt bestätigt sich für uns der Eindruck das die Anforderungen der DMP Depression, die teilweise sehr allgemein formuliert sind, nicht wirklich zur Verbesserung der Behandlung insbesondere bei schwer erkrankten Patienten mit der Diagnose Depression beitragen können.</p> <p>Unserer Meinung nach viel hilfreicher wäre dabei die Entwicklung einer komplexen ambulanten und aufsuchenden Behandlung (Hometreatment mit Open Dialogue als wichtiges Behandlungskonzept) und Überwindung der sektoralbedingten Fragmentierung beispielsweise über Regionales Budget.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)	26. Juni 2019	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 3. Juli 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 10. Juli 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019		
1.1	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und	Allgemeine Bewertung Die DGPT begrüßt grundsätzlich die Einrichtung eines DMP	Der G-BA weist darauf hin, dass die Stellungnahme verfristet eingegangen ist. Eine Befassung mit der Stellungnahme erfolgt nur ausnahmsweise.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>Depression. Laut der aktuellen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) beträgt die Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz) 16-20%, die 12-Monats-Prävalenz für eine Majore Depression liegt bei 7 %.</p> <p>Evaluationen bereits bestehender DMPs haben gezeigt, dass diese strukturierten, koordinierten Behandlungsprogramme langfristig einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf der eingeschriebenen Patienten haben.</p> <p>Die DGPT verbindet somit mit der Einführung eines DMP Depression die Hoffnung, dass dies zu einer besseren Erkennungs- und Behandlungsrate von Depressionen führen wird.</p> <p>Es wird jedoch bemängelt, dass das vorliegende DMP Depression die Erwartungen an eine notwendige Koordinierung der Versorgung von Menschen mit Depression nicht erfüllt. An der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in der Regel verschiedene Berufsgruppen über die Sektorengrenzen hinweg beteiligt – niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten (d.h. ärztliche und psychologische Psychotherapeuten), Kliniken und der gemeindepsychiatrische Bereich. Oftmals kommt es aufgrund dieser komplexen Fragmentierung des Versorgungsnetzes zu</p>	Die Prüfung der Stellungnahme hat keine Hinweise für Änderungen ergeben, die über die in den fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen angeregten Änderungen hinausgingen.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Behandlungsum- und abbrüchen. Hier wäre eine klarere und koordinierte Vorgehensweise im DMP für die dort eingeschriebenen Patienten wünschenswert.</p> <p>Insbesondere chronische und schwere Verläufe einer depressiven Erkrankung benötigen ein koordiniertes Vorgehen und die Möglichkeit auch ambulante Komplexleistungen zu erhalten. Aus Sicht der DGPT stellt das DMP Depression hier eine Möglichkeit der Koordination und Strukturierung dar. Nach Indikationsstellung sollten Interventionen zeitnah einsetzen und diese sollten aufeinander abgestimmt und koordiniert erfolgen. Insbesondere im Hinblick auf drohende Chronifizierungen dieser Erkrankungen ist der Zeitaspekt wichtig.</p>	
1.2	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>Zu I. Änderung der Anlage 2 der DMP-Anforderungs-Richtlinie</p> <p>1.2 des Beschlussentwurfs:</p> <p>Dokumentationsfelder 13 bis 17 der Anlage 2 der DMP- A-RL</p> <p>Der Entwurf sieht vor, bei anderen DMPs obligat zu dokumen-</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>tierende Erkrankungen (KHK, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, etc.) im DMP Depression nur fakultativ zu dokumentieren. Die DGPT spricht sich dafür aus, dass dies im DMP Depression ebenso obligat zu dokumentieren ist.</p> <p>Begründung:</p> <p>Eine Dokumentation der somatischen Komorbiditäten wird zwar einen gewissen bürokratischen Aufwand bedeuten, das Vorliegen von somatischen Komorbiditäten gemeinsam mit einer Depression ist aber für den Verlauf der Depression, die Behandlung und die Prognose beider Krankheitsarten von entscheidender Wichtigkeit und fördert damit eine leitliniengerechte Behandlung. Gerade die komorbiden Erkrankungen haben Einfluss auf die Identifizierung und auch auf den Verlauf einer depressiven Erkrankung. Im Zusammenhang mit therapeutischen (nicht nur pharmakologischen) Interventionen müssen somatische und andere psychische Erkrankungen gleichermaßen berücksichtigt werden.</p>	
1.3	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und	<p>Zu II. Anlagen 17 und 18</p> <p>Zu 1.2 Hinreichende Diagnostik (Zeile 63 ff.)</p> <p>Einschreibevoraussetzung ist das Vorliegen einer mindestens</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>mittel- bis schwergradigen unipolaren Depression mit persistierendem oder rezidivierendem Verlauf. Diese Position wird seitens der DGPT grundsätzlich unterstützt.</p> <p>Wir geben jedoch zu bedenken, dass auch das Vorliegen einer chronischen Depression bzw. Dysthymie einen hohen Leidensdruck verursacht und in vielen Fällen zur Aufhebung der Teilhabe führt. Wir bitten deshalb, zu prüfen, ob nicht auch die Dysthymie eine Einschreibevoraussetzung darstellen kann.</p> <p>Das Vorliegen einer leichten Depression sollte wie vorgesehen nicht Voraussetzung für die Einschreibung in das DMP Depression sein, da hier die Behandlungsempfehlung auch laut Leitlinie zunächst in „Watchful waiting“ besteht.</p> <p>In Punkt c) werden die Leistungserbringer definiert, welche die Diagnosesicherung vornehmen.</p> <p>Die DGPT unterstützt die Position, dass neben den spezialisierten Leistungserbringern hierzu auch ausnahmsweise die Hausärzte zählen.</p> <p>In diesem Fall jedoch ist für die Position des Koordinators dann auf jeden Fall ein P-Facharzt bzw. Psychologischer Psychotherapeut einzusetzen. Damit ist gewährleistet, dass der Patient in jedem Fall von einem Facharzt/PP gesehen wird.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Umgekehrt kann bei einem Vorlauf beim FA/PP die Koordination in der Folge durch einen Hausarzt übernommen werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die meisten Patienten mit psychischen Erkrankungen befinden sich in der hausärztlichen Versorgung. Alle Hausärzte haben insofern täglich in ihrer Sprechstunde Berührungspunkte mit depressiven Menschen. Zudem sehen die Kriterien zur Teilnahme am DMP eine Schulung der teilnehmenden Ärzte bzw. Leistungserbringer vor (siehe §4 Satz 1 und 2 DMP-ARL). Außerdem soll der PHQ-9 zum Einsatz kommen. Insofern ist aus Sicht der DGPT eine grundsätzliche Befähigung der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte für eine Diagnosestellung gegeben. Eine konsiliarische Überweisung z. B. zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vor der Einschreibung ggf. zur Diagnosesicherung wäre empfohlen, bzw. die weitere Koordination durch FA/PP (s.o.).</p> <p>Es bleibt z.B. zu bedenken, dass die Diagnosestellung der Depression an sich, die Feststellung des Schweregrades einer Depression sowie die diagnostische Abgrenzung insbesondere zu einer bipolaren Störung (deren 12-Monats-Prävalenz</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>liegt bei 2 %), aber auch zu einer Anpassungsstörung, Belastungsstörung oder Angststörung eine Herausforderung darstellt, die eine einschlägige Erfahrung der Ärztin/des Arztes voraussetzt. Insbesondere die Abgrenzung zur bipolaren Störung ist hierbei essentiell und würde zu einer komplett anderen Behandlungsstrategie führen.</p> <p>Wünschenswert für die Sicherung der Qualität der Diagnosestellung und der umfassenden Behandlung ist also eine vernetzte Versorgungsstruktur der behandelnden Haus- und Fachärzte/PP.</p>	
1.4	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>Zu 1.5.2 Psychotherapie (Zeile 207 ff.)</p> <p>Es stehen hier im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie verschiedene wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren zur Verfügung.</p> <p>Die DGPT weist darauf hin, dass Versicherte in der Regel insbesondere nach Erstdiagnose einer Depression psychotherapeutischer Interventionen bedürfen, die initial auf den Aufbau eines Krankheitsverständnisses, von Krankheitsakzeptanz, den Abbau von Schuldgefühlen und den Einbezug von Angehörigen in das Störungsverständnis zielen. Diese psychotherapeutischen Interventionen sollten generell erfolgen, um</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>dann die Notwendigkeit einer Aufnahme einer Richtlinien-Psychotherapie zu prüfen. Zur Psychoedukation (für Betroffene und für Angehörige) stehen ebenfalls evaluierte Programme zur Verfügung. Obwohl das DMP Depression nicht auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten direkt nach Erstdiagnose zielt, wäre es sinnvoll, im DMP Depression eine Abklärung vorzusehen, ob diese Maßnahmen bereits erfolgt sind, vom Patienten als ausreichend wahrgenommen wurden und/oder ob diese ggf. noch zu erfolgen haben. Dies erscheint insbesondere dann sinnvoll, wenn nach der Erstdiagnose keine weitere Behandlung oder nur eine kurze Behandlung erfolgt ist.</p> <p>Analog der Empfehlung, dass bei pharmakotherapieresistenter Depression Psychotherapie angeboten werden sollte (Zeile 196), muss im Abschnitt zur Psychotherapie formuliert werden, dass bei psychotherapieresistenter Depression Pharmakotherapie angeboten werden sollte.</p> <p>Auch muss in den Psychotherapieteil eine Analogformulierung eingefügt werden: „Die Patientin oder der Patient soll über die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs, Wirklatenz, mögliche Nebenwirkungen und die Behandlungsdauer informiert</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		werden. Zudem ist über mögliche Folgen einer raschen Beendigung der Psychotherapie aufzuklären.“	
1.5	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>Zu 1.5.3 Medikamentöse Therapie (Zeile 255 ff.)</p> <p>Die DGPT lehnt die Position, wonach zur Behandlung mittelgradiger und schwerer Depression vorrangig SSRIs einzusetzen sind, entschieden ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Dieser Vorschlag ist nicht konform mit den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, die SSRIs nicht als Firstline-Medikation vorsieht. Es sollten in der Richtlinie keine medikamentösen Empfehlungen abgegeben werden, die mit Leitlinienempfehlungen nicht übereinstimmen.</p> <p>Zudem wäre der Patientenschutz in vielen Fällen mit einer Komorbidität nicht gewährleistet. So ist z. B. bei Patientinnen unter bestimmter anti-hormoneller Krebsbehandlung bei Brustkrebs, bei Patientinnen und Patienten unter Behandlung mit Blutgerinnungs-Medikamenten nach kardiovaskulären oder thromboembolischen Ereignissen, bei Patientinnen und Patienten, die auf ständige Schmerzmedikation mit Nicht-Opioid-Analgetika angewiesen sind, die gleichzeitige Anwendung</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>von SSRIs kontraindiziert.</p> <p>Die Ausgestaltung der individuellen Depressionssymptome sollte Leitfaden für die Wahl des Antidepressivums bleiben, um die Zielsymptome (z. B. gesteigerter oder verminderter Antrieb) passgenau behandeln zu können. SSRIs sind z. B. bei agitierten Depressionen mit gestörtem Schlaf nicht sinnvoll.</p> <p>In Zeile 327 wird eine langfristige Rückfallprophylaxe bei Patientinnen und Patienten, die eine medikamentöse Therapie in Anspruch nehmen, empfohlen. Aus Sicht der DGPT ist bei allen Patientinnen und Patienten, die in das DMP eingeschlossen werden, eine Rückfallprophylaxe indiziert, nicht nur bei medikamentös behandelten Patientinnen und Patienten.</p> <p>Ergänzt werden muss weiterhin die Augmentation durch Quetiapin, wie es in der NVL beschrieben ist.</p>	
1.6	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>Zu 1.5.5. Maßnahmen bei Suizidalität (Zeile 346)</p> <p>Suizidalität bzw. Suizid ist der folgenschwerste Outcome bei psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und Depressionen im Speziellen. Insofern ist die besondere Beachtung von suizidalen Gedanken und Handlungen in einem DMP von hoher</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Relevanz. Insgesamt schließt sich die DGPT daher den ausführlicheren Ausführungen der PatV an, mit jedoch drei Kommentaren bzw. Ergänzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Suizidalitätsfördernde Wirkung von Antidepressiva“: Die Position, dass Antidepressiva eine suizidalitätsfördernde Wirkung haben, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Allenfalls haben manche Antidepressiva eine antriebssteigernde Wirkung, die dann zu einer erhöhten Umsetzungswahrscheinlichkeit von Suizidalität führt. Dies sollte präziser dargestellt werden. <p>Zudem stellt diese Tatsache der möglichen Antriebssteigerung vor Eintritt einer antidepressiven Wirkung eine Grundlage des ärztlichen Wissens über antidepressive medikamentöse Behandlung dar, ähnlich wie es z. B. eine Grundlage ärztlichen Wissens ist, dass eine Erstbehandlung mit blutdrucksenkenden Mitteln eine Sturz- und Synkopen-Gefahr mit sich bringen kann. Hieraus grundsätzlich eine Ablehnung der Behandlung mit Antidepressiva abzuleiten erscheint nicht sachgerecht. Es ergeben sich allerdings hieraus Anforderungen an die Aufklärung der Patientinnen und Patienten und Anforderungen an die Frequenz der Arzt-Patienten-Kontakte in einer Eindosierungs- oder Umstellungsphase.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Suizidale Symptomatik und Intoxikationen“: Hier ist unklar, 	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>was gemeint ist. In der Tat kommt es bei schweren Alkohol- oder Drogenintoxikation unter Umständen zu suizidalem Verhalten, die Intoxikation ist dann jedoch in aller Regel ohnehin die medizinische Leitsymptomatik.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es fehlen Hinweise auf die Möglichkeit bzw. sogar Verpflichtung, bei akuter Suizidalität und fehlender Steuerungsfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung eine Maßnahme gegen den Willen des Patienten, in der Regel nach PsychKHG der Länder, in die Wege zu leiten. Das Wissen hierüber ist im hausärztlichen Bereich nicht immer gegeben, sodass an dieser Stelle ein Hinweis geboten erscheint. 	
1.7	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>Zu 1.6.2 Verlaufskontrolle bei medikamentöser Behandlung (Zeile 440 ff.)</p> <p>An dieser Stelle fehlt ein Hinweis zur Augmentation mit Quetiapin, die zugelassen und leitliniengemäß ist.</p> <p>Zudem fehlt der Hinweis auf die Notwendigkeit der Kontrolle von Nierenretentionswerten und Calcium bei der Lithiumtherapie.</p> <p>Zudem fehlt der Hinweis auf die Therapieoption der Augmentation mit Schilddrüsenhormonen bei therapieresistenter bzw.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		chronifizierender Verlaufsformen der Depression.	
1.8	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>Zu 1.7: Kooperation der Versorgungssektoren</p> <p>Die DGPT befürwortet, dass neben Fachärzten und Hausärzten auch Psychologische Psychotherapeuten die Gesamt-Koordination der in das DMP Depression eingeschlossenen Patientinnen und Patienten leisten.</p>	
1.9	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) / 26.06.2019	<p>Zu 4.2 Schulungen der Versicherten</p> <p>Die Nutzung von digitalen Anwendungen zur Schulung der Versicherten über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte sich dabei jedoch um evidenzbasierte Programme handeln und sie sollten ärztlich begleitet werden. Daher wird an dieser Stelle die Position der KBV/DKG unterstützt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von digitalen Anwendungen, die auf dem Markt sind. Zwischenzeitliche Einschätzungen sehen diese Anwendungen als Medizinprodukte an, die künftig zum Teil auf Rezept verordnet werden sollen. Es ist wichtig,</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>sich hier auf ein bis zwei Anwendungen, die stets ärztlich begleitet werden, zu beschränken, um eine Übersicht und Kontrolle der eingesetzten digitalen Anwendungen zu behalten.</p> <p>Die digitalen Selbstmanagement-Programme müssen deshalb strukturiert, evaluiert und in einschlägigen Fachzeitschriften oder -portalen publiziert sein.</p> <p>Zudem zeigen erste Evaluationen, dass diejenigen digitalen Anwendungen am erfolgreichsten bei Patientinnen und Patienten wirken, die von der jeweils behandelnden Ärztin bzw. vom jeweils behandelnden Arzt persönlich begleitet werden.</p>	

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 17. Mai 2019 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesärztekammer (BÄK)	nein	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	27. Juni 2019	ja
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V.	nein	
Bundesversicherungsamt (BVA)	26. Juni 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	27. Juni 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	26. Juni 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)	3. Juli 2019	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	2. Juli 2019	ja

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG)	26. Juni 2019	nein
Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)	nein	
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)	12. Juni 2019	ja
Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.	nein	
Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V.	26. Juni 2019	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 10. Juli 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
2.	Bundesversicherungsamt (BVA)	siehe Wortprotokoll	Es wurde zur Klarstellung eine Ergänzung in den Tragenden Gründen zu Nummer 1.1. aufgenommen. Im Übrigen ergaben sich in der mündlichen Anhörung keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Anlage 5 der Tragenden Gründe

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 10. Juli 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)		
6.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V.	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Abs. 9 Satz 1 SGB V Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: 17. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
(DMP-A-RL)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 10. Juli 2019
von 10.40 Uhr bis 12.05 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmerin für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Frau Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerinnen für das **Bundesversicherungsamt (BVA)**:

Frau Dr. ...

Frau Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)**:

Frau Prof. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)**:

Frau Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)**:

Frau ... (nicht anwesend)

Frau ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)**:

Frau Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für den **Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)**:

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerin für den **Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e. V.:**

Frau ...

Verwendete Abkürzungen:

DMP: Disease Management Programme

GKV-SV: Spitzenverband Bund der Krankenkassen

DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft

KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Beginn der Anhörung: 10.40 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Einen schönen guten Tag und herzlich willkommen, meine Damen und Herren! Ich freue mich sehr, dass Sie zur Anhörung heute dabei sind. Ich darf mitteilen, dass Sie für die stellungnahmeberechtigten Organisationen sprechen werden und dass Sie die Teilnehmer und Teilnehmerinnen an der Anhörung sind, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Ich danke Ihnen sehr, dass Sie heute mündlich das vortragen werden, inhaltlich komprimiert, was in Ihrer ausführlicheren Stellungnahme dem G-BA mitgeteilt worden ist. Sie können, wenn Sie Ihre Stellungnahme abgeben, bestimmte Akzente, die Ihnen wichtig sind, ergänzen. Wir geben nach Ihren Darstellungen Gelegenheit zu Fragen.

Ich bitte Sie, bei Ihrer Präsentation jeweils das Mikrofon zu benutzen, damit unsere Stenografen Sie gut verstehen. Das Zweite ist, dass Sie zu Beginn Ihres Beitrags bitte Ihren Namen und die Institution nennen, aus der Sie gesandt worden sind.

Wir haben insgesamt acht Institutionen eingeladen, die sich gemeldet hatten. Eigentlich hatten wir neun eingeladen, eine Institution hat heute Morgen abgesagt; diese ist also nicht vertreten. Ich würde, wenn Sie keine weiteren Fragen haben, gleich mit der Anhörung beginnen, damit wir in dem Verfahren zügig weitergehen können. – Ich sehe im Augenblick keine Wortmeldungen, also würden wir anfangen. Wir gehen alphabetisch vor. Frau Dr. ..., wir bitten zunächst Sie als Vertreterin der Bundespsychotherapeutenkammer, sich zu äußern.

Frau Dr. ... (BPtK): Vielen Dank für die Gelegenheit, hier Stellung zu nehmen. Wir würden gerne über die schriftliche Stellungnahme, die wir schon abgegeben haben, hinaus einige neuere Zahlen, die seit der Stellungnahme veröffentlicht worden sind, zur ambulanten Versorgung von Depressiven darstellen. Vor einigen Jahren hat der *Faktencheck Depression* der Bertelsmann Stiftung schon sehr eindrücklich gezeigt, dass aktuell insbesondere schwer depressive Patienten und chronisch depressive Patienten noch nicht leitliniengerecht versorgt werden. Insbesondere die in der NVL empfohlene Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka erhielten von den schwer depressiven Patienten tatsächlich weniger als ein Viertel. Bei chronisch depressive Patienten sah das noch dramatischer aus: Es waren gerade einmal 12 Prozent der Patienten, die diese Empfehlung der NVL erhalten haben, und es war sogar ein Drittel der chronisch depressiven Patienten, die gar keine Behandlung erhalten hat. Deswegen sehen wir in dem DMP Depression eine große Chance, darauf hinzuwirken, dass Patienten zu einem größeren Teil leitliniengerecht versorgt werden.

Aus Sicht der BPtK sind es insbesondere drei Punkte, die in dem DMP noch stärker adressiert werden sollten, um genau das zu gewährleisten. Das ist eine ausreichende differentialdiagnostische Abklärung, das ist eine Koordination der Behandlung, die tatsächlich gewährleistet, dass ein höherer Anteil von Patienten leitliniengerecht versorgt wird, und das ist insbesondere das Zur-Verfügung-Stellen von Schulungen, die Patienten in ihrer Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Erkrankung stärken können. Diese drei Punkte würde ich gerne etwas ausführen.

Zur Diagnostik. In den letzten Wochen ist ganz hochaktuell der *Versorgungsatlas-Bericht* des Zi zum Thema „Wie werden aktuell Depressionsdiagnosen gestellt?“ publiziert worden. Darin zeigt sich eindrücklich, dass insbesondere drei Berufsgruppen aktuell depressive Patienten versorgen. Das sind neben Hausärzten insbesondere entsprechend qualifizierte Facharztgruppen und Psychotherapeuten. Immer noch 50 Prozent der Diagnosen, die von Hausärzten gestellt werden, sind unspezifisch und reichen damit für dieses DMP nicht aus, sind einfach nicht differentialdiagnostisch genug differenziert, wohingegen die Diagnosen, die von entsprechend qualifizierten Fachärzten bzw. Psychothera-

peuten gestellt werden, zu fast 100 Prozent spezifisch sind. Deswegen möchten wir uns dafür einsetzen, den entsprechenden Vorschlag anzunehmen, hier eine zweite differentialdiagnostische Abklärung durch entsprechende Fachärzte bzw. Psychotherapeuten erforderlich zu machen.

Zur Koordination der Behandlung. Aus Sicht der BpTK ist es zentral, dass für depressive Patienten keine weiteren Hürden eingeführt werden, die eine Teilnahme am DMP behindern könnten. Es gibt einen Großteil der Patienten, die über Hausärzte versorgt wird, es gibt aber auch einen substanziellen Patientenanteil, der in der ambulanten Versorgung tatsächlich den direkten Zugang über entsprechende Fachärzte oder über Psychotherapeuten in die Versorgung erhält. Diesen Patienten würden wir es sehr ungerne zumuten, für die Einschreibung im DMP, wenn die bereits gut angebunden sind, einen weiteren Leistungserbringer dazuzuholen. Wir können für die Psychotherapeuten sagen, dass jüngere Patienten, bei denen keine weiteren psychosomatischen Komorbiditäten vorliegen, in der Regel gar keinen Hausarzt haben, mit dem ein langjähriges Vertrauensverhältnis besteht. Dann ist es für Patienten mit Depression immer noch eine als sehr beschwerlich einzustufende Situation, ihre gesamte Anamnese noch einmal schildern zu müssen. Deswegen möchten wir uns hier explizit dem Vorschlag der KBV anschließen, dass die Koordination entsprechend auch durch qualifizierte Fachärzte oder Psychotherapeuten erfolgen kann.

Ich möchte an dieser Stelle direkt ein mögliches Gegenargument vorweg adressieren – das wird häufig gegen eine Koordination durch Psychotherapeuten angeführt –, dass wir das nicht könnten, weil uns entsprechende somatische Qualifikationen fehlen. Da möchte ich den Hinweis geben, dass vorgeschrieben ist, dass vor jeder ambulanten psychotherapeutischen Behandlung eine entsprechende somatische Abklärung der Beschwerden erfolgt. Das heißt, wir können gar nicht anders, wir sind an diese Strukturen gewöhnt. Es ist also hundertprozentig gesichert, dass, wenn jemand über uns koordiniert wird, selbstverständlich entsprechend somatische Komorbiditäten vorher abgeklärt werden. Ich möchte auch noch den Hinweis geben, dass im DMP keinesfalls vorgesehen ist, dass der koordinierende Leistungserbringer immer gleichzusetzen ist mit dem Leistungserbringer, der die Behandlung durchführt. In der Regel werden die koordinierenden Leistungserbringer die Hausärzte sein, und die werden in der Regel keine Psychotherapie anbieten. Deswegen ist aus unserer Sicht nicht ersichtlich, warum Psychotherapeuten, die über ein breites pharmakologisches Wissen verfügen, aber keine Medikamente verordnen dürfen, nicht genauso die koordinierende Rolle übernehmen können.

Damit komme ich zum dritten wichtigen Punkt aus unserer Sicht, den Schulungen. Wir möchten betonen, dass Schulungen tatsächlich der zentrale Mehrwert für Patienten sind, wenn sie an einem DMP teilnehmen. Dann stellt sich die Frage: Sind tatsächlich geeignete Schulungen vorhanden? Für den Bereich der Depression kann man das ganz klar mit Ja beantworten. Wir haben qualitativ hochwertige Online-Selbstmanagement-Interventionen, die teilweise auf höchstem Evidenzniveau in randomisiert kontrollierten Studien bereits untersucht wurden, wo sich klare Wirksamkeitsbelege abzeichnen. Es ist aus unserer Sicht zentral, dass diese dann auch breit zur Verfügung gestellt werden. Es gab, als diese Programme eingeführt worden sind, die Sorge, ob man damit wirklich alle Patienten erreicht. Die Programme erfreuen sich einer hohen Akzeptanz bei Patienten. Zu Beginn wurde die Hypothese aufgestellt, dass Online-Programme sicherlich nur von jungen, typischerweise männlichen, digital besonders affinen Patienten genutzt werden. Tatsächlich sehen wir – das zeigen sowohl die Studien dazu als auch Herstellerberichte – genau das Gegenteil. Es sind nämlich typischerweise depressive Patienten, die das üblicherweise nutzen, typischerweise Frauen mittleren Alters, verheiratet, also genau das Klientel, das wir auch sonst in der Depressionsbehandlung sehen.

Es ist uns wichtig, zu betonen, dass Patienten, die solche Programme nutzen, sich häufig als sehr selbstwirksam erleben. Das ist ein zentrales Konstrukt, das positiv dazu beitragen kann, wie sich eine

Depression weiterentwickelt. Das kann durch diese Selbstmanagement-Programme sehr gefördert werden. Wir möchten betonen, dass nur dann, wenn das obligat in dieser Richtlinie geregelt wird, es überhaupt am Ende dazu führt, dass wirklich jedem Patienten ein solches Angebot gemacht werden kann. Nur dann ist die Voraussetzung gegeben, dass es entsprechend der Qualitätsanforderung in dieser Richtlinie am Ende umgesetzt wird.

Zu den Qualitätsanforderungen – hier möchten wir uns explizit der KBV anschließen –: Es ist höchst relevant, dass Schulungen fachlich gut begleitet werden. Denn wir wissen aus den Studien: Diese Programme wirken, wenn Patienten sie denn nutzen, und Patienten nutzen diese Programme, wenn sie begleitet werden. Wenn keine Begleitung erfolgt, werden die Programme in den meisten Fällen gar nicht zu Ende geführt. Deswegen ist diese fachliche Begleitung als Qualitätsmerkmal höchst relevant.

Dann gibt es noch zwei kleinere Anmerkungen, die ich gerne machen würde. Das eine betrifft die Anlage 2, wo es darum geht, welche Felder tatsächlich obligat zu dokumentieren sind. Hier zeigt sich sehr deutlich, dass Felder obligat vorgesehen werden, die teilweise in keinem Zusammenhang mit der Depression stehen, bzw. dass Komorbiditäten aufgeführt werden, die ganz klar nicht aus der NVL ableitbar sind. In dieser Aufführung fehlen nämlich die in der NVL genannten häufigsten Komorbiditäten. Es macht aus unserer Sicht überhaupt keinen Sinn, das obligat zu dokumentieren, das macht aus Datensparsamkeitsgründen und auch aus Entbürokratisierungsgründen keinerlei Sinn. Man sollte ganz darauf verzichten. Wenn man es denn unbedingt stehen lassen will, weil es sicherlich einige Patienten gibt, für die das relevant sein könnte, dann sollte das im Einzelfall freiwillig entschieden werden.

Die andere Anmerkung, die wir gerne machen würden, betrifft die therapeutischen Maßnahmen, und zwar welche Psychotherapieverfahren hier zur Verfügung gestellt werden. Ambulant verfügbar sind aktuell die Verfahren, die auch in der Psychotherapie-Richtlinie genannt werden. Deswegen macht es hochgradig Sinn, genau auf diese Verfahren zu verweisen. Alles andere würde dazu führen, dass man sich als Leistungserbringer fragt, ob in dem DMP plötzlich neue, weitere Verfahren zur Verfügung stehen, die aber ambulant gar nicht zur Verfügung stehen. Daher gebietet es die Klarheit, hier ganz klar auf die Psychotherapie-Richtlinie zu verweisen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (BPtK) für Ihre Ausführungen. – Gibt es dazu Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Sie hatten gerade dargelegt, dass es Patienten gibt, die im besonderen Maße von digitalen Schulungsangeboten profitieren können, und dass es Patienten gibt, die gegebenenfalls aber auch von Gruppenschulungsangeboten profitieren, und sich gleichzeitig der Positionierung von KBV und DKG zugeneigt. Diese Positionierung lässt ja die Möglichkeit offen, dass ein digitales Schulungsangebot vorhanden ist, aber keine Präsenzgruppenschulung. Das heißt, dass ein DMP zugelassen wird ohne Präsenzgruppenschulung. Das würde bedeuten, dass diejenigen, die von einer Präsenzgruppenschulung profitieren würden, dieses Angebot nicht hätten. Sehen Sie das als problematisch, oder müssten beide Bestandteile, wenn es denn problematisch wäre, dann obligat und nicht einer der Bestandteile optional in den Anforderungen verankert sein?

Frau Dr. ... (BPtK): Es ist sicherlich wünschenswert, dass Patienten an dieser Stelle im Rahmen des Shared Decision Making die Wahl haben. Tatsächlich verfügbar und gut evaluiert sind Online-Selbstmanagement-Programme in diesem Bereich. Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass, wenn man die Möglichkeit hat, ein qualitativ hochwertiges Angebot zu machen, man das dann obligat fordert. Die

negative Konsequenz, wenn man beide obligat fordert und dann das eine nicht vorhanden ist und dadurch Patienten am Ende gar nichts bekommen, würde ich persönlich als deutlich schlechter bewerten. Deswegen fände ich es sehr sinnvoll, die tatsächlich vorhandenen, gut evaluierten Programme hier obligat zur Verfügung zu stellen; wünschenswert sind sicherlich auch Gruppenschulungen on top.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau ... (BPtK) – Gibt es weitere Wortmeldungen oder Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann möchte ich mich bei Ihnen herzlich für Ihre Ausführungen bedanken. – Wir gehen weiter zum Bundesversicherungsamt. Ich weiß nicht, ob Frau Dr. ... oder Frau Dr. ... hier vortragen werden.

Frau Dr. ... (BVA): Schönen guten Morgen zusammen! Ich werde starten. – Wir haben dankbar die Gelegenheit genutzt, ergänzend zu unserer schriftlichen Stellungnahme hier noch vorzutragen; ich gehe strikt in der Reihenfolge des Beschlussentwurfs vor.

Unsere erste Anregung bezieht sich auf Ziffer 1.1, Randnummer 56, die Definition der rezidivierenden Depression. Hier haben wir eine einschreibungsrelevante Ergänzung. Momentan heißt es im Beschlussentwurf:

Eine rezidivierende Depression liegt vor, wenn zwischen den Episoden eine Remission der Symptomatik erfolgt, die über mindestens zwei Monate, meist sehr viel länger stabil anhält.

Ich vermissen hier, dass die Episode und die Remission zeitlich klar eingegrenzt werden, so wie es auch in der Leitlinie vorgeschlagen oder beschrieben wird, nämlich dass die Episode mindestens zwei Wochen andauern muss und dass die Remission längstens neun Monate andauern darf, da bei einer Remission, die länger andauert, im Grunde schon von einer Heilung der Depression ausgegangen werden kann. Daher schlagen wir vor, den Satz so zu fassen, dass hinter dem Wort „remittieren“ eingefügt wird:

Eine rezidivierende Depression liegt vor, wenn zwischen den depressiven Episoden, von denen wenigstens zwei

– also die aktuelle und eine frühere –

mindestens zwei Wochen gedauert haben, eine Remission der Symptomatik erfolgt, die über mindestens zwei, aber weniger als neun Monate stabil anhält.

Wie gesagt, wenn es länger als neun Monate anhält, wäre von einer Heilung auszugehen.

Die nächste Anregung ist im Grunde nur die Vertiefung eines Vorschlages, den wir bereits gemacht haben, und betrifft einen Punkt, den auch Frau Dr. ... (BPtK) gerade vorgetragen hat. Wir gehen davon aus, dass es sinnvoll ist, die Komorbiditäten obligat zu benennen, sodass die vorgesehene Fußnote sich nur auf die Nummern 13 bis 16 bezieht. Hintergrund ist einmal, weil es eine, wie wir schon geschrieben haben, therapeutische Relevanz hat, es ist aber auch für die Prävalenz der Depression bedeutsam, sodass wir das DMP nutzen, hier den Datenbestand zu verbessern. Wir schlagen vor, das obligat zu erfassen.

Mein letzter Vorschlag, den ich hier vortrage, bezieht sich auf die Ziffer 1.5.1.1, Therapiegrundsätze, und zwar Buchstabe g); es ist eine Art anwenderfreundliche Ergänzung. Es wird hier ausgeführt, dass bei der Double Depression eine kombinierte Therapie und eine alleinige medikamentöse Behandlung alternativ nebeneinanderstehen. Hier würden wir vorschlagen, dass wir das Verhältnis herausstellen, dass nämlich der Kombinationstherapie eine höhere Wertigkeit zugemessen wird, dass wir also hier

den Patienten im Beschluss – nicht nur in den Tragenden Gründen – darüber informieren, dass die Kombinationstherapie gegenüber der Monotherapie wirksamer ist. – Das wäre mein Beitrag.

Frau Dr. ... (BVA): Schönen guten Tag zusammen! Ich übernehme den zweiten Teil und möchte gerne Ausführungen zu den Schulungsprogrammen machen. Wir, das BVA, sind dafür bekannt, dass wir große Verfechter sind, innerhalb der DMPs Schulungsprogramme durchzusetzen und die wirklich als zentralen Bestandteil der DMPs anzusehen. Anders gelagert ist es bei der besonderen Indikation Depression. In diesem Fall schließt sich das BVA dem Standpunkt des GKV-SV an, der nämlich aussagt, dass die Schulungsprogramme kein notwendiger Bestandteil dieses DMP sein sollten, unabhängig davon, ob es sich hierbei um digitale Schulungen oder Präsenzs Schulungen handelt. Die Schulungen stellen eine psychoedukative Begleitmaßnahme dar und können optional angeboten werden bzw. zum Einsatz kommen. Sofern es allerdings Schulungsprogramme gibt, die im Rahmendes DMP angeboten werden sollen, müssen sie entsprechend den vorhergehenden Handhabungen den Anforderungen nach § 4 dieser Richtlinie entsprechen und vom BVA zugelassen werden. Sollten existierende Schulungsprogramme für Depressionen angeboten werden, weisen wir als BVA auf die Problematik hin, dass zu prüfen ist, ob bei dieser Indikation die Nichtteilnahme an einer Schulung zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm gemäß § 28d RSAV führen sollte. Fraglich ist in diesem Zusammenhang auch, ob jedes digitale Selbstmanagement-Programm überhaupt Schulungscharakter aufweist, und, wenn ein digitales Schulungsprogramm zur Anwendung kommt, wie die Teilnahme kontrolliert und nachvollzogen werden kann, damit man nicht Gefahr läuft, dass der Patient ausgeschlossen wird, weil er wiederholt nicht an einer solchen Maßnahme teilnehmen konnte oder teilgenommen hat bzw. die Möglichkeit des Nachvollziehens nicht gegeben war. Wir haben in der Stellungnahme einen Vorschlag unterbreitet, wie eine Formulierung in der Anlage 18, Depression – Dokumentation aussehen kann, um dieses auszuschließen; das möchte ich hier nicht weiter fortführen, weil Ihnen das schriftlich vorliegt.

Einen letzten Punkt möchte ich noch anmerken – da schließe ich mich meiner Vorrednerin an –: Wir sehen es als sehr wichtig an, dass, wenn Selbstmanagement-Programme zum Einsatz kommen, die entsprechenden Ärzte ausreichend geschult sind, damit sie eine optimale Begleitung des Versicherten sicherstellen können. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (BVA). Dann darf ich fragen, ob es zu den Ausführungen von Frau ... oder Frau ... vom Bundesversicherungsamt noch Fragen oder Anmerkungen gibt. – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Ich habe nur für unser Verständnis noch eine Frage an Sie, Frau (BVA) Sie haben eben dargelegt, dass das BVA ein großer Freund von Schulungen als zentralem Bestandteil der DMPs ist, und dann gesagt, dass die Position des GKV-Spitzenverbandes, in diesem Fall die Schulungen als nur optionalen Bestandteil in diesem DMP zu verankern, die zu bevorzugende wäre. Den inhaltlichen Sprung konnte ich an dieser Stelle noch nicht nachvollziehen. Wenn es zentraler Bestandteil sein sollte, dann müsste es nicht optional, sondern obligater Bestandteil sein. Vielleicht können Sie die inhaltliche Begründung dafür noch einmal darstellen.

Frau Dr. ... (BVA): Ich habe eingangs meines Statements gesagt, dass Depression schon eine besondere Rolle unter den Indikationen einnimmt, die wir bisher im DMP führen. Es ist nicht so einfach, entsprechende Schulungsprogramme zu haben oder alle speziell depressiv Erkrankte einer Präsenzs Schulung zuzuführen, sodass sie daran teilnehmen. Es wird nicht nur abhängig sein vom Schweregrad der Erkrankung, sondern sicherlich auch zeitlichen Schwankungen unterliegen, ob eine solche

Schulung wahrgenommen wird oder nicht. Deshalb kann man hier nicht sagen: Es muss obligatorischer Bestandteil sein. – Wenn es das Angebot gibt, ist es gut. Was ich zum Ausdruck bringen wollte, ist, dass wir als Bundesversicherungsamt es nicht als essenziell ansehen, damit dieses Programm überhaupt starten kann. Wenn sich in der Zukunft zeigen sollte, dass dieses lebbar oder anders handhabbar ist, dann kann man vielleicht bei der nächsten Überarbeitung dieser DMP-Richtlinie für Depression darüber nachdenken.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Jetzt hatte sich noch der GKV-SV gemeldet.

GKV-SV: Ich habe eine Rückfrage zu den Ausführungen zu Ziffer 1.5.1.1 von Frau ... (BVA) Wo sehen Sie das Problem? Wir haben doch im ersten Satz bei Buchstabe e) die Vorrangigkeit der Kombinationsbehandlung erwähnt. Würde Ihnen das an dieser Stelle nicht ausreichen, oder habe ich das falsch verstanden?

Frau Dr. ... (BVA): Es ist aufgeführt in den Tragenden Gründen.

GKV-SV: Im Richtlinien text steht die Vorrangigkeit im ersten Satz. Ich hatte das vielleicht akustisch falsch verstanden. Unter Buchstabe e) steht:

Bei einer rezidivierenden Depression ... soll vorrangig eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.

Im Folgenden kommt, dass, wenn das nicht geht, eben eines der beiden gewählt werden soll. Vielleicht war es auch ein Missverständnis von mir.

Frau Dr. ... (BVA): Nein, da gebe ich Ihnen recht, das haben wir übersehen. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Dann die KBV.

KBV: Ich habe eine Frage zu Ihren Anmerkungen zu den Schulungen. Sie haben die Sorge geäußert, dass Patienten aus dem DMP ausgeschrieben werden, wenn sie an der Schulung zweimal nicht teilnehmen – was im DMP üblich ist –, und dass es insbesondere in diesem DMP Schwierigkeiten geben könnte, nachzuhalten, ob eine Schulung stattgefunden hat. Diese Sorge hatten Sie auch in Ihrer schriftlichen Stellungnahme geäußert. Für uns ist das nicht ganz klar, weil wir vonseiten DKG, KBV und Patientenvertretung die entsprechenden Dokumentationsfelder vorschlagen, wie wir sie auch in allen anderen DMPs haben, das heißt, eine Schulung, wo der Arzt oder der Psychotherapeut zu der Einschätzung kommt: Dieser Patient kann an dieser Schulung tatsächlich nicht teilnehmen. – Hat er die Möglichkeit, im Doku-Parameter anzugeben, eine Schulung gar nicht zu empfehlen – das ist genauso formuliert wie in den anderen DMPs – oder dass der Patient aus bestimmten Gründen eine Schulung nicht wahrnehmen konnte? Das heißt, wir sehen hier kein anderes Risiko als bei anderen DMPs, wenn der Patient ausgeschrieben wird, und können die Begründung nicht nachvollziehen, was in diesem DMP so besonders eine Gefahr darstellt, zumal wir damit in den anderen DMPs keine großen Probleme haben.

Frau Dr. ... (BVA): Hier haben wir die Besonderheit, dass wir sagen: Wir haben eine Präsenzs Schulung. – Ich gebe ich Ihnen recht, wenn es sich um eine Präsenzs Schulung in dem Sinne handelt, wie wir bisher Schulungen im DMP hatten. Hier haben wir die Besonderheit, dass wir fast gleichrangig in dem Status sind, das Selbstmanagement zu diskutieren, also eine App anzuwenden und keine Präsenzs Schulung zu haben. Wir stellen hier – ich habe das eingangs ausgeführt – die Frage: Wie will man dieses nachhalten, wie will man das kontrollieren, welche Tools gibt es? Wir haben da keine

konkrete Vorstellung. Wenn es darauf hinauslaufen sollte, keine Präsenzschulung vorzusehen oder sie, wenn man sie hat, „nice to have“ ist, sie auch im Selbstmanagement-Programm nur optional ist, und nachher da steht: „Nicht bekannt, ob er an einer Schulung teilgenommen hat“, stellt sich die Frage, wie man dies rein bürokratisch händeln will. Das ist eine Frage der Kontrolle und wie das nachher in der Praxis gelebt werden soll.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (BVA). Die Patientenvertretung noch einmal.

Patientenvertretung: Noch kurz dazu. Das ist genau das, was durch die Begleitung des Arztes oder des Psychotherapeuten gewährleistet wird. Der Arzt weiß das natürlich, weil er das mit dem Patienten bespricht. Es ist nicht so, dass der Arzt vorschreibt, die App zu benutzen, oder gar nicht darauf hinweist, dass es Apps gibt. Das Zentrale ist vielmehr, dass es begleitet ist. Wie bei allen anderen Doku-Parametern und Qualitätszielen ist es natürlich eine Abfrage des Arztes oder des koordinierenden Leistungserbringers: Hat der Patient das angewendet? – Das fragen wir auch bei körperlicher Aktivität und in anderen Feldern. Wir können das nicht anders nachprüfen. In unserem Vorschlag ist es therapeutisch begleitet und dadurch auch klar durch den Arzt prüfbar.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... (BVA), möchten sie dazu noch etwas sagen?

Frau Dr. ... (BVA): Ich will die Veranstaltung nicht aufhalten, aber vielleicht ganz kurz. Es gibt, wie ich gesagt habe, Selbstmanagement-Programme, die keinen Schulungscharakter haben. Bei einer Abfrage oder wie auch immer sieht man natürlich: Hat er dieses Wissen, oder hat er es nicht? – Es gibt laufende Selbstmanagement-Programme, mit denen keine Bildung oder Weiterbildung verbunden ist. Um nicht Gefahr zu laufen, dies durch „Schulung“ zu überschreiben, schlagen wir vor, die Abfrage vorzusehen und dem Patienten zu sagen, es handelt sich hierbei um psychoedukative Maßnahmen. Dann hat man alles mit drin.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (BVA) und vielen Dank auch Frau ... (BVA) damit darf ich die Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes beenden. – Wir kommen zur Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bitte schön, Frau

Frau Prof. Dr. ... (DEGAM): Auch von mir herzlichen Dank für die Einladung. Uns ist es ganz wichtig, dass der Hausarzt eine ganz wichtige und zentrale Rolle in diesem DMP hat und dass dieses DMP jetzt eröffnet wird. Zunächst einmal sehen wir die Notwendigkeit, nicht nur die mittelschweren und schweren Depressionen mit hineinzunehmen, sondern auch leichte Depressionen, wenn sie denn mindestens ein Jahr lang anhalten oder mindestens das dritte Rezidiv sind. Das sind Patienten, die häufig auch erhebliche Einschränkungen in ihrer Teilhabe, in ihren Alltagsfunktionen haben, die häufig auch Komorbiditäten haben. Außerdem haben wir immer wieder erhebliche Fluktuationen von leicht und mittelschwer in der Anamnese. Von daher ist es sinnvoller, zu sagen: Jede Depression, die entsprechend diagnostiziert worden ist, sollte eingeschlossen werden, wenn sie entsprechend sehr lange andauert oder sehr häufig rezidiert. – Ich habe auch keine Angst wegen der Diagnosestellung. Wir müssen deutlich unterscheiden zwischen dem, was wir in unserem Alltag mit ICD-10 kodieren, und dem, was tatsächlich an Diagnosestellung, an Diagnostik, an Einschätzung läuft. Das ist gerade in der Hausarztpraxis oft sehr divergent. Deshalb lässt sich aus Daten des ZI wirklich nicht auf Versorgungsqualität schließen; das muss man ganz klar sagen.

Gerade das DMP hat klare strukturierte Vorgaben, wie die Vorgabe der Schulung des koordinierenden Arztes, sodass eine ordentliche Diagnostik und eine ordentliche Koordination sichergestellt sind. Die Koordination sollte in der Regel durch den Hausarzt stattfinden. Wir lehnen es ab, dass die Koordination bei dieser Erkrankung alleine durch Psychotherapeuten läuft. Für die Erstvorstellung muss sowieso der Konsiliarbericht erstellt werden, da ist sowieso ein Kontakt, in der Regel zum Hausarzt, notwendig. Weil wir wissen, dass die Patienten mit einer Depression ein deutlich erhöhtes Risiko haben, weitere Erkrankungen zu entwickeln, ist da ein ärztlicher Blick durchaus wichtig und hilfreich. Deshalb sollten diese Komorbiditäten schon wirklich strukturiert abgefragt werden, damit sie im Gedächtnis sind und nicht übersehen werden. Der große Vorteil bei den DMPs ist – ich habe viel Erfahrung mit den DMPs Diabetes und KHK –, dass man wichtige Dinge nicht übersieht. Wenn da ein Kästchen anzukreuzen ist, „Augenarzt, ja oder nein“, dann vergesse ich das nicht mehr. So ist es auch bei diesen Kästchen. Das hat man ganz schnell drin, das ist nicht viel Arbeit. Man wird einfach noch einmal daran erinnert. Das Gleiche gilt für das Kästchen mit der Schulung. Man sieht dann einfach: War das möglich oder nicht? – Ich sehe überhaupt nicht die Gefahr, dass da jemand unnötig aus dem DMP ausgeschrieben wird. Vielmehr haben wir eine große Chance. Es soll eine Schulung angeboten werden, die entsprechend qualitätsgesichert ist. Das kann optional Präsenzsulung sein oder eine – die dann auch wirklich gelistet wird – Schulung, die man dort anbieten kann. Das ist ein ganz wichtiges Tool in der Begleitung dieser Patienten. Wie gesagt, die Koordination sollte in der Regel durch den Hausarzt erfolgen, weil der einfach den breiteren Blick hat, auch über alle anderen Dinge, die da noch nötig sind. Auch das dient letztlich der Datensparsamkeit, weil hier die vielen Dinge zusammenlaufen und koordiniert werden können. Wie gesagt, wir haben eine hohe Komorbidität, auch hohe Begleitbeschwerden, die entsprechend immer wieder einzuordnen sind.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Gibt es dazu Fragen oder Anmerkungen? – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Dann darf ich Ihnen, Frau ... (DEGAM) ganz herzlich danken. – Als Nächstes kommt die Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. Das ist Frau Dr. Wenn Sie bitte Ihr Statement abgeben würden.

Frau Dr. ... (DGPPN): Ich bedanke mich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Ich werde mich anhand unserer Stellungnahme und anhand der Reihenfolge der Fragestellungen im Beschlussentwurf und in den Tragenden Gründen durcharbeiten.

Wir begrüßen die grundsätzliche Einrichtung eines DMP Depression sehr, weil wir damit die Hoffnung verbinden, dass die häufig sehr ungesteuert verlaufende Behandlung von depressiven Menschen etwas mehr in ein Regelwerk kommt, wenngleich wir glauben, dass ein DMP Depression lediglich eine erste Stufe sein kann. Bei diesem Krankheitsbild sollen sehr viele Leistungserbringer idealerweise koordiniert arbeiten. Wir würden uns noch mehr Koordinationsregelungen wünschen. Bei einigen Modellen haben wir schon gesehen, dass es ganz gut funktioniert, wenn die verschiedenen Leistungserbringer strukturiert zusammenarbeiten. Wir glauben auch, dass es sehr gut möglich ist, dass die Diagnosestellung in hausärztlichen Praxen jeglicher Art erfolgt, also nicht nur bei Hausärzten, die einen Zusatztitel für Psychotherapie haben, denn die meisten Menschen mit einer Depression in Deutschland sind beim Hausarzt. Es würde überhaupt keinen Sinn machen, die Ressource, die man da hat, für die Patienten einzuschränken. Die entsprechenden Schulungen machen es möglich, die Diagnose in der breiten Masse der Hausarztpraxen gut zu stellen und den Patienten das Tor zu öffnen.

Wir haben uns in unserer Stellungnahme zunächst einmal dagegen entschieden, auch die leichte Depression als Einschreibekriterium zu sehen, wobei das Argument, dass die Krankheit fluktuieren kann, schon eines ist, das sticht.

Das bringt uns zu einem weiteren Thema, nämlich der Diagnose der Dysthymie. Das haben wir in der Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaft herausgelassen, weil nach ICD-10 die Dysthymie als eine leichtere Störung beschrieben ist. Ich bin als Vertragsärztin tätig, und in den vertragsärztlichen Praxen haben wir das Problem, dass wir in ICD-10 nur die Dysthymie haben, um eine chronische Depression verschlüsseln zu können. Wir nehmen diese Diagnose auch für die schwerer chronisch Kranken, die zwischen den Episoden nicht zur restitutio ad integrum kommen. Das sind schon viele. Insofern sprechen wir uns dafür aus, in Erwägung zu ziehen, die Dysthymie als Einschreibediagnose aufzunehmen. Es wird im ICD-11, der im nächsten Jahr kommen soll, wohl leichter, das entsprechend zu verschlüsseln. Wir glauben, dass die Krankheitslast entsprechend groß ist, um würdig zu sein, in das DMP aufgenommen zu werden und davon zu profitieren.

Des Weiteren möchten wir uns sehr dafür stark machen, dass die Komorbiditäten bei der Einschreibung und auch später obligat dokumentiert werden. Als die Stellungnahmefrist zu Ende war, erschienen im *Deutschen Ärzteblatt* die erste deutsche Registerstudie zur Sterblichkeit bei Severe Mental Illness. Es ist zum ersten Mal in Deutschland möglich gewesen, eine solche Studie zu machen, es sind 60 Millionen Versicherte einbezogen. Es ist einfach deutlich, dass Menschen mit einer schweren Depression eine doppelt so hohe Sterblichkeit haben als Menschen ohne eine Depression. Die ist nicht durch die Suizide allein bedingt, Suizide bedingen bei dieser verdoppelten Sterblichkeit nur ein Viertel der Gründe, der Rest sind eben Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wir verbinden mit der Bitte, das obligat zu machen, die Hoffnung, dass auf die Komorbiditäten Depression und die Diagnosen, die ich eben genannt habe, ein stärkerer Fokus gelegt wird. Es kann nicht weiter so sein, dass man da einen Lebenszeitverlust von zehn Jahren und eine verdoppelte Sterblichkeit hat. Das liegt auch daran, dass man im medizinischen Versorgungssystem, im Gesundheitssystem, nicht genug beides im Blick hat. – Dafür möchten wir uns sehr aussprechen.

Wir legen Wert darauf, dass im Bereich der Therapie entsprechend den Leitlinien die Psychotherapie und die Psychopharmakotherapie gleich bewertet werden, auch mit Informationen über Risiken und Nebenwirkungen, auch zur frühzeitigen Beendigung. Bei der Erstdiagnose der Depression ist es sehr wichtig, den Patienten im ärztlichen oder psychotherapeutischen Gespräch eine gute Erklärung zu der Erkrankung zu geben, dass der Patient überhaupt weiß, was er hat und worum es sich handelt. Das kann im Rahmen von psychotherapeutischer Intervention oder im Rahmen von Psychoedukation oder im ärztlichen Gespräch erfolgen. Es wäre wichtig, wenn später in das DMP eingeschrieben wird, dass man schaut: Ist das erfolgt, und ist das vom Patienten genügend angenommen, oder sollte das entsprechend noch einmal erfolgen?

Bei der medikamentösen Therapie möchten wir der Position, SSRIs als Firstline einzusetzen, nicht folgen. Es ist schlicht so, dass diese Empfehlung nicht konform mit der NVL ist. Wir haben speziell bei vielen Komorbiditäten ein Ausschlusskriterium, um mit SSRIs zu behandeln, das gilt zum Beispiel für an Brustkrebs erkrankte Frauen, die mit antihormoneller Behandlung versorgt sind. Das soll nicht kombiniert werden. Man soll SSRIs bei thromboembolischen oder kardiovaskulären Erkrankungen nicht mit Blutverdünnern jeglicher Art kombinieren und auch nicht mit nicht steroidalen Antirheumatika bei Schmerzerkrankungen. Es gibt also eine hohe Limitation für SSRIs; nicht zu vergessen die QT-Zeit-Verlängerung im EKG. Wir plädieren dafür, hier keine Präferenz auszusprechen, sondern die Wahl des Antidepressivums entsprechend der Symptomatik der Depression individuell anzupassen.

Bei den weiteren Verfahren und unterstützenden Maßnahmen fehlt uns noch der Hinweis auf die biologischen Behandlungsverfahren, die nicht medikamentös sind, wie Lichttherapie, Schlafentzugsbehandlung oder Neurostimulation, insbesondere bei Neurostimulation sowohl bei Psychotherapie als auch bei Psychopharmakotherapie bei den schwer therapieresistenten Depressionen.

Zudem wäre uns der Einbezug der Heilmittel wichtig. Häusliche psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie haben in dem Gesamtbehandlungskonzept aus unserer Sicht einen Platz. Zu Suizidalitäten muss ich nicht weiter ausführen.

Eine alleinige Koordination durch psychologische Psychotherapeuten, wenn es keine verbindlichen Koordinationsregelungen gibt, sehen wir eher kritisch. Wir glauben, dass die Koordination in ärztliche Hand gehört, weil man auch nicht weiß, ob im Verlauf eine Komorbidität auftritt.

Zu den Schulungen kann ich mich ganz den Ausführungen von Frau ... (BPtK) anschließen; die würden von uns genauso getroffen. – Vielen herzlichen Dank, das waren meine Ausführungen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen herzlichen Dank, Frau Dr. ... (DGPPN) – Darf ich fragen: Gibt es weitere Wortmeldungen? – KBV.

KBV: Vielen Dank. Sie haben das insgesamt sehr verständlich vorgestellt; es hat mich überzeugt. – Meine Frage: Sie haben das für mich klar beschrieben, was das Thema Dysthymie angeht. Davor hatten Sie mit einem leichten Kopfschütteln gesagt: Wir haben uns eigentlich gegen den Einschluss der leichten Depression ausgesprochen. – Dann habe ich eigentlich erwartet, dass ein Komma kommt und Sie sagen: Wir haben aber unsere Meinung geändert. – Das habe ich nicht so ganz verstanden. Wären Sie jetzt weiter dagegen, oder ist es mehr eine Überbrückungsidee?

Frau Dr. ... (DGPPN): Die Argumentation von Frau ... (DEGAM) hat mich einfach überzeugt. Natürlich ist uns klar, dass die Symptomschwere schwankt. Es gibt ja den Fall, dass bei einer wiederholten leichten Depression der Mensch über lange Zeit gesund ist. Das wäre keine Indikation für ein DMP; ich glaube, da würden Sie mir folgen.

(KBV: Absolut!)

Aber es gibt auch den Fall, dass es zwischendurch eine mittelschwere Depression ist. Da würde ich einfach dem einschreibenden Arzt oder Therapeuten die Kompetenz zutrauen, dass er sagt: Das beobachte ich jetzt schon so lange, das wäre ein Mensch, der würde von einem DMP Depression doch profitieren.

KBV: In der Lebenswirklichkeit scheint es eher so zu sein, dass der Begriff „leichte Depression“ schwierig und waschi-waschi ist und dass „häufige Episoden mit einer Dauer von einem Jahr oder noch länger“ eine viel bessere Beschreibung ist und dass es dann fast schon an der Grenze zu einer mittelschweren ist oder vielleicht sogar in Teilen eine ist und man es gar nicht so genau festlegen kann. Vielleicht haben Sie deswegen den Begriff Dysthymie eingebracht?

Frau Dr. ... (DGPPN): Das Thema Dysthymie war uns ein eigenständig wichtiges. Bei den leichten Depressionen haben wir uns einfach an die Empfehlung in der S3-Leitlinie gehalten.

KBV: Okay. Dann habe ich alles verstanden. – Das Zweite. Sie haben – das hat mich wirklich gefreut – dargelegt, es gebe zu 60 Millionen Versicherten Daten zu Komorbidität und hoher Sterblichkeit. Es gibt hochkompetente vergleichende Studien aus Amerika, aus dem Bereich der Mental Health by Veteran und im Bereich der Homeless Care. Schon seit Jahren ist evident, wie hoch die Sterblichkeit ist,

und zwar nicht allein durch das Thema Suizid, sondern durch viele andere Faktoren, die Sie auch erwähnt haben. Insofern unterstützt das noch einmal, wie wichtig der Fokus gerade auf diese beiden Bereiche ist. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Der KBV und Frau Dr. ... (DGPPN) vielen herzlichen Dank für die Ausführungen und für die Bestätigung. – Jetzt kommt die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Wir haben noch zwei Fragen an Sie. Ich werde jetzt mit der ersten starten und erst nach der Beantwortung mit der zweiten kommen, damit das nicht durcheinandergerät. Wir haben eine Frage zu Ihrer geäußerten Ablehnung einer Hervorhebung der SSRIs. Der Hintergrund dieses Vorschlags war ein Beschluss im AMNOG-Verfahren zu Vortioxetin, wo SSRIs wegen des günstigen Nebenwirkungsprofils als ZVT festgelegt worden sind. Gleichzeitig findet sich in der NVL ein Verweis auf das günstige Nebenwirkungsprofil. Wir wollten Sie bitten, vor diesem Hintergrund eine kurze fachliche Einschätzung abzugeben, und fragen, ob es gegebenenfalls eine Möglichkeit wäre, die von Ihnen genannten Kontraindikationen mit aufzuführen, um dieser Befürchtung begegnen zu können.

Frau Dr. ... (DGPPN): Ich hoffe, ich habe die Frage richtig verstanden. Ein relativ günstiges Nebenwirkungsprofil wird den SSRIs seit Beginn im Vergleich zu den trizyklischen Antidepressiva durchaus zugeschrieben. Es relativiert sich über die Zeit etwas, da wir einfach sehen, dass sie bei bestimmten Krankheitsbildern und dort wichtigen Behandlungsregimes nicht einsetzbar sind, also das Tamoxifen wird relativ unwirksam, wenn Sie mit SSRIs behandeln. Die Blutungsneigung nimmt zu, wenn Sie es mit Gerinnungshemmern kombinieren. Auch wenn Sie die Blutungsneigung erhöhende Schmerzmittel nehmen, erhöhen sie das Risiko. Insofern muss man dieses sehr günstige Nebenwirkungsprofil vielleicht etwas relativieren. Was Sie sicherlich haben: Sie haben weniger häufig eine Gewichtszunahme, Sie haben weniger häufig eine Mundtrockenheit, Sie haben nicht das Thema mit der Suizidalität, dass Sie sich mit SSRIs umbringen können; Sie können sich leichter mit Trizyklika umbringen. Aber wenn jemand in einer guten Behandlung seiner Depression steht, nimmt die Suizidalität sowieso ab, oder Sie haben andere Möglichkeiten, Suizidalität zu behandeln. Insofern hoffe ich, dass ich jetzt auf Ihre Kontraindikation eingegangen bin. Bei vielen Patienten sind SSRIs in der ersten Wahl, das ist völlig klar. Aber man kann es nicht mehr so darstellen, als wären die so easy. Sie haben immer noch Patienten, wo die Trizyklika einfach von der depressionslösenden Kraft nicht wegzudenken sind und die auch nicht diese Nebenwirkungen haben wie Gewichtszunahme, die schweren vegetativen Nebenwirkungen. Ein anderes Thema sind die anticholinergen Nebenwirkungen, aber darüber sprechen wir im Moment nicht. Aber man kann sicherlich nicht sagen, die SSRIs sind einfach, und die anderen Medikamente sind nicht so einfach.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Patientenvertretung, die zweite Frage.

Patientenvertretung: Vielen Dank dafür. – Die zweite Frage. Es ist in Ihrer Stellungnahme nur ganz am Rande gestreift worden bzw. nicht explizit erwähnt worden, aber wir hätten dazu noch eine Frage, und zwar, was die elektrokonvulsive Therapie, die EKT, angeht. Da ist jetzt eine Formulierung im Anforderungstext, die Sie sicherlich zur Kenntnis genommen haben. Wir haben es hier mit einer Leistung im Leistungskatalog zu tun, die nicht ambulant erbringbar ist. Wir bitten Sie, eine kurze Einschätzung zu geben, welchen Stellenwert die EKT heute noch hat und ob es aus Ihrer Sicht überhaupt sinnvoll ist, die EKT in diesem DMP zu verorten, oder ob es günstiger ist, sie an dieser Stelle gegebenenfalls gar nicht zu erwähnen.

Frau Dr. ... (DGPPN): Wir bevorzugen die Bezeichnung „Neurostimulationsverfahren“. Wir haben das im Rahmen von nicht medikamentösen biologischen Therapieverfahren genannt. Es ist eine weltweit sehr gut untersuchte, an sehr vielen Patienten durchgeführte, sehr sichere Behandlungsmethode bei schweren therapieresistenten Depressionen, manchmal eine lebensrettende Maßnahme. Es ist sicherlich nicht im vertragsärztlichen Bereich anzusiedeln; das ist völlig richtig. Das DMP regelt nicht die Voraussetzungen für den Übergang in den stationären Bereich. Wir sehen als Psychiater bei depressiven Patienten oft die Notwendigkeit stationärer Behandlung, nicht nur im Notfall, sondern auch, wenn die Symptomatik sehr schwer ausgeprägt ist. Für uns war es der Vollständigkeit halber wichtig, weil es eine gut evaluierte, hochwirksame Methode ist, es gemeinsam mit den biologischen Behandlungsmaßnahmen zu nennen. Es ist eine Maßnahme, auf die wir bei der Gesamtbehandlung von Depressionen aus meiner Sicht nicht verzichten können.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Gibt es dazu Fragen, Anmerkungen? – Das sehe ich nicht. Herzlichen Dank, Frau ... (DGPPN) – Wir kommen zur nächsten Gruppe, das ist die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie. Es sollen zwei Vertreterinnen hier sein, Frau ... und Frau Ich weiß nicht, wer von Ihnen spricht oder ob beide sprechen.

Frau ... (DGPT): Vielen Dank für die Einladung auch von mir. Vorab: Frau ... ist leider aus familiären Gründen verhindert; die kann nicht kommen. Ich bin also alleine da und würde Ihnen, die vielleicht den Verband nicht so kennen, gern sagen: Wir sind ein Fach- und Berufsverband von ärztlichen *und* psychologischen Psychoanalytikern und Tiefenpsychologen. Wir integrieren also zwei Heilberufe in unserem Verband. Das ist für Ihr Verständnis vielleicht wichtig.

Ihnen liegt unsere ausführliche Stellungnahme vor; davon gehe ich aus. Uns war es wichtig, heute zu akzentuieren, was wir für besonders wichtig halten. Grundsätzlich begrüßen wir, wie die anderen hier auch, die Einrichtung eines DMP Depression. Wir erhoffen uns davon bessere Früherkennungs- und Behandlungsraten der Depressionen und denken, dass insbesondere chronische und schwere Verläufe der depressiven Erkrankung ein DMP und vor allen Dingen ein sehr koordiniertes Vorgehen benötigen. Wir würden uns an dieser Stelle wünschen, dass die Koordinierung – das hat auch Frau ... gerade angedeutet – noch spezifiziert wird, die finden wir an vielen Stellen noch nicht ausreichend, also zwischen ambulant und stationär oder innerhalb der Erbringer ambulanter Leistungen. Da könnte man noch nachbessern; das ist unsere Idee.

Uns hat bei der Frage, welche Patienten eingeschlossen werden sollen, beschäftigt, dass natürlich unstrittig ist, dass mittel- und schwergradig unipolar depressive Patienten gerade auch mit persistierendem und rezidivierendem Verlauf dringend eingeschlossen werden müssten. Allerdings haben wir auch überlegt, ob die Dysthymie nicht Sinn machen würde. Das trifft das – ich will es nicht wiederholen –, was Frau ... (DGPPN) gerade gesagt hat. Ich bin in ambulanter Praxis. Es geht wirklich mehr um die Patienten, die eigentlich langjährig so leicht depressiv, mehr oder weniger leicht, wie soll ich sagen, „dahinleben“ klingt jetzt komisch, aber die auch zwischen den Behandlern pendeln. Da würden wir uns wünschen, dass das besser strukturiert und koordiniert werden würde, damit sie dann in einer klaren Weise behandelt werden können. Wir bitten, das zu überlegen.

Zu möglichen Koordinatoren. Die Patienten haben oft einen sehr eigenen Erstzugang, wenn sie mit diesen Problemen ansprechen. Das ist manchmal der Hausarzt, das ist der Psychotherapeut, und das ist auch der Facharzt, die P-Fachärzte insbesondere. Wenn ein Patient zuerst zum P-Facharzt oder zum psychologischen Psychotherapeuten gegangen ist, dann können die beiden natürlich die Koordination übernehmen. Wir denken, dass es wichtig ist – auf jeden Fall nicht nur über den Konsili-

arbericht, das ist eh klar –, dass die Hausärzte einbezogen werden können. Wenn zum Beispiel die Fachärzte den Erstkontakt darstellen, kann der Hausarzt es dann sehr wohl koordinieren. Umgekehrt, wenn die Patienten zuerst beim Hausarzt waren, kann auch der Facharzt oder der Psychotherapeut, denken wir, die Koordination übernehmen. Uns geht es darum, dass immer diese drei verschiedenen Heilberufe in einer strukturierten Weise miteinander vernetzt sind, die für den Patienten hilfreich ist. Für uns ist dieses DMP eine zentrale Chance, das zu verbessern.

Ich komme jetzt zur Psychotherapie, das ist Zeile 207 ff. Uns scheint wichtig – das steht natürlich in diesem Entwurf –, dass der Versicherte in der Regel insbesondere nach der Erstdiagnose so eine Art grundlegende psychotherapeutische Intervention bekommen soll, ob das nun supportiv ist, ob das in Teilen psychoedukativ ist, um dann zu sehen: Besteht die Notwendigkeit einer richtigen Therapie oder auch nicht? Also mit welchem, ich sage einmal: niederschwelligen Angebot kommt der jeweilige Patient hin? Das ist die Grundidee dabei.

Zur medikamentösen Therapie kann ich mich nur Frau ... (DGPPN) anschließen. Ich habe an der Leitlinie Depression mitgewirkt. Aus gutem Grund haben wir da nicht die SSRIs als Firstline-Medikation hineingeschrieben, sondern wir denken: Letztlich sollte die Symptomatik des Patienten leitend sein dafür, welches Medikament er bekommt; natürlich auf der Basis der Studien, die es gibt, das wissen wir alle. Das muss handlungsleitend sein. Wir würden wirklich sehr davor warnen, die SSRIs vorrangig zu empfehlen. Das muss jeder Arzt mit seiner Kompetenz selber sehr gut einschätzen und dann entscheiden können.

Die Rezidivprophylaxe – da komme ich zu Zeile 327 ff. – halten wir – bei der medikamentösen Behandlung ist das selbstverständlich – für wichtig. Bei der psychotherapeutischen Behandlung müsste sie unserer Meinung nach hinzugefügt werden. Ansonsten haben wir – das ist uns wichtig – auf die NVL Depression verwiesen, wo bei mittelgradiger und schwerer Depression im Sinne das Shared Decision Making doch der Präferenz des Patienten zu folgen ist, auch wenn es viele gute Argumente gibt, eine Kombination aus medikamentös und psychotherapeutisch zu empfehlen. Aber wenn der Patient eine alleinige psychotherapeutische oder alleinige medikamentöse Behandlung wünscht, dann ist dem natürlich zu folgen. Wir können aus unseren Praxen nur bestätigen, es gibt Patienten, die würden das eine oder das andere nie machen; das muss möglich sein. Sie haben das als Option eröffnet.

Uns war es auch wichtig, die Maßnahmen zur Suizidalität zu fokussieren, weil das der schlimmste Outcome ist, den man sich denken kann und den keiner wünscht. Es hat aufgrund der klinischen Erfahrung eine ganz besondere Bedeutung, suizidale Gedanken und Überlegungen zu Handlungen, also nicht nur Grübeleien, sondern auch Pläne machen – das gibt es ja alles –, sehr beherzt anzusprechen. Es scheint uns ganz zentral, hierauf in der Behandlung dieser Patienten ein hohes Augenmerk zu richten.

Eine Verlaufskontrolle ist, gerade bei der medikamentösen Behandlung, aufgrund der vielfältigen Nebenwirkungen und auch der Hauptwirkung unabdingbar.

Ich komme jetzt zu den beiden letzten Punkten unseres kurzen Statements. Wir befürworten, dass neben den Fachärzten und den Hausärzten auch psychologische Psychotherapeuten die Gesamtkoordination übernehmen. In unserem Verband, wie gesagt, integrieren wir seit ganz vielen Jahren, eigentlich von Anbeginn, über 50 Jahre, beide Heilberufe. Das ist sehr produktiv miteinander. Wir erhoffen uns im Kontext der DMPs wirklich noch eine bessere, fruchtbarere Kooperation, von der man im Interesse der Patienten auch fachlich sehr profitiert.

Bei den Schulungen der Versicherten unterstützen wir grundsätzlich auch digitale Anwendungen, aber es sollte sich nur um evidenzbasierte Programme handeln, und vor allen Dingen – das haben teilweise meine Vorrednerinnen schon gesagt – muss das unbedingt ärztlich oder psychotherapeutisch begleitet werden, das heißt, eigentlich auch in eine Behandlungsbeziehung eingebettet sein, damit man immer wieder erlebt: Was macht der Patient damit, wie geht es ihm damit, hilft es ihm, oder hilft es ihm auch gerade gar nicht, und muss ich ihm eher etwas persönlich erklären? An dieser Stelle scheint uns das zentral. Wir schließen uns da der Position der KBV und der DKG an. – So weit erst einmal.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (DGPT) – Darf ich fragen: Gibt es dazu Wortmeldungen, Fragen, Anmerkungen? – Das ist nicht der Fall. – Dann gehen wir weiter zur Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie mit Frau Dr.

Frau Dr. ... (DGPM): Grüß Gott! Vielen Dank für die Einladung. Auch die DGPM begrüßt die Einrichtung eines DMP Depression. Die Depression ist eine Volkskrankheit und führt zu ausgeprägten Einschränkungen der Lebensqualität – wir haben es schon gehört –, in Verbindung mit chronischen körperlichen Erkrankungen zu erhöhten Mortalitätsraten und hat für die Betroffenen erhebliche sozialmedizinische Folgen. Die bestehenden DMPs haben zu einer verbesserten Qualität der Versorgung bei chronischen körperlichen Erkrankungen beigetragen. Von der Einrichtung des strukturierten Behandlungsprogramms DMP Depression erwarten wir uns, dass die Versorgung der Patienten verbessert wird.

Die DGPM spricht sich dafür aus, dass die in den anderen DMPs obligat zu dokumentierenden Erkrankungen wie KHK oder Diabetes auch im DMP Depression obligat zu dokumentieren sind, auch wenn dies mit einem gewissen bürokratischen Mehraufwand verbunden ist. Die Interaktion zwischen Depression und den chronischen körperlichen Erkrankungen beeinflusst sowohl die Lebensqualität der Patienten und die Prognose der Depression als auch die chronischen körperlichen Erkrankungen selbst nachhaltig. Wenn wir uns einen Herzinfarktpatienten vorstellen: Wenn man hier nicht die begleitende Depression behandelt, dann wird auch der Verlauf der koronaren Herzerkrankung deutlich schlechter. Auch die Kardiologen sehen das in der Zwischenzeit sehr deutlich.

Zur Diagnostik. Hier spricht sich die DGPM dafür aus, dass neben den spezialisierten ärztlichen Leistungserbringern auch die Hausärzte die Diagnose stellen können. Dabei sollte – auch das ist schon erwähnt worden – keine Einschränkung auf Hausärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie erfolgen. Für einen großen Teil der Patienten mit psychischen Erkrankungen stellen die Hausärzte den primären Ansprechpartner im Gesundheitswesen dar. In der Regel überschaut der Hausarzt eine sehr lange Zeitspanne bei einem Patienten und kann daher die biopsychosozialen Interaktionen am besten beurteilen. Eine entsprechende Schulung der teilnehmenden Ärzte, insbesondere der Hausärzte, ist vorgesehen. Bei diagnostischen Unsicherheiten sollte aber ein entsprechend qualifizierter Facharzt hinzugezogen werden.

Bei Patienten mit chronischen depressiven Störungen und mit psychosomatischen und somatopsychischen Beschwerden bedarf es bei der Therapieplanung zunächst vorbereitender Gespräche, um ein, wie erwähnt, biopsychosoziales Krankheitsverständnis und eine ausreichende Behandlungsmotivation aufzubauen. Zahlreiche Patienten weisen, gerade zu Beginn, ein rein somatisches Krankheitsverständnis auf. Bei zahlreichen Patienten bedarf es daher zunächst psychosomatischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer Gespräche; die gehören weder zur Richtlinien-Psychotherapie, noch sind sie psychoedukativen Programmen zuzuordnen.

Bei den anzuwendenden Psychotherapieverfahren unterstützt die DGPM die Perspektive der Patientenvertreter und hier insbesondere folgende Formulierung:

Bei ambulanter Behandlung in Einrichtungen nach §§ 117 oder 118 SGB V (Hochschulambulanzen oder Psychiatrischen Institutsambulanzen) können ... noch weitere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen.

Die DGPM bittet darum, hier die Psychosomatischen Institutsambulanzen aufzunehmen. Eine solche Formulierung ermöglichte es, im Rahmen von Hochschulambulanzen auch neue, integrative Methoden und Verfahren in die Versorgung zu integrieren. Auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen könnten hier einen Beitrag zur innovativen sektorenübergreifenden Versorgung leisten, insbesondere bei Patienten mit komorbiden somatoformen Beschwerden bzw. chronischen körperlichen Erkrankungen.

Bei der Verlaufskontrolle schließt sich die DGPM den Patientenvertretern an, die in einem weiteren Spiegelstrich für die „Einschätzung des somatischen Gesundheitszustands sowie möglicher Komorbiditäten“ votieren. Für eine valide Einschätzung des Krankheitsverlaufs würde eine ausschließliche Beachtung des psychosozialen Funktionsniveaus und psychosozialer Belastungsfaktoren der Bedeutung der somatischen Komorbiditäten nicht gerecht werden.

Bei der Definition des Koordinierenden spricht sich die DGPM für die Formulierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus. In der Beurteilung des Verlaufs sowie in den sich daraus ergebenden koordinierenden Aufgaben sind neben den psychosozialen Faktoren auch biologische Faktoren zu berücksichtigen. Nur so ist eine biopsychosoziale Perspektive in der Beurteilung des Verlaufs möglich. Insbesondere bei der Interaktion mit den somatischen Komorbiditäten bedarf es hier einer ärztlichen Perspektive, und zwar kontinuierlich und nicht nur zu Beginn über den Konsiliarbericht. Eine Einengung der koordinierenden Funktion auf den hausärztlichen Bereich – auch meine Vorrednerin hat das erwähnt – würde jedoch dazu führen, dass bei zahlreichen Patienten die Behandlerkontinuität nicht ausreichend gewährleistet wird und Patienten, die ihren primären Ansprechpartner in dem Facharztteam sehen, zusätzlich ihren Hausarzt involvieren müssten.

Bezüglich der Krankenseinweisung spricht die DGPM sich dafür aus, eine stationäre Einweisung nicht nur für suizidale Patientinnen und Patienten zu erwägen. Die Indikation für eine stationäre Behandlung ergibt sich auch aus der Art und Schwere der Störung, der Aktualität der Störung, einer fehlenden Voraussetzung für ambulante Behandelbarkeit, dem Setzen von Grenzen im sozialen Umfeld sowie der Verfolgung von Zielen, die nur im Krankenhaus erreichbar sind; ich nenne nur die multimodale Komplexbehandlung.

Ich komme zum Schluss. Die DGPM spricht sich auch für den Einsatz digitaler Medien zur Schulung der Versicherten aus. Dabei muss es sich jedoch um evidenzbasierte Programme handeln, und sie müssen ärztlich begleitet werden; nur dann sind sie nachgewiesenermaßen erfolgreich. Im Rahmen des DMP sollte eine Auswahl digitaler Selbstmanagement-Programme Anwendung finden, um eine ausreichende Kontrolle über die Qualität der Programme zu erhalten. – Vielen Dank fürs Zuhören.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (DGPM), herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. – Darf ich fragen: Gibt es dazu noch Fragen, Anmerkungen, Kommentare? – Das ist nicht der Fall. – Dann kommen wir zu Herrn Professor Dr. ..., und er spricht für den Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie. Bitte sehr, Herr

Herr Prof. Dr. ... (DVGS): Auch wir begrüßen natürlich die Einrichtung eines DMP für Depression. Ich beziehe mich mit meinen Ausführungen auf die Ziffer 1.5.4, Weitere Verfahren und unterstützende

Maßnahmen, und zwar auf nur ganz wenige Zeilen. Ich werde ganz kurz unser eingereichtes Argumentationspapier skizzieren, das sich vor allem auf die vorliegende Evidenz stützt.

Zur Evidenz. Wir haben eine erdrückende Anzahl von Studien, die nachweisen, dass depressive Menschen weniger körperlich aktiv sind, umgekehrt körperlich aktive Menschen eine geringere Ausprägung von Depression zeigen. Das bedeutet natürlich noch keine Kausalität, aber diese Kausalität wird in zahlreichen Einzelstudien, Reviews und Metaanalysen nachgewiesen. Wir haben die eingereicht, haben auch eine Übersicht dazu gemacht. Ich will mich aus Zeitgründen auf die Leitlinien fokussieren, in die schließlich solche Metaanalysen und Reviews einfließen.

Einen Satz noch zur Metaanalyse, weil die ziemlich aktuell und sehr umfassend ist und zu dem Schluss kommt: Exercise should be considered as a routine component of disease management. – Ich habe dieses Zitat auch deshalb herausgesucht, weil es auf das Management der Krankheit abhebt. Es gibt natürlich – dafür ist hier kein Raum – eine ganze Reihe von Forschungen, die auch begründen, worin denn die antidepressive Wirkung der körperlichen Aktivität, von Bewegung und von Sport liegt. Das hat zu tun mit physiologischen Mechanismen, aber auch mit psychosozialen; der Begriff Selbstwirksamkeit fiel schon. Wir sehen Bewegung grundsätzlich als biopsychosoziale Intervention.

Zu den Leitlinien. Die vorliegenden Metaanalysen sind in ihrer Aussagekraft so durchschlagskräftig, dass die kanadischen Leitlinien klar formulieren: Level 1 Evidence for exercise in treating major depressiv disorders, und zwar in dem Maße, dass – was wir nicht unbedingt tragen, weil es nicht kompatibel ist zu dem, was wir in Deutschland in der Gesundheitsversorgung haben, und nicht der Sinn in einem DMP ist – als Firstline vorgeschlagen wird: monotherapy for mild to moderate depression. Als Firstline Monotherapie! Die deutschen Leitlinien, die Nationale Versorgungs-Leitlinie 2015, nehmen dazu auch Stellung und zeigen, dass die Durchführung von strukturierten und supervidierten Bewegungsprogrammen dringend angezeigt sind. Die Langfassung begründet auf 20 Seiten, warum Bewegung eine wichtige Rolle in der Behandlung von Depression spielt. Angesichts dessen waren wir – um es milde auszudrücken – etwas irritiert, als wir in der Vorlage gelesen haben – in lediglich drei Zeilen – :

... Patientinnen und Patienten [sollen] auf den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität auf die depressive Symptomatik hingewiesen werden.

Ich beziehe mich auf die Zeilen 342 ff. Ganz besonders – ich habe selber acht Jahre in der Klinik gearbeitet, gerade mit depressiven Patienten – hat mich irritiert, dass der Satz Eingang gefunden hat:

Dazu sollte ... entsprechend der patientenseitigen Präferenz ...

Das zeigt deutlich, dass sich da jemand nicht so sonderlich Gedanken darüber gemacht hat, was Depression auszeichnet. Der Patient, der patientenseitige Präferenzen für sportliche Aktivitäten hat, der hat keine Depression. Das ist relativ sinnfrei. Wir fordern klar, dass das Konsequenzen hat dahin gehend, dass die Behandler, auch die Erstbehandler, seien es Allgemeinärzte, Psychotherapeuten oder Psychiater, erstens gemeinsam mit dem Patienten besprechen, welche Bedeutung körperliche Aktivität hat, dass sie zweitens gemeinsam mit dem Patienten analysieren, wie denn sein Bewegungsumfang aussieht. Das ist etwas, was in der Interaktion bisher extrem zu kurz kommt. Da gibt es Tools, da gibt es einfache Ratgeber, wie man das machen kann. Drittens müssen sie auf der Grundlage dieser gemeinsamen Analyse, wie denn der Bewegungsumfang aussieht, gemeinsam besprechen, wie man – das verstehen wir unter gelebtem Disease Management – die Lücke zwischen dem, was gefordert wird, und dem, was tatsächlich da ist, füllen kann.

Vielen Dank. Sie können das alles nachlesen. Wir haben mit entsprechender Literatur dies alles belegt. Im Übrigen hoffe ich, dass die räumliche Anordnung nicht dazu führt, dass Sie sich von unseren Argumenten noch weiter entfernen, als das eh schon der Fall ist.

(Heiterkeit)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... (DGVS) für Ihre Ausführungen. – Darf ich fragen: Gibt es dazu Wortmeldungen, Fragen, Anregungen, Kommentare? – Alle sind von der Bewegungstherapie überzeugt, Herr

(Herr Prof. Dr. ... (DVGS): Das freut mich!)

Sie sehen, keine Fragen mehr. Vielen Dank. – Dann darf ich Frau ... vom Spitzenverband der Heilmittelerbringer bitten, dass sie ihr Statement abgibt.

Frau ... (SHV): Vielen Dank auch von meiner Seite, dass wir uns hier äußern können. Es wird keine großen Ergänzungen geben, sondern nur noch zwei Betonungen; dazu möchte ich die heutige Anhörung nutzen. Zu den bewegungstherapeutischen Aspekten, glaube ich, kann ich nichts hinzufügen. Da hat Herr Professor ... (DVGS) schon gesprochen.

Ich möchte darauf hinweisen, dass wir es wichtig finden, unter dem eben schon genannten Kapitel 1.5.4 ab Zeile 345 nicht nur die anderen Maßnahmen, unter anderem die Ergotherapie, Soziotherapie, zu erwähnen, sondern, wie vom Patientenvertreter vorgeschlagen, auch in Kürze auszuführen, um die Bedeutung und die Notwendigkeit hervorzuheben; denn ich denke, es gibt einen Großteil der Patienten, der genau von diesen Maßnahmen erheblich profitiert, und das sollte im Rahmen dieses Programmes deutlich werden. – Dies ist der eine Aspekt.

Der zweite Aspekt. Zum einen unterstützen wir sehr deutlich das Schulungskonzept, auch in der digitalen Version. Was uns aus unserer Erfahrung im Heilmittelbereich wichtig ist bei Schulung, aber auch bei anderen Aspekten, wie der Therapieplanung und auch bei Informationen rund um Selbsthilfemöglichkeiten, ist eine Betonung der Einbeziehung der Angehörigen, sofern der Patient das möchte oder zulässt. Dieser Aspekt ist nicht zu unterschätzen und verdient durchaus auch im Rahmen des Programmes eine Betonung.

Mehr möchte ich an dieser Stelle gar nicht sagen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... (SHV), ganz herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. – Darf ich fragen: Gibt es dazu weitere Fragen, Anmerkungen, Wortmeldungen? Ich bitte Sie da um Ihr Handzeichen. – Frau ..., das war insgesamt so überzeugend, dass keine Wortmeldungen mehr kommen.

Damit darf ich allen, die heute zur Anhörung gekommen sind und mit ihren Ausführungen beigetragen haben, herzlich danken. Das war für alle, glaube ich, sehr wichtig. Ich hoffe, dass Sie alle gut nach Hause kommen und einen guten Heimweg haben. Wir werden Ihre Ausführungen, soweit sie nicht sowieso im Rahmen der schriftlichen Stellungnahmen, die Sie abgegeben haben, schon berücksichtigt sind, versuchen zu berücksichtigen.

Schluss der Anhörung: 12:05 Uhr