

Herausgeber: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock

Depression

Version 2.0



C6

Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression

Autoren: Carolin Schneider, Thomas Becker,
Joachim Szecsenyi, Edith Andres, Markus Kösters

Übersicht QISA-Indikatoren

C6 – Depression (2.0)

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FOKUS
1	Patienten mit diagnostizierter Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Systematische Erfassung der Patientengruppe ■ Prozessqualität
2	Screening auf Depression bei Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Screening ■ Diagnostik ■ Prozessqualität
3	Suizidalitätsabklärung bei Patienten mit Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prävention ■ Prozessqualität
4	Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigen- gruppen bei Patienten mit Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesundheitskompetenz ■ Prozessqualität
5	Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostik ■ Prozessqualität
6	Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeidung Unterversorgung ■ Ergebnisqualität
7	Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität
8	Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinati- onstherapie angeboten wurde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität
9	Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission bei Patienten mit Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität
10	Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen bei Patienten mit Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeidung von Komplikationen ■ Prozessqualität
11	Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patientensicherheit ■ Prozessqualität
12	Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität
13	Hausärzte mit Fortbildung zur Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Strukturqualität

DEPRESSION

QISA Band C6

Version 2.0

**QISA – Das Qualitätsindikatorensystem
für die ambulante Versorgung**

Depression

Qualitätsindikatoren für die Versorgung von
Patientinnen und Patienten mit Depression

Autoren der Version 2.0:

Carolin Schneider, Thomas Becker, Joachim Szecsenyi,
Edith Andres, Markus Kösters (Stand: 2020)

Autoren der Version 1.0:

Sven Schulz, Antje Freytag, Regine Chenot, Joachim Szecsenyi,
Edith Andres, Jochen Gensichen (Stand: 2013)

**aQua – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH**

AOK-Bundesverband

QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
www.QISA.de

QISA ist ein Gemeinschaftsprodukt des AOK-Bundesverbandes GbR und des
aQua-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

„QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ ist nicht identisch
und steht in keinem geschäftlichen Zusammenhang mit der eingetragenen Wortmarke QISA®,
die insbesondere für das „Qualitätsmanagement in sächsischen Arztpraxen“ geschützt ist.

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Universitätsklinikum Heidelberg und aQua -Institut)
joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

Björn Broge (aQua-Institut)
bjoern.broge@aQua-institut.de

Johannes Stock
stock@QISA.de

Autoren der Version 2.0 (2020):

M.Sc. Carolin Schneider
(Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am BKH Günzburg),
Prof. Dr. med. Thomas Becker
(Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am BKH Günzburg),
Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi
(Universitätsklinikum Heidelberg, aQua-Institut),
Dipl.-Psych. Edith Andres (aQua-Institut),
PD Dr. biol. hum. Dipl.-Psych. Markus Kösters
(Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am BKH Günzburg)
Kontakt: markus.koesters@uni-ulm.de

Autoren der Version 1.0 (2013):

Dr. med. Sven Schulz (Universitätsklinikum Jena),
Dr. rer. pol. Antje Freytag (Universitätsklinikum Jena),
Dr. rer. pol. Regine Chenot (aQua-Institut, bis 30.04.2012),
Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Universitätsklinikum Heidelberg, aQua-Institut),
Dipl.-Psych. Edith Andres (aQua-Institut),
Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH (Universitätsklinikum Jena)
Kontakt: sven.schulz@med.uni-jena.de

Reviewer der Aktualisierung:

Reviewer der Aktualisierung:
Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling (bis Ende 2019 Leiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Freiburg),
Dr. med. Astrid Maroß (AOK-Bundesverband, Berlin)

Adressen:

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2020

Die QISA-Bände stehen allen Interessierten zum kostenlosen Download auf www.qisa.de
zur Verfügung. Auf Wunsch können hier auch kostenpflichtige Druckexemplare der Bände
bestellt werden.

Redaktion: Dr. Beatrice Wolter
Korrektorat: Sonja Siegert
Titelentwurf: Beatrice Hofmann
Titelbild: Hugo Herold - Fotolia.com
Grafik: Désirée Gensrich
Druck: Richter Druck, Elkenroth

Version 2.0; Mai 2020
Erstauflage Februar 2013

ISBN: 978-3-940172-58-7

Vorwort der Herausgeber

Wer Versorgungsqualität messen und steuern will, braucht Qualitätsindikatoren. QISA, das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“, bietet sie an. Verteilt auf insgesamt 12 Themenbände umfasst QISA insgesamt mehr als 140 Qualitätsindikatoren, die „mit System“ über die Breite der ambulanten ärztlichen Versorgung ausgewählt sind.

Breite Erfahrungsbasis

QISA ist das Ergebnis langjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband als Auftraggeber und dem aQua-Institut, das die wissenschaftliche Erarbeitung der Indikatoren verantwortet. Vorläufer von QISA sind die „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“, die schon im Jahr 2002 als interner Prototyp vorgelegt und danach in AOK-Pilotprojekten mit Arztnetzen praktisch erprobt wurden. Deshalb dienen Arztnetze in den QISA-Bänden häufig als Referenzmodell.

In den Jahren 2009 bis 2013 wurden sukzessiv 12 Themenbände sowie der Einleitungsband unter dem neuen Namen QISA veröffentlicht. Seither ist QISA als Angebot valider und praxisnaher Qualitätsindikatoren ein Begriff geworden. Das hat uns ermuntert, eine Aktualisierung der Bände anzugehen. Sie bringt die Inhalte auf den neuesten wissenschaftlichen Stand und berücksichtigt zugleich Erfahrungen aus der praktischen Anwendung.

Band C6: Depression

Der QISA-Themenband mit Indikatoren für die Behandlung von Patienten mit Depression erschien erstmalig im Jahr 2012. Für die hiermit vorgelegte Aktualisierung haben die Autoren die Entwicklung der vorliegenden Evidenz insbesondere anhand der relevanten nationalen und internationalen Leitlinien geprüft und die Indikatoren – wo nötig – modifiziert oder neu formuliert. Näheres hierzu berichten die einleitenden Kapitel. Insgesamt umreißt der Band zunächst die Versorgungssituation und fasst zusammen, was für die Behandlung von Patienten mit Depression aktuell als gute Versorgungsqualität gilt. Aus diesem Qualitätskonzept werden die einzelnen Qualitätsindikatoren abgeleitet und strukturiert beschrieben.

Unsere Zielgruppe

Zielgruppe von QISA sind in der Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte. Unter ihnen spricht das Indikatorensystem insgesamt eher die hausärztlich Tätigen an. Die Einzelbände richten sich aber auch an die fachärztlich Tätigen.

QISA ist speziell für ärztliche Kooperationen wie Qualitätszirkel, Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren oder Hausarztverträge interessant. Hier ist gemeinsame, indikatorengestützte Arbeit an der Versorgungsqualität besonders gut möglich. Dafür stellen die QISA-Bände geeignete Indikatoren zur Verfügung und bieten zudem eine inhaltliche Ausgangsbasis für die ärztliche Diskussion der Messergebnisse im Qualitätszirkel.

Rezeption und Nutzung

Für das dahinterstehende, über längere Zeit gereifte Konzept der indikatorengestützten Arbeit an der Versorgungsqualität hat schon vor einigen Jahren auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geworben:

„Eine stärkere Kooperation und Koordination in Arztnetzen könnte die Grundlage bilden für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann.“ (Sachverständigenrat, Sondergutachten 2012, S. 227)

Im gleichen Kontext erwähnt er schon damals QISA explizit als ein für netzinterne Evaluation und externen Qualitätsvergleich geeignetes Indikatorensystem (*ebd.*, S. 215).

Über die Nutzung in Arztnetzen hinaus finden die populationsbezogenen QISA-Indikatoren inzwischen auch Anwendung zu anderen Zwecken, so etwa zur Evaluation von Selektivverträgen oder als Parameter in der Versorgungsforschung. QISA unterstützt also tatsächlich ganz verschiedene Nutzungsmöglichkeiten von Qualitätsindikatoren.

Dies ist ausdrücklich gewünscht. Bei der Nutzung denken wir dennoch paradigmatisch an die gemeinsame Arbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, sich die Qualität ihrer Versorgung untereinander transparent zu machen und anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Dabei hilft QISA und ermöglicht gleichzeitig den ersten wesentlichen Schritt, um mit Qualitätsindikatoren vertraut zu werden und gemeinsame Qualitätsverantwortung im Sinne des Sachverständigenrats wahrzunehmen.

Alle Umsetzungsprojekte zeigen, dass dies stets seine Zeit braucht, etwa bis Daten valide erfasst und aufbereitet sind, bis individuelle Feedbackberichte vorliegen, bis eine offene fachliche Diskussion entsteht und bis dabei beschlossene Maßnahmen umgesetzt sind.

Wer auf diese Weise gute Erfahrungen gesammelt hat, kann danach offener über weitreichendere Formen der Indikatorenutzung nachdenken, etwa externes Benchmarking oder die Ermittlung qualitätsbezogener Vergütungsanteile (sogenanntes „Pay for Performance“). QISA unterstützt auch diese Nutzungen, entbindet aber nicht davon, dem eine eigene, fundierte Vorstellung von guter Performance zugrunde zu legen. Interne Vorerfahrungen und Vorarbeiten sind essenziell, wenn solch ambitionierte Nutzungen nicht Gefahr laufen sollen, die Beteiligten zu überfordern und mehr Ängste als Akzeptanz zu erzeugen.

Hilfe zum Einstieg

QISA will deshalb vor allem den Einstieg in das Arbeiten mit Qualitätsindikatoren erleichtern. Und die Neugier der Beteiligten auf das immer noch recht unbekanntes Terrain der ambulanten Versorgungsqualität lenken, um es systematisch mit den Indikatoren auszu-leuchten.

Wenn Sie nun aber zunächst den Einstieg zu QISA als Indikatorensystem finden möchten, laden wir Sie zur Lektüre des Einführungsbandes (QISA-Band A) ein. Dort finden Sie einen Überblick über die Module von QISA sowie ausführliche Informationen zur Entstehungsgeschichte, zum Selbstverständnis als Indikatorensystem und zur Methodik der Indikatorenentwicklung. Daneben ordnet der Band QISA in die Gesamthematik der Qualitätstransparenz ein und beleuchtet die praktischen Einsatzmöglichkeiten für Qualitätsindikatoren. Weiterführende Informationen zu QISA finden Sie daneben auch unter qisa.de.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an Qualitätsindikatoren und wünschen Ihnen bei der Arbeit damit spannende Ergebnisse und viel Erfolg!

Heidelberg/Göttingen/Freiburg, im Mai 2020

Joachim Szecsenyi Björn Broge Johannes Stock

QISA Band C6

Depression

Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression

Ein paar Hinweise vorweg	8
Begründung und Einordnung des Themas	12
Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept)	16
Methodisches Vorgehen	24
Übersicht über die ausgewählten Indikatoren	30
QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren	32
Indikator 1: Patienten mit diagnostizierter Depression	33
Indikator 2: Screening auf Depression bei Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression	36
Indikator 3: Suizidalitätsabklärung bei Patienten mit Depression.....	40
Indikator 4: Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patienten mit Depression.....	43
Indikator 5: Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde ...	46
Indikator 6: Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie.....	49
Indikator 7: Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde.....	52
Indikator 8: Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie angeboten wurde.....	55

Indikator 9: Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission bei Patienten mit Depression	58
Indikator 10: Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen bei Patienten mit Depression	62
Indikator 11: Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen.....	65
Indikator 12: Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde	68
Indikator 13: Hausärzte mit Fortbildung zur Depression	71
Anhang 1: Register der bewerteten Indikatoren.....	74
Anhang 2: Teilnehmer am Expertenpanel	76
Literaturverzeichnis	77
Abkürzungen	85

Ein paar Hinweise vorweg**

QISA im Überblick

Das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ besteht aus einem Einleitungsband und 12 Themenbänden mit Indikatoren. Nachfolgend eine Übersicht der QISA-Bände.

QISA-BÄNDE		ERSCHEINUNGSJAHR DER ERSTFASSUNG/ VERSION 2.0	ANZAHL QI (STAND 3/2020)
A	Einführung: QISA stellt sich vor	2009/*	
B	Allgemeine Indikatoren. Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle	2009/*	28
C1	Asthma/COPD	2009/2019	15
C2	Diabetes mellitus Typ 2	2011/2019	11
C3	Bluthochdruck	2010/*	11
C4	Rückenschmerz	2010/*	9
C6	Depression	2013/2020	13
C7	Koronare Herzkrankheit	2012/2019	14
C8	Herzinsuffizienz	2012/2020	12
D	Pharmakotherapie	2009/2019	15
E1	Prävention	2009/*	11
E2	Krebsfrüherkennung	2010/*	2
F1	Hausärztliche Palliativversorgung	2010/*	8

* Aktualisierung in Arbeit, Näheres siehe www.qisa.de

QISA als System

Die Besonderheit von QISA ist der Aufbau als Indikatorensystem, der sich auf drei Ebenen zeigt:

- Die Auswahl der Themen für die QISA-Bände bezieht wichtige Bereiche über die gesamte Breite der medizinischen Grundversorgung ein. Im Vordergrund stehen häufige chronische Erkrankungen, daneben Querschnittsthemen wie Pharmakotherapie und Prävention sowie besondere Versorgungsbereiche wie Palliativversorgung. Zudem bietet der Band B Qualitätsindikatoren für die ärztliche Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsmodellen oder Selektivverträgen an.

** Dieser Text gilt für QISA generell und steht daher in der Verantwortung der Herausgeber dieses Bandes.

- Der Zusammenstellung der Indikatoren je Band liegt jeweils ein Qualitätskonzept zugrunde, das umfassend die verschiedenen relevanten Ansatzpunkte für „gute“ Qualität herausarbeitet. Neben leitliniengerechter Diagnostik und Therapie zählen unter anderem die Vermeidung von Risiken, Patienten unterstützende Maßnahmen, Prävention oder die Fortbildung von Ärzten und Praxispersonal dazu. Aus diesen Ansatzpunkten werden, soweit machbar, geeignete Indikatoren abgeleitet. Ferner soll das jeweilige Indikatorenset nach Möglichkeit alle Qualitätsdimensionen – also Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – beleuchten.
- Die Beschreibung der einzelnen Indikatoren orientiert sich in allen Bänden an der gleichen Grundstruktur (vgl. QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren auf Seite 32). Neben der genauen Erläuterung von Zähler und Nenner zur Berechnung des Indikators gibt es Hinweise zur Erstellung und Messung sowie zur Messgüte. Abgerundet wird dies durch Informationen zur bisherigen Anwendung und Evidenz sowie durch Anregungen, welche speziellen Maßnahmen des Qualitätsmanagements beim jeweiligen Indikator infrage kommen.

All das drückt die Überzeugung aus, dass Arbeit an der Qualität mit System erfolgen muss. Singuläre, zufällig ausgewählte Indikatoren können keine fundierte Einschätzung stützen. Ein tragfähiges Bild der Qualität ergibt sich vielmehr wie bei einem Mosaik aus der Gesamtheit systematisch zusammengesetzter Einzelbausteine.

Die Methodik zur Auswahl der QISA-Indikatoren

In das Konzept „guter“ Qualität, von dem jeder QISA-Band ausgeht, fließt die jeweils aktuelle wissenschaftliche Evidenz ein, sei es direkt aus Studien oder indirekt aus Leitlinien oder durch Rückgriff auf andere Indikatorensysteme. Während sich daraus vor allem die Themen und Fokussierungen der einzelnen QISA-Indikatoren ergeben, beruht ihre konkrete Formulierung und Spezifikation stark auf der Diskussion mit Experten aus Wissenschaft und Praxis. Neben der Evidenz fließen bei QISA also Expertenurteile und Praxiserfahrungen ein. Weitere Kriterien für Auswahl und Formulierung der einzelnen Indikatoren sind die Systematik der Indikatorthemen je Band und ihre Anwendbarkeit in der (hausärztlichen) Grundversorgung. Über die drei Entstehungsstufen von QISA – Prototyp 2002, Veröffentlichung 2009–13, Aktualisierung 2015–2019 – haben sich mit dieser Methodik stabile und praxisnahe Indikatoren herauskristallisiert.

Die Ziele von QISA

Hauptziel von QISA ist es, gute Indikatoren zur Verfügung zu stellen und Praktiker davon zu entlasten, selbst fundierte Indikatoren entwickeln, darlegen und begründen zu müssen. Ein weiteres Ziel ist die Unterstützung der praktischen Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Deshalb bieten die QISA-Bände auch Informationen, Hinweise und Tipps für die praktische Anwendung.

Damit hilft QISA, die allgemeine Diskussion über Qualität herunterzubrechen auf konkrete und relevante Qualitätsaspekte. Ihre Messung erzeugt Qualitätstransparenz, die wiederum das Verständnis von ambulanter Versorgungsqualität fördert und Ärzten greifbare Handlungsansätze gibt, um an der Qualität ihrer Versorgung zu arbeiten.

QISA in der Praxis – einige Tipps

Datenbasis für Messungen Für die Arbeit mit Indikatoren ist es wertvoll, dass die erforderlichen Daten rasch und einfach verfügbar sind. Am ehesten ist dies bei der Nutzung von Routinedaten aus dem normalen Abrechnungsbetrieb gegeben. Im Rahmen einer Kooperation zwischen Ärzten und Krankenkasse lassen sich solche Daten rasch und sicher bereitstellen. QISA berücksichtigt dies und stützt die Indikatoren auf Routinedaten, soweit dies inhaltlich möglich ist.

Soweit dies nicht der Fall ist, gibt es nur begrenzte Alternativen: DMP-Daten etwa bieten teils mehr Informationen als Routinedaten, können aber nur eingeschränkt genutzt werden und beziehen sich nur auf eingeschriebene Versicherte, also nicht auf die gesamte Patientenpopulation. Eigenorganisierte Datenerhebungen sind grundsätzlich immer möglich, verursachen aber besonderen Aufwand, bis sie implementiert sind und verlässliche Daten liefern.

Ein stimmiges und realistisches Datenkonzept ist daher die Grundlage jeder Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Zu hoffen ist, dass diese Arbeit durch Weiterentwicklungen bei Dokumentationsstandards und Datenverfügbarkeit im Gesundheitswesen künftig leichter wird.

Zielwerte und Interpretation der Ergebnisse Indikatorwerte sind zunächst isolierte Messergebnisse und per se noch kein Ausdruck von Qualität. Zu einer Aussage über Qualität werden sie erst durch Interpretation. Hierbei sind zum einen die jeweiligen individuellen Gegebenheiten und Hintergrundeinflüsse zu berücksichtigen. Zum anderen sind Vergleichswerte für jede Interpretation essenziell: Eine singuläre Messung reicht nicht aus, um Qualität bewerten zu können. Erst der Vergleich von Messergebnissen mit Referenzwerten ermöglicht eine Beurteilung der geleisteten Qualität.

QISA schlägt daher nach Möglichkeit einen Referenzwert als Zielwert vor. Dieser Wert leitet sich aus der Literatur ab und erscheint damit womöglich als eher theoretisch. Die realen Werte können von einem solchen fachlich gesetzten Zielwert deutlich entfernt liegen, weil er spezifische Gegebenheiten wie zum Beispiel die Risikostruktur einer Population nicht berücksichtigen kann. Er sollte aber zumindest als eine mittelfristig anzustrebende Größe in die Bewertung einfließen und die Zielrichtung der Qualitätsarbeit markieren. Interessant sind darüber hinaus weitere Vergleichswerte. Wichtige Beispiele sind:

- Messungen im Zeitverlauf: Vergleich T1 mit T2 mit Tx usw.
- Vergleich verschiedener Praxen (eines Arztnetzes) untereinander, zum Beispiel in Qualitätszirkeln
- Vergleiche mit anderen Ärzten oder Arztgruppen auf regionaler oder Landesebene

Letztlich entsteht Qualitätstransparenz erst aus der Zusammenschau solcher unterschiedlicher Parameter. Deshalb empfiehlt es sich, neben der Messung eigener Werte auch aussagekräftige Vergleichswerte bereitzustellen – und natürlich ausreichend Raum für die interne Diskussion und Bewertung.

QISA stützt sich auf den aktuellsten verfügbaren Wissensstand, sodass für jeden Band zum Zeitpunkt der Veröffentlichung eine hohe Aktualität gewährleistet ist. Jeder Band weist die zugrunde liegende Literatur sowie die Version der berücksichtigten Leitlinien aus. Nach diesem Zeitpunkt eingetretene Veränderungen können nur im Rhythmus der QISA-Aktualisierungen einbezogen werden, was aber beim derzeitigen QISA-Format nicht in kurzfristigen Abständen möglich ist.

Aktualität der vorgeschlagenen Parameter

Beim Einsatz von QISA-Indikatoren wird daher empfohlen, sich eine Einschätzung der seit Veröffentlichung des jeweiligen QISA-Bandes eingetretenen Änderungen, insbesondere bei Leitlinien, zu verschaffen. Zudem sollten Kodierparameter wie etwa ATC-Codes, die häufigen Änderungen unterworfen sind, zur Sicherheit auf ihre Aktualität geprüft und gegebenenfalls modifiziert werden.

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets für alle Geschlechter.

Begründung und Einordnung des Themas

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der medizinischen Versorgung. Neben einer sehr hohen individuellen Belastung stellen depressive Erkrankungen somit auch eine Herausforderung für das öffentliche Gesundheitssystem dar (Chisholm et al., 2016; Ferrari et al., 2013; James et al., 2018; Kyu et al., 2018). Trotz wesentlicher Fortschritte der medizinischen Versorgung von Patienten mit depressiver Erkrankung gibt es deutliche Optimierungspotenziale, insbesondere im Bereich der abgestuften („stepped care“), vernetzten Versorgung („collaborative care“) zwischen hausärztlicher, fachspezifischer und psychotherapeutischer Behandlung sowie der Indikationsstellung für ambulante und stationäre Behandlungsmaßnahmen (DGPPN, et al., 2015). Die Versorgung von Patienten mit depressiver Erkrankung ist eine interdisziplinäre Aufgabe im Gesundheitswesen. Ausdruck dessen ist auch die 2009 erstmals veröffentlichte und 2015 aktualisierte Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (DGPPN, et al., 2009, 2015). 32 Fachgesellschaften, Berufsverbände sowie Patienten- und Angehörigenvertreter legen darin relevante Empfehlungen für die Versorgungskoordination und Evaluierung der Versorgungsqualität vor. Die primärmedizinisch-hausärztliche Ebene wird hier als entscheidend für eine gute Patientenversorgung anerkannt. Als Ausdruck der hohen Relevanz des Krankheitsbildes und der Komplexität der Versorgungsprozesse hat der Gesetzgeber zudem entschieden, ein strukturiertes Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit chronischer Depression auf den Weg zu bringen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019).

Begriff Depression Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedene, auch körperliche Beschwerden auf (Haug, et al., 2004; van Boven et al., 2011; World Health Organization, 2009), sodass Menschen mit Depression meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt sind. Infolgedessen gehen Depressionen mit einem hohen Leidensdruck einher, da die Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt (Rapaport, et al., 2005; Wittchen, et al., 2000).

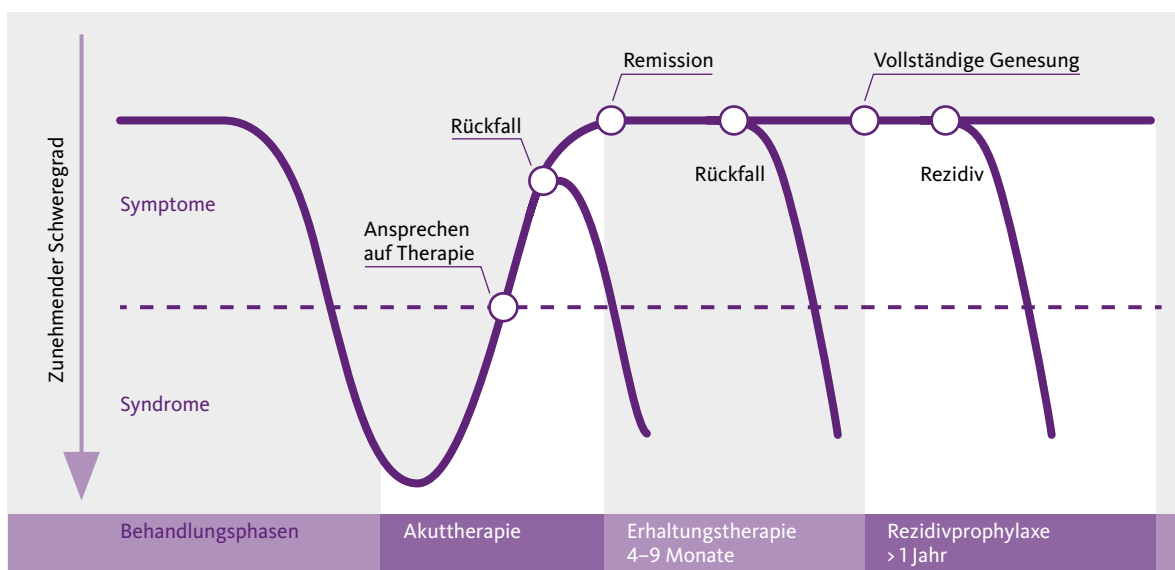
Klassifikation und Verlauf Depressive Störungen werden in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) (World Health Organization, 1992) als psychopathologische Syndrome in der Hauptkategorie der sogenannten „affektiven Störungen“ abgebildet (siehe Tabelle 1). Zu den depressiven Störungen gehören die unipolare (majore) Depression, die Dysthymie und die nicht näher bezeichnete depressive Störung.

Tabelle 1: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10

F 30	Manische Episode
F 31	Bipolare affektive Störung
F 32	Depressive Episode
F 33	Rezidivierende depressive Störung
F 34	Anhaltende affektive Störungen
F 38	Andere affektive Störungen
F 39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Auf syndromaler Ebene werden unipolare depressive Störungen von bipolaren Störungen bzw. den hypomanischen, manischen oder gemischten Episoden und der Zykllothymie abgegrenzt. Bei unipolaren depressiven Störungen kommen somit keine Phasen gehobener Stimmung vor.

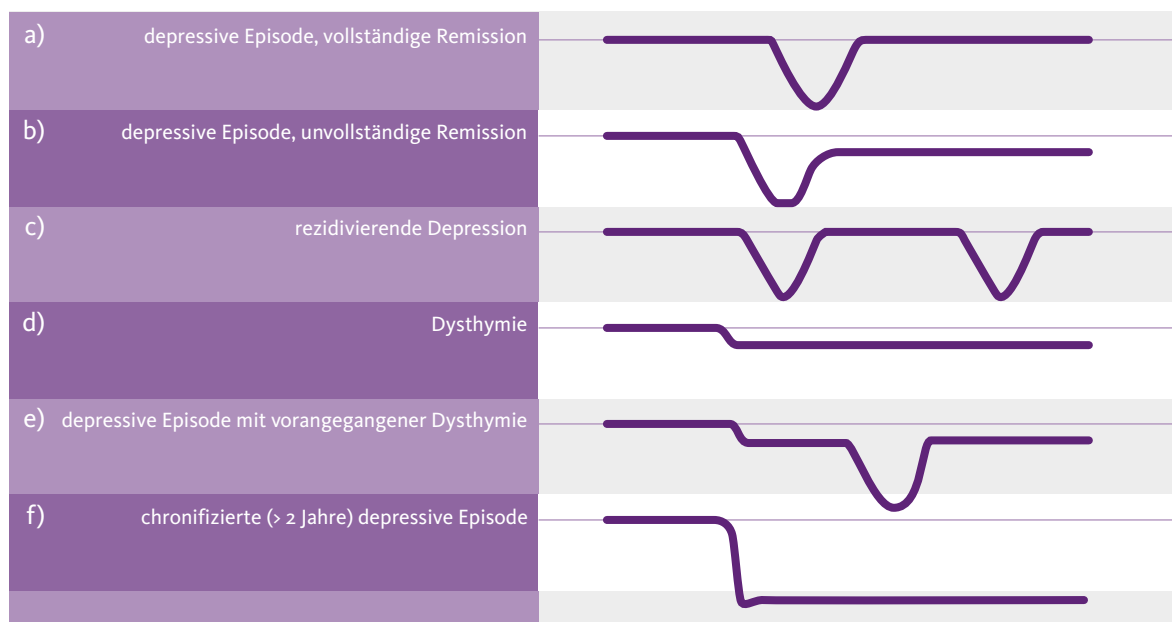
Eine depressive Episode ist durch eine Mindestdauer von 14 Tagen gekennzeichnet. Die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer depressiver Störungen wird auf 16 Wochen geschätzt. Die Remission ist durch die Wiederherstellung des ursprünglichen Funktionszustandes bzw. fast vollständiger Symptombefreiheit nach der Akuttherapie gekennzeichnet. Ein erneutes Auftreten depressiver Symptomatik während einer ca. vier bis neun Monate anhaltenden Phase mit Erhaltungstherapie kennzeichnet einen Rückfall. Ein Rezidiv, d. h. eine erneute depressive Episode, liegt vor, wenn diese Episode nach

Abbildung 1: Erkrankungsphasen und Behandlungsabschnitte einer depressiven Episode

Quelle: ©DGPPN et al. 2015; S. 46

einer Remission und nach der vier- bis neunmonatigen Erhaltungstherapie auftritt (siehe Abbildung 1) (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; DGPPN et al., 2015). In den Verläufen depressiver Störungen zeigt sich eine hohe interindividuelle Variabilität. Bei circa 50 % der Patienten mit einer depressiven Ersterkrankung kommt es im Lauf des Lebens zu mindestens einer weiteren depressiven Episode. Die Wahrscheinlichkeit für eine Wiedererkrankung erhöht sich nach zweimaliger Erkrankung auf eine Rückfallquote von 70 % (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Bei der Dysthymie zeigt sich eine mindestens zwei Jahre bestehende subsyndromale depressive Symptomatik mit stärker fluktuierenden Symptomen. Die möglichen Verläufe unipolarer Depressionen sind in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Verläufe unipolarer depressiver Störungen



Quelle: ©DGPPN et al. 2015; S. 26

Epidemiologie Mit über 30 Millionen betroffenen Personen zählen Depressionen zu den häufigsten Erkrankungen in der Europäischen Union (Wittchen et al., 2011), die jedoch hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung oft unterschätzt werden (Greenberg & Birnbaum, 2005; Wittchen et al., 2011). Die Lebenszeitprävalenz liegt weltweit und auch in Deutschland bei ca. 20 % (Kessler et al., 2010; Vos et al., 2016). Die 12-Monatsprävalenz von Depressionen bei Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren liegt in Deutschland bei 8 bis 12 %, wobei das Erkrankungsrisiko bei Frauen doppelt so groß ist wie bei Männern (Bretschneider, et al., 2017; Busch, et al., 2013; Wittchen, et al., 2010). Depressionen treten häufig mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen auf. Die Lebenszeitprävalenz einer Depression beträgt bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen 42 % (Patten, 2001).

Depressionen können sich in jedem Lebensalter entwickeln. Das mittlere Auftreten einer ersten depressiven Episode bei Erwachsenen liegt zwischen 25 und 35 Jahren. Ein Trend zum früheren Ersterkrankungsalter ist hierbei zu beobachten (*Beesdo-Baum & Wittchen, 2011*). Im Alter ist die depressive Erkrankung die häufigste psychische Störung, wobei eine häufige Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen besteht (*Wang & Blazer, 2015*).

Die Rate an Patienten mit Depression, die im Verlauf ihrer Erkrankung Suizidgedanken haben, liegt zwischen 40 und 80 % (*Beesdo-Baum & Wittchen, 2011*). Etwa 15 % der Patienten mit depressiver Erkrankung versterben an Suizid (*Paykel, et al., 2005*). Die Suizidrate, also der Anteil der Patienten mit Depression, die sich das Leben nehmen, steigt mit dem Alter kontinuierlich an und ist bei hochbetagten Personen am größten (*Alexopoulos, 2005; DGPPN et al., 2015; Waern, et al., 2003*).

Das vorliegende Indikatorenset bezieht sich auf die Diagnose und Behandlung von erwachsenen Menschen mit unipolarer depressiver Erkrankung im primär hausärztlichen, ambulanten Bereich. Es sind im Folgenden unter dem Begriff „Depression“ die Diagnosen F 32* (Depressive Episode), F 33* (Rezidivierende depressive Störung) und F 34.1 (Dysthymie) nach der ICD-10-Klassifikation eingeschlossen.

Definition Zielgruppe

Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept)

Im Folgenden werden die Koordination der Versorgung und die aktuell empfohlene Diagnostik und Therapie bei depressiven Erkrankungen beschrieben. Besondere Berücksichtigung erfährt dabei die hausärztliche Perspektive.

- Koordination der Versorgung, Schnittstellen** An der Behandlung depressiv Erkrankter sind Akteure auf unterschiedlichen Versorgungsebenen beteiligt. Insbesondere bei schweren und chronischen Verläufen ist eine kontinuierliche und abgestimmte medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung erforderlich (*DGPPN et al., 2015*). Als zentrale Akteure der Versorgung depressiv Erkrankter gelten entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie:
- Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. für Innere Medizin, praktische Ärzte)
 - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde
 - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse; Psychologische Psychotherapeuten
 - Weitere Leistungserbringer für psychosoziale Therapien (Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und -pädagogen, Gesundheitsfachkräfte)
 - Universitätskliniken, Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, einschließlich zugeordneter Instituts- und Hochschulambulanzen und spezifische, z. B. gerontopsychiatrische Zentren
 - Rehabilitationseinrichtungen (insbesondere psychosomatische Rehabilitationskliniken)
- Zentrale Rolle des Hausarztes** Die meisten Patienten mit depressiver Erkrankung treten über den Hausarzt in das medizinische System ein (*Wittchen et al., 2000*). Ein hoher Anteil der Patienten verbleibt in der hausärztlichen Behandlung und wird dort langfristig betreut und therapiert. Darüber hinaus kommt dem Hausarzt eine wichtige Beratungsfunktion zu, u. a. zur Frage, inwieweit Fachärzte spezialisierter Gebiete, Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten, komplementäre Heilberufe und flankierende Dienste in die Behandlung einbezogen werden sollen (*DGPPN et al., 2015*).

Für einen Behandlungsbeginn bereits im primärärztlichen Bereich sprechen bei einer gemäß ICD-10 sicher diagnostizierten depressiven Episode u. a. die Möglichkeit des frühzeitigen Behandlungsbeginns und die Kenntnis der Lebensumstände der Patienten durch den Hausarzt. Darüber hinaus ist ein kurzfristiger Behandlungsbeginn durch z. B. Psychiater oder Psychotherapeuten oft mangels verfügbarer Kapazitäten nicht möglich. Die hausärztliche Ebene kann unter diesen Umständen eine sichere Anlaufstelle für Patienten mit Depression sein. Einschränkend wirkt sich aus, dass die Konsultationszeit in der

hausärztlichen Praxis vergleichsweise kurz ist. Einschränkend wirkt sich ebenso aus, dass im primärärztlichen Bereich teilweise ein begrenztes klinisches Spezialwissen vorliegt, bei gleichzeitiger Komplexität der Störung und Behandlung.

Deshalb ist eine gute Kooperation mit Fachspezialisten zur Unterstützung des Hausarztes wichtig. Überweisungen empfehlen sich bei:

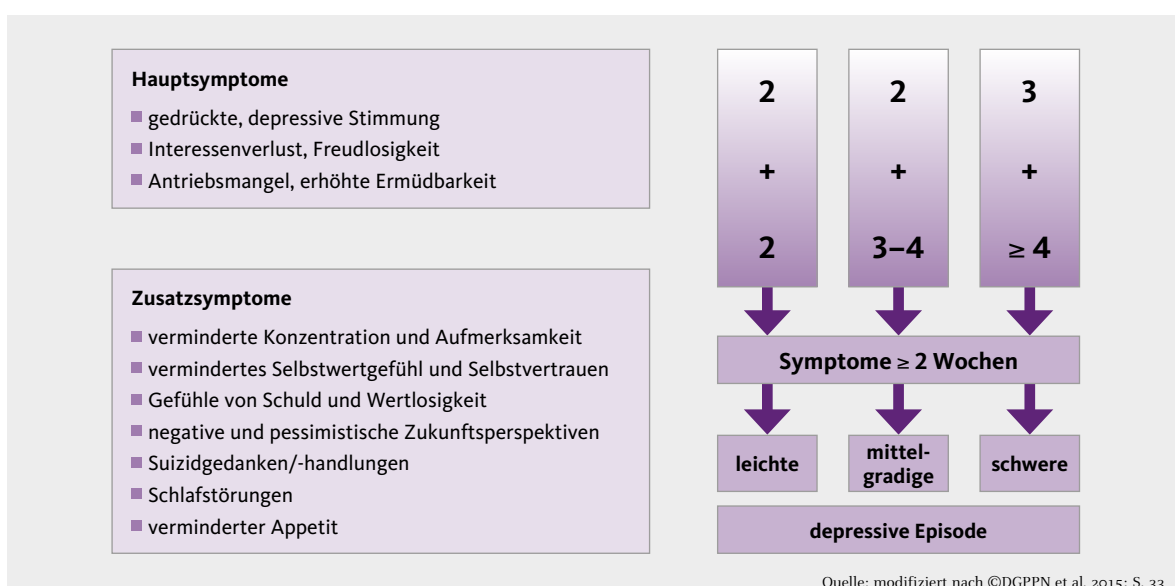
- Unklaren Diagnosen (vor allem bei unsicherer Abgrenzung zu Psychosen)
- Therapieresistenz trotz antidepressiver Medikation
- Suizidalem oder fremdaggressivem Verhalten
- Komorbiditäten (wie Drogenabusus oder Essstörungen)

Insbesondere bei schweren und chronischen Formen der Erkrankung ist eine kontinuierliche und abgestimmte medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung notwendig.

Die systematische Diagnostik bei unipolaren depressiven Störungen beruht auf Haupt- und Zusatzsymptomen. Je nach Anzahl der vorliegenden Haupt- und Zusatzsymptome erfolgt eine Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere Episoden. Bei einer leichten Episode (ICD-10: F 32.0) müssen mindestens zwei Hauptsymptome und zwei Zusatzsymptome vorliegen. Für eine mittelgradige Episode (ICD-10: F 32.1) sind mindestens zwei Hauptsymptome und drei Zusatzsymptome erforderlich und bei einer schweren Episode (ICD-10: F 32.2) sind alle drei Hauptsymptome und mehr als drei Zusatzsymptome nötig. Die Symptome müssen jeweils seit mindestens zwei Wochen vorliegen (siehe Abbildung 3) (DGPPN et al., 2015).

Diagnostik

Abbildung 3: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien



Eine Depression wird häufig durch den Hausarzt im Rahmen einer primär somatischen Konsultation erstmals erkannt (*Jacobi, et al., 2002*). Routinedatenanalysen zeigen, dass im Jahr 2011 mehr als die Hälfte der Depressionsdiagnosen von Hausärzten vergeben wurde (*Melchior, et al., 2014*). Die Diagnostik ist anspruchsvoll, da die Patienten sich insbesondere im hausärztlichen Bereich meistens mit unspezifischen Symptomen vorstellen und selten spontan Kernsymptome einer Depression berichten. Die folgenden Symptome können auf eine depressive Störung hinweisen (*DGPPN et al., 2015; Härter, et al., 2007*):

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen)
- Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation, Diarrhöe
- Diffuser Kopfschmerz
- Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl
- Funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf (z. B. Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen), Atmung (z. B. Dyspnoe), Magen und Darm
- Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen
- Muskelverspannungen, diffuse Nervenschmerzen (neuralgiforme Schmerzen)
- Libidoverlust, Sistieren der Menstruation, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen
- Gedächtnisstörungen

Besteht aufgrund der vom Patienten geäußerten „unspezifischen Symptome“ der Verdacht auf eine Depression, sollten zunächst folgende zwei Suchfragen zum Screening gestellt werden (*Whooley, et al., 1997*):

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Die Sensitivität dieser Fragen ist hoch (96 %, bei niedriger Spezifität: 57 %). Verneinen Patienten beide Fragen und liegen keine anderen erkennbaren Risiken vor, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Depression ausgeschlossen werden. Werden eine oder zwei Fragen positiv beantwortet, sollten gezielt die Haupt- und Zusatzsymptome entsprechend der ICD-10-Kriterien abgeklärt und die Dauer der jeweiligen Symptome erfragt werden.

Spricht der Patient bereits selbst depressionsspezifische Symptome an, sollte auf die oben genannten zwei Eingangsfragen verzichtet und sofort die ICD-10-Diagnosekriterien gezielt vollständig erfragt werden. Wichtig ist die aktive Exploration aller Kriterien, da depressive Patienten spontan häufig nur Teilaspekte schildern.

Fragebogeninstrumente wie z. B. der PHQ-9 (Patient-Health-Questionnaire) (*Löwe & Spitzer, 2002*), der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (*World Health Organization, 1998*) oder ADS (Allgemeine Depressionsskala) (*Hautzinger & Bailer, 2005*) dienen dem gezielten Screening. Mit dem PHQ-9 ist eine dimensionale Messung, also eine Schweregradmessung (0 bis 27 Punkte) der Depression möglich. Das routinemäßige Screening mit einem Fragebogen aller Patienten in einer Praxis wird nicht empfohlen (*DGPPN et al., 2015*). Die

Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer depressiven Episode bei fehlender spezifischer Symptomatik ist bei den Patienten der hausärztlichen Praxis gering. Entsprechend niedrige positive Vorhersagewerte führen zu falsch positiven Befunden. Die Fragebogeninstrumente erlauben jedoch bei hohen negativen Vorhersagewerten den weitgehend sicheren Ausschluss einer depressiven Episode (*Schneider & Szecsenyi, 2011*).

Circa jeder dritte depressive Patient hat im Laufe seines Lebens mindestens einen Suizidversuch unternommen. Suizidgedanken kommen sogar bei 40 bis 80 % der Patienten mit Depression vor (*Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; Härter et al., 2004*). Der Arzt muss daher davon ausgehen, dass jeder Patient mit depressiver Episode suizidgefährdet sein kann. Suizidalität sollte bei depressiven Patienten direkt angesprochen, präzise, detailliert und konkret erfragt, dokumentiert sowie vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden. Das alleinige Ansprechen der Suizidalität durch Ärzte oder andere Personen verstärkt diese besondere klinische Situation nicht.

Suizidalitätsabklärung

Für die Beurteilung der Suizidalität ist die Erfassung der aktuellen klinischen Symptomatik sowie möglicher psychotischer Symptome erforderlich. Die Suizidalität sollte auch im hausärztlichen Setting zu Beginn einer depressiven Episode, bei Veränderung der Therapie, nach Krankenhausentlassung, nach kritischen Lebensereignissen und im weiteren Verlauf abhängig von der klinischen Symptomatik aktiv erfragt werden. Mögliche Fragen zur Abklärung des Suizidrisikos werden in der Nationalen Versorgungsleitlinie vorgeschlagen (*DGPPN et al., 2015, S. 41*).

Unter Berücksichtigung der Ausprägung bzw. der Dringlichkeit der Suizidalität, der Umgebungsfaktoren, der Bündnisfähigkeit des Patienten und der eigenen Ressourcen ist das weitere Betreuungsangebot festzulegen. Bei einer ambulanten Betreuung sollten regelmäßige zusätzliche Kontakte (telefonisch oder direkt) vereinbart werden. Der Beziehungsaufbau zum Patienten und eine empathische, direkte Haltung des Behandlers können Empfindungen der Beziehungslosigkeit und das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, reduzieren und auf diese Weise suizidpräventiv wirken. Gegebenenfalls kann mit dem Patienten ein Antisuizidvertrag über einen Zeitraum von bis zu zwei Tagen vereinbart werden. Eine kurzzeitige pharmakotherapeutische Behandlung mit Benzodiazepinen kann bei Suizidgefahr in Betracht gezogen werden. In Anbetracht des hohen Suchtpotenzials sollte die Behandlung mit Benzodiazepinen 14 Tage nicht überschreiten (*DGPPN et al., 2015*).

Um die Besserung oder Verschlechterung der Depressionssymptome sicher, zeitnah und im Verlauf vergleichbar zu beobachten, ist das regelmäßige Abfragen der Symptome erforderlich. Diese Verlaufsbeobachtung sollte mit Fragebogeninstrumenten, wie z. B. dem PHQ-9, durchgeführt werden. Der Symptomverlauf wird damit für Arzt und Patient konkret abgebildet. In der Akutbehandlung der Depression sollte spätestens zwei Wochen nach Behandlungsbeginn mit der Verlaufsbeobachtung begonnen und diese in allen weiteren Kontakten fortgeführt werden. Die Abstände der Folgekontakte sind entsprechend der klinischen Situation individuell anzupassen. Nach dem Start einer Pharmakotherapie werden während der ersten vier Behandlungswochen zunächst wöchentliche Verlaufsbe-

Verlaufsbeobachtung

obachtungen, anschließend Kontakte alle zwei bis vier Wochen und nach drei Monaten individuell angemessene Intervalle empfohlen (*DGPPN et al., 2015*). Durchschnittlich sollten monatliche Kontakte bis zur Remission sichergestellt werden.

Patientenaufklärung und Angehörigengruppen

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Depressionen stellt die Aufklärung und Informationsvermittlung dar. Sie verbessert die Therapieadhärenz und die Patientenaktivierung und unterstützt auf diese Weise die Genesung und Vorbeugung von Rückfällen. Darüber hinaus ist die Aufklärung der Patienten über ihr Krankheitsbild und mögliche Behandlungsmaßnahmen eine zentrale Voraussetzung, um sich an der therapeutischen Entscheidungsfindung beteiligen zu können. Inhalte der Patienteninformation sind laut Nationaler Versorgungsleitlinie (*DGPPN et al., 2015*):

- Aufklärung über das Krankheitsbild einer Depression einschließlich der Merkmale, an denen Betroffene ihre Erkrankung erkennen können (bereits durch die Einordnung einer depressiven Störung als schwere Erkrankung kann ein Patient deutliche Unterstützung und Entlastung erfahren),
- Aufklärung über die Ursachen und die biopsychosoziale Eingebundenheit einer depressiven Störung nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell,
- Aufklärung über die Behandlungsoptionen (Pharmakotherapie, Psychotherapie, Kombinationstherapie, nicht-medikamentöse somatische Therapien) und den Behandlungsablauf, Wirklatenzen und mögliche Nebenwirkungen der Behandlung, Thematisierung der Behandlungsdauer und aktiver Einbezug des Patienten in die Entscheidungsfindung und Selbstsorge,
- Aufklärung über die Prognose einer depressiven Störung.

Medizinische Entscheidungshilfen können Patienten und Angehörige darüber hinaus mit Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten inklusive möglicher Vor- und Nachteile versorgen, die individuelle Präferenzen und Werte berücksichtigen. Gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie werden folgende Kategorien unterschieden (*DGPPN et al., 2015*):

- Entscheidungshilfen, die in Konsultationen verwendet werden,
- Entscheidungshilfen, die primär außerhalb von Konsultationen verwendet werden,
- Entscheidungshilfen, die interaktive Technologien (z. B. webbasiert) verwenden (z. B. des im Hamburger Netzes psychische Gesundheit (www.psychenet.de), oder der Familiencoach Depression der AOK (www.familiencoach-depression.de)).

Darüber hinaus sollten Inhalte der Patienteninformation sein:

- Vereinbarung konkreter Therapieziele, bezogen auf die Depressionssymptome, innerhalb eines definierten Zeitraums,
- Vereinbarung von konkreten Patientenaktivitäten (u. a. Genussziele, wie lebensfreudige Alltagsaktivitäten),
- Vereinbarung der regelmäßigen Verlaufsbeobachtung der Therapieeffekte.

Eines der Grundprinzipien bei der Behandlung von Patienten mit Depression ist die partizipative Entscheidungsfindung („shared decision making“). Therapien sollen vom Arzt oder Therapeuten nicht ohne den Einbezug des Patienten verordnet, sondern im Rahmen eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses empfohlen und abgewogen werden (*DGPPN et al., 2015; Hamann, et al., 2003*). Die wichtigsten evidenzbasierten Therapiestrategien in der Behandlung von Patienten mit depressiver Episode sind die aktiv abwartende Begleitung, psychotherapeutische Verfahren und die Pharmakotherapie. Psycho- und pharmakotherapeutische Behandlungen können auch in Kombination angewandt werden. Zusätzliche, aber seltener angewandte Strategien sind u. a. Schlafentzugstherapie, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie, Entspannungsverfahren, Kunsttherapie, Ergotherapie und Soziotherapie.

Therapie

Im hausärztlichen Bereich kommen überwiegend die aktiv abwartende Begleitung und die Pharmakotherapie zur Anwendung (*DGPPN et al., 2015*).

Das Angebot einer aktiv abwartenden Begleitung („watchful waiting“) wird für leichte depressive Episoden empfohlen, wenn das Abklingen der depressiven Symptomatik ohne therapeutische Intervention erwartet wird. Wichtige Bestandteile dieser Strategie sind verbale, nicht-fachspezifische Interventionen wie die psychosomatische Grundversorgung, aber auch Psychoedukation, regelmäßige Konsultationen und die strukturierte Verlaufsbeobachtung. Auch niederschwellige psychosoziale Interventionen können im Rahmen der aktiv abwartenden Begleitung zum Einsatz kommen. Hierzu zählen insbesondere Formen der angeleiteten Selbsthilfe und technologiegestützte psychosoziale Interventionen. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass sich diese Verfahren als wirksam erweisen können (*DGPPN et al., 2015*).

Aktiv abwartende Begleitung und niederschwellige psychosoziale Interventionen

Bei ausbleibender Verbesserung der Symptome innerhalb von zwei Wochen sollte eine intensivere depressionsspezifische Therapie (Richtlinienpsychotherapie und/oder Pharmakotherapie) eingeleitet werden, da zu langes Warten die Prognose der depressiven Episode verschlechtert und die Chronifizierung der Depression begünstigt. Bei der Erwägung einer Entbindung von den beruflichen Verpflichtungen (Krankschreibung) sollte berücksichtigt werden, dass die Berufstätigkeit eine wirkungsvolle Strukturierung des Alltags für die Patienten sicherstellen kann (*DGPPN et al., 2015*).

Der Einsatz eines systematischen Monitorings (z. B. Depressions-Monitoring-Liste (DEMOL)) zur Erhebung der Symptome und der Patientenaktivität durch medizinische Fachangestellte erreicht eine Adhärenz- und Symptomverbesserung. Weiterhin trägt sie zu einem besseren Informationsfluss zum behandelnden Hausarzt bei (*Gensichen, 2009; Gensichen et al., 2013*).

Psychotherapie ist bei allen Schweregraden einer depressiven Episode eine Therapieoption. Bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode wird neben der abwartenden Begleitung die Psychotherapie empfohlen. Bei mittelschweren depressiven Episoden sind Psycho- und Pharmakotherapie gleich wirksam (*Hollon et al., 2002; Wampold, 2001*). Die Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie ist bei schweren depressiven

Psychotherapie

Episoden (*Schramm et al. 2007; Thase, 1997*), bei chronisch depressiven Patienten (*Keller et al., 2000*) und bei rezidivierenden Depressionen (*Reynolds et al., 1999; Sutej, et al., 2006*) der alleinigen Pharmakotherapie überlegen und daher indiziert.

Psychotherapien sind bei der Behandlung von Depressionen wirksam, wobei die Effizienz entscheidend von Faktoren wie dem Symptombild, dem Schweregrad der depressiven Episode oder der therapeutischen Beziehung abhängt. Im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte sowie die analytische Psychotherapie anerkannt und erstattungsfähig. Darüber hinaus wurde auch der Nutzen und die Notwendigkeit der systemischen Therapie durch den gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt, sodass in Zukunft auch diese Psychotherapieform im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018*). Neben spezifischen Wirkfaktoren der unterschiedlichen Verfahren wird in der Psychotherapieforschung davon ausgegangen, dass gemeinsame Wirkfaktoren, dabei insbesondere die Qualität und Gestaltung der therapeutischen Beziehung, aber auch weitere Wirkfaktoren (z. B. Ressourcenaktivierung, Problembewältigung, motivationale Klärung) den Therapieerfolg erklären können (*DGPPN et al., 2015*).

Psychotherapeutische Verfahren erfordern, wenn nicht eine entsprechende Zusatzqualifikation des Hausarztes vorliegt, die Überweisung zu psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fachspezialisten. Um eine Richtlinienpsychotherapie in Anspruch zu nehmen, müssen Patienten aktuell mit langen Wartezeiten rechnen (*Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Wissenschaftliches Institut der AOK, 2014*). Die zu überbrückende Zeit sollte nicht ohne ärztliche und therapeutische Unterstützung vergehen, um die Symptomverschlechterung bzw. die Chronifizierung der Depression zu verhindern.

Pharmakotherapie Für die Pharmakotherapie der depressiven Episode stehen die folgenden Substanzklassen zur Verfügung (*DGPPN et al., 2015*):

- Tri- und tetrazyklische Antidepressiva bzw. nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)
- Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI)
- Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAOI)
- Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)
- Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SNRI)
- Alpha-2-Rezeptor-Antagonisten (Noradrenerge und selektiv-serotonerge Antidepressiva (NaSSA))
- Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (Bupropion)
- Melatonin-Rezeptor-Agonisten (MT₁/MT) und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonisten (Agomelatin)

Um die Wirksamkeit von Antidepressiva besteht eine anhaltende Debatte. In der bislang größten Metaanalyse mit 21 untersuchten Antidepressiva wurde zwar eine allgemeine Überlegenheit von Antidepressiva gegenüber Placebo in der Behandlung von Depressionen nachgewiesen (*Cipriani et al., 2018*), gleichzeitig waren die Effekte jedoch moderat und berücksichtigen kurzfristige symptomatische Veränderungen. In der klinischen

Praxis sollen Ärzte neben der Wirksamkeit eines Medikaments individuelle Bedürfnisse und Konditionen von Patienten (z. B. Schweregrad, Adhärenz, Komorbiditäten) beachten (DGPPN et al., 2015). Bei Berücksichtigung der Komplexität einer Depression ist die Antwort auf die Frage nach einer adäquaten Verschreibungspraxis von Antidepressiva im klinischen Alltag, insbesondere bei Patienten mit leichten depressiven Episoden, weniger eindeutig (Cosgrove, et al., 2019).

Bei einer leichten depressiven Episode sollte eine Pharmakotherapie nur begonnen werden, wenn entsprechende Vorbehandlungen des Patienten effektiv waren und/oder es der Patient ausdrücklich wünscht, da die Wirksamkeit bei leichten depressiven Episoden gegenüber Placebo nicht überzeugend nachgewiesen ist (Baumeister, 2012; DGPPN et al., 2015; Kirsch et al., 2008; Rush et al., 2006). Bei mittelschwerer depressiver Episode stellen Psychotherapie und Pharmakotherapie gleichrangige Therapiealternativen dar. Bei einer schweren depressiven Episode soll die pharmakotherapeutische mit der psychotherapeutischen Behandlung kombiniert werden (DGPPN et al., 2015).

Die Nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt, eine Pharmakotherapie mit einer niedrigen Dosis zu beginnen und diese schrittweise bis zur Standarddosierung zu erhöhen. Nach Erreichen der Standarddosierung sollte wegen der Wirklatenz mindestens vier Wochen abgewartet werden, bevor die Behandlungsstrategie geändert wird (DGPPN et al., 2015). Zu Beginn einer Pharmakotherapie ist eine sorgfältige Aufklärung über die Medikamente erforderlich. Insbesondere sind die zeitlich verschobenen Wirkungseintritte von Symptombesserung und Nebenwirkungen zu vermitteln.

Für die Wahl des Antidepressivums gibt es keine umfassende und einheitliche Empfehlung. Auswahlkriterien sind u. a. die Vorerfahrungen und Präferenzen des Patienten, die Erfahrungen und Kenntnisse des Behandlers mit speziellen Präparaten, die Komorbiditäten und die Nebenwirkungsprofile (DGPPN et al., 2015).

In den ersten vier Behandlungswochen wird eine wöchentliche Verlaufsbeobachtung, anschließend eine Beobachtung alle zwei bis vier Wochen und nach drei Monaten individuell angepasste Intervalle empfohlen (DGPPN et al., 2015).

Antidepressiva sollen mindestens vier bis neun Monate über die Besserung der Symptome (Remission) hinaus eingenommen werden. Bei rezidivierenden Episoden wird eine Einnahme von mindestens zwei Jahren zur Langzeitprophylaxe empfohlen. Eine antidepressive Pharmakotherapie sollte schrittweise über einen Zeitraum von vier Wochen beendet werden (DGPPN et al., 2015).

Methodisches Vorgehen

Vorgänger der Erstfassung des QISA-Bandes zur Depression war eine unveröffentlichte Pilotversion – „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ –, die vom aQua-Institut bereits im Jahr 2002 erstellt wurde (Näheres hierzu siehe Band A – QISA stellt sich vor). Das damalige Indikatorenset „Depression“ der Pilotversion wurde von einer holländischen Arbeitsgruppe um Prof. Richard Grol in Nijmegen entwickelt und bestand aus insgesamt neun Indikatoren, basierend auf der damaligen aktuellen Leitliniensituation.

Methodik bei der Erarbeitung des Indikatorensets (Version 1.0) Die Version 1.0 des QISA-Bandes mit Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Patienten mit Depression wurde erstmals im Jahr 2013 veröffentlicht (*Schulz et al., 2013*). Zur Erstellung des Indikatorensets wurde im Herbst 2011 eine systematische Recherche der national und international vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Depression durchgeführt. Zusätzlich wurden, basierend auf den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie (*DGPPN et al., 2009*), zehn Indikatoren neu entwickelt. Das resultierende Register von 65 Qualitätsindikatoren (siehe Anhang 1) wurde von einem Expertenpanel (Teilnehmer siehe Anhang 2) in einem Delphi-Verfahren bewertet. Dieses Verfahren verknüpft die Recherche der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz mit mehrstufigen strukturierten Bewertungsschritten durch Experten (*Fitch, et al., 2001*). Elf Indikatoren wurden durch das Expertenpanel als relevant und praktikabel bewertet. Anschließend unterzog das wissenschaftliche Autorenteam diese Indikatorenliste einer eingehenden Zweitprüfung und machte im Einvernehmen mit den QISA-Herausgebern von der Möglichkeit Gebrauch, das Indikatorenset abschließend zu modifizieren, um eine bessere Ausgewogenheit zu erzielen. Darüber hinaus wurden Modifikationen zu einigen Indikatoren hinzugefügt, um eine Erfassung durch Routinedaten der Krankenkassen zu ermöglichen. Das so entstandene Indikatorenset umfasste schlussendlich elf Qualitätsindikatoren und vier Modifikationen. (Genauer zur Indikatorenentwicklung siehe QISA-Band C6 – Depression, Version 1.0. Der Band kann unter www.qisa.de unter „Kontakt“ kostenlos als PDF angefordert werden.)

Methodik bei der Aktualisierung Die Aktualisierung des nun vorgelegten Indikatorensets – basierend auf dem erstmals im Jahr 2013 veröffentlichten gleichnamigen QISA-Band (*Schulz et al., 2013*) – erfolgte durch ein von den Autoren des ursprünglichen Indikatorensets weitgehend unabhängiges Autorenteam.

Grundlage für die Überarbeitung war eine im August 2018 abgeschlossene systematische Recherche des aQua-Instituts nach nationalen und internationalen Leitlinien, die den Autoren zur Verfügung gestellt wurde. Die Recherche bezog sich auf die Zeit nach Erscheinen der Version 1.0 des QISA-Bandes, um aktuelle Empfehlungen für die primärärztliche Versorgung von erwachsenen Patienten mit einer depressiven Erkrankung zu identifizieren.

Die Recherche erfolgte sowohl in deutschen Leitlinienportalen (z. B. AWMF, leitlinien.de/nvl, DEGAM, AkdÄ) unter den Suchbegriffen „Depression“ und „affektive Störung“ als auch international (G-I-N, AHRQ, NICE) mithilfe der Suchbegriffe „depression“ und „depressive disorder“.

Vorgehen bei der Recherche

Darüber hinaus wurde auf den Webseiten folgender Fachgesellschaften recherchiert:

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): <https://www.dgppn.de>
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM): <https://www.dgpm.de>

Ergänzend wurde noch eine Handrecherche durchgeführt.

Für die Aktualisierung des Indikatorensets konnte als relevante Leitlinie die Nationale Versorgungsleitlinie identifiziert werden:

Berücksichtigte Leitlinien/Quellen

- S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 5 (DGPPN et al., 2015)

Weitere berücksichtigte Quellen:

- Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie), Stand: 04.11.2017 (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017*)
- Vorbericht Screening auf Depression (vorläufige Nutzenbewertung), Version 1.0, Stand: 23.03.2018 (*IQWiG, 2018*)
- Abschlussbericht der Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen, Version: 1.0, Stand: 04.04.2017 (*IQWiG, 2017*)

Aus diesen Quellen wurden alle in Bezug auf das Thema Depression relevanten Empfehlungen extrahiert und inhaltlich hinsichtlich eines Aktualisierungsbedarfs mit den Indikatoren der Version 1.0 des QISA-Bandes abgeglichen. Darüber hinaus wurden neue Themen vorgeschlagen, die bisher noch unberücksichtigt waren und ggf. relevant für die primärärztliche Versorgung von Patienten mit Depression sind. Der sich auf dieser Grundlage ergebende inhaltliche Änderungsbedarf sowie die mögliche Berücksichtigung neuer Themenfelder im Sinne einer Neuaufnahme von Indikatoren wurde im Rahmen mehrerer Expertenberatungen (als Webkonferenzen) unter Beteiligung der Autoren, Fachexperten des aQua-Instituts und des AOK-Bundesverbandes sowie der Herausgeber diskutiert und weitere fachliche Präzisierungen wurden vorgenommen. In Abstimmung mit den Herausgebern wurden neue Indikatoren nur dann in das Indikatorenset aufgenommen, wenn die aktuelle Nationale Versorgungsleitlinie (DGPPN et al., 2015) die Empfehlung mit dem höchsten Empfehlungsgrad „A“ ausspricht und die Empfehlung nicht über bereits vorhandene Indikatoren miterfasst wurde.

Schritte zur Erarbeitung der Version 2.0

Aus diesem Grund wurden zwei neue Indikatoren aufgenommen (Indikator 11: „Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen“; Indikator 12: „Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde“). Um der Schwere-

gradabhängigkeit der Therapieempfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie (DGPPN et al., 2015) besser Rechnung zu tragen, wurde darüber hinaus ein neuer Indikator, „Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde“ (Indikator 5), eingeführt. Die Indikatoren zur Psycho- und Pharmakotherapie wurden entsprechend den Empfehlungen für den jeweiligen Schweregrad der Erkrankung modifiziert. Die ursprünglichen Indikatoren 5 und 7 („Patienten mit Depression, die eine antidepressive Pharmakotherapie durch den Hausarzt verordnet bekommen“; „Patienten mit Depression, die durch den Hausarzt eine Empfehlung zur psychotherapeutischen Behandlung erhalten“) wurden modifiziert zusammengefasst (Indikator 7: „Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde“). Eine erneute Recherche nach vorhandenen Qualitätsindikatoren sowie eine mehrstufige Experteneinschätzung mittels eines Delphi-Verfahrens fanden im Rahmen der Aktualisierung des Indikatorensets der Erstfassung nicht statt.

Ferner konnten im Rahmen der Aktualisierung Praxiserfahrungen aus der Anwendung der QISA-Indikatoren einbezogen werden: Im Rahmen des 2012 gestarteten QuATRO-Projektes arbeiten einige AOKs zusammen mit kooperierenden Arztnetzen und dem AOK-Bundesverband daran, QISA-Indikatoren zu messen und für die Arbeit an der Qualität zu nutzen (Ebert-Rall, 2017). Für die Aktualisierung der QISA-Bände wurden die hier gesammelten Erfahrungen systematisch erhoben und den Autoren zur Verfügung gestellt. Weiterhin konnten Erfahrungen aus Routinedatenanalysen berücksichtigt werden, in denen die Qualitätsindikatoren Anwendung fanden (Freytag, et al., 2016).

Das so entstandene Set enthält insgesamt 13 Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und umfasst die Versorgungsbereiche „systematische Erfassung der Patientengruppe“ (Register), „Diagnostik“, „Therapie“, „Suizidalität“, „Patientenaufklärung und -beratung“ sowie „Fortbildung von Hausärzten“. Es bezieht sich auf erwachsene Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) im Sinne einer unipolaren Depression in Hausarztpraxen, Arztnetzen und vergleichbaren Versorgungsmodellen. Um diesen Versorgungsmodellen besser gerecht zu werden, wurde die Bezugsebene neben der Hausarztpraxis auf das gesamte Versorgungsmodell erweitert.

Zu einigen Indikatoren des Indikatorensets der Version 1.0 wurden Modifikationen angeboten, um eine Messung des Versorgungsinhalts unabhängig vom beteiligten Arzt oder auf Basis von Routinedaten zu ermöglichen. Diese Modifikationen finden sich im neuen Indikatorenset nicht separat wieder, sondern wurden, wenn möglich, in den bestehenden Indikator integriert oder über entsprechende Anwenderhinweise aufgenommen. Darüber hinaus wurde die in der Erstfassung vorgenommene Beschreibung der Messgüte in Form von einheitlichen Gütekriterien aufgegeben, da nach bisherigem Wissensstand diese Gütekriterien nur unzureichend evaluiert sind. Stattdessen wurden bei den einzelnen Indikatoren nur solche Gütekriterien angeführt, zu denen belastbare Aussagen getroffen werden können. Zudem wurde bei mehreren Indikatoren auf die Angabe eines spezifischen Referenzwertes verzichtet, wenn keine empirischen Daten für eine Zahlenangabe vorlagen. Es wurde dann lediglich auf die Zielrichtung „möglichst hoch/möglichst niedrig“

hingewiesen. Für Indikatoren mit rein deskriptivem Charakter kann weder ein konkreter Referenzwert noch eine Zielrichtung angegeben werden.

In Tabelle 2, Seite 28f. sind die Änderungen der Indikatoren im Vergleich zur Vorgängerversion detailliert beschrieben. Die neu aufgenommenen Indikatoren sind in Tabelle 3, Seite 29 aufgeführt.

Als Datenquellen wurden vorausgesetzt:

- a) Routinedokumentation in der (digitalen) Dokumentation, also die für die Abrechnung mit der GKV erstellten Daten
- b) Klinische Dokumentation in der digitalen Dokumentation der Arztpraxis, also die über die in a) erfasste hinausgehende klinische Dokumentation der Praxis

Darüber hinaus lassen sich Abrechnungsdaten der Kostenträger heranziehen. Das Erheben von Daten für die Qualitätssicherung in der Hausarztpraxis birgt zwei Herausforderungen:

1. Die Datenqualität hängt entscheidend von der Qualität der Dokumentation in den Arztpraxen ab. Dies wird insbesondere relevant, wenn es sich um spezifische (praxisinterne) klinische Dokumentationen handelt.
2. Über die bisherige Routinedokumentation hinaus fällt zusätzlicher Dokumentationsaufwand an. So ist zum Beispiel für die Anwendung bestimmter Indikatoren die systematische Dokumentation inzidenter oder prävalenter Patienten unabdingbar.

Änderungen gegenüber der Vorgängerversion (1.0) Nachfolgend sind im Vergleich zu Version 1.0 inhaltliche Veränderungen an Indikatoren, hinzugenommene und gestrichene Indikatoren (mit der jeweiligen Begründung) aufgeführt.

Tabelle 2: Inhaltlich modifizierte Indikatoren

QI	URSPRÜNGLICHE BEZEICHNUNG	GEÄNDERTE BEZEICHNUNG	INHALTLICHE VERÄNDERUNGEN
1	Erfassung von Patienten mit Depression im hausärztlichen Bereich	Patienten mit diagnostizierter Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufgriff aller Patienten mit Depression, unabhängig vom diagnostestellenden Arzt oder Therapeuten
2	Screening auf Depression bei Patienten mit Diabetes mellitus, KHK, Demenz, chronischem Schmerzsyndrom, maligner Erkrankung bzw. Herzinsuffizienz	Screening auf Depression bei Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erweiterung des Indikators auf Morbus Parkinson, Demenz und kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Krankheiten ■ Aufgriff aller Patienten mit entsprechendem Screening auf Depression, unabhängig vom diagnostestellenden Arzt
3	Suizidalitätsabklärung bei Patienten mit Depression	<i>Keine Änderung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verzicht auf einen spezifischen Zielwert
4	Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patienten mit Depression	<i>Keine Änderung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verzicht auf einen spezifischen Zielwert
6	Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie <i>(Urspr. QI 9)</i>	<i>Keine Änderung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verzicht auf einen spezifischen Zielwert ■ Psychosomatische Grundversorgung aus dem Zähler der Formel gestrichen, da die Psychosomatische Grundversorgung im Rahmen des „watchful waiting“ zu verstehen ist und keine fachspezifische Therapieform darstellt, die nach ausbleibender Besserung der Symptomatik indiziert ist
7	Patienten mit Depression, die eine antidepressive Pharmakotherapie durch den Hausarzt verordnet bekommen <i>(Urspr. QI 5)</i> Patienten mit Depression, die durch den Hausarzt eine Empfehlung zur psychotherapeutischen Behandlung erhalten <i>(Urspr. QI 7)</i>	Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Messung des Angebots der Kombinationstherapie anstelle des Erhalts im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung ■ Zusammenführung der beiden ursprünglichen Indikatoren QI 5 und QI 7 im Zuge der Einführung des QI 5 zur Schweregradbestimmung ■ Bezugnahme auf Personen mit mittelgradiger Depression, die eine Pharmakotherapie verordnet oder eine Psychotherapie empfohlen bekommen ■ Integration der Modifikation des ursprünglichen QI 5 und QI 7, bei der die alleinige Ausrichtung auf den Hausarzt entfällt („unabhängig vom Verordner“) ■ Aufgriff aller Patienten mit entsprechendem Therapieangebot, unabhängig vom diagnostestellenden Arzt

QI	URSPRÜNGLICHE BEZEICHNUNG	GEÄNDERTE BEZEICHNUNG	INHALTLICHE VERÄNDERUNGEN
8	Patienten mit schwerer depressiver Episode, die durch den Hausarzt die Empfehlung zu einer Kombinationstherapie erhalten	Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie angeboten wurde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Messung des Angebots der Kombinationstherapie anstelle des Erhalts im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung ■ Integration der Modifikation des Indikators, bei der die alleinige Ausrichtung auf den Hausarzt entfällt („unabhängig vom Verordner“) ■ Aufgriff aller Patienten mit entsprechender Kombinationstherapie, unabhängig vom diagnostizierenden Arzt ■ Verzicht auf einen spezifischen Zielwert
9	Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission (<i>Urspr. QI 6</i>)	Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission bei Patienten mit Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufgriff aller Patienten mit ausreichender Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie, unabhängig vom diagnostizierenden Arzt ■ Verzicht auf einen spezifischen Zielwert
10	Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa bei Depression länger als vier Wochen	Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen bei Patienten mit Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufgriff aller Patienten im Zähler und Nenner, unabhängig vom diagnostizierenden oder verordnenden Arzt ■ Verzicht auf einen spezifischen Zielwert

Tabelle 3: Neue Indikatoren

INDIKATOR	FORMULIERUNG	BEGRÜNDUNG
5	Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde	Die Nationale Versorgungsleitlinie (DGPPN et al., 2015) empfiehlt in Abhängigkeit vom Schweregrad der depressiven Episode unterschiedliche Behandlungsalternativen. Die Erfassung des Schweregrades stellt somit eine Voraussetzung für eine leitliniengerechte Behandlung der depressiven Störung dar.
11	Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen	Bei Patienten mit KHK und komorbider depressiver Episode muss bei der Verschreibung von Antidepressiva besonders auf die kardiale Verträglichkeit geachtet werden. Insbesondere trizyklische Antidepressiva können folgenschwere Nebenwirkungen wie Infarkte verursachen. Es liegt eine Empfehlung der Stärke A der Nationalen Versorgungsleitlinie vor, trizyklische Antidepressiva bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung nicht zu verschreiben (DGPPN et al., 2015).
12	Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde	Depressionen sind bei Patienten im höheren Lebensalter die häufigste psychische Störung. Gerade depressive Patienten im höheren Lebensalter sind zudem einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt. Zudem spielen somatische Erkrankungen und psychosoziale Faktoren für den Verlauf der Depression eine große Rolle. Die nachhaltige Wirksamkeit von Psychotherapie ist bei älteren Patienten mit Depression nachgewiesen. Die Nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt die Psychotherapie bei älteren Menschen mit der Empfehlungsstärke A (DGPPN et al., 2015).

Übersicht über die ausgewählten Indikatoren (2.0)

Im Folgenden findet sich eine Zusammenstellung aller Indikatoren dieses QISA-Bandes C6 – Depression (Version 2.0). Durch die Neuaufnahmen und Adaptionen einiger Indikatoren war eine Anpassung der Reihenfolge der Indikatoren im Vergleich zur Vorgängerversion erforderlich.

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FRAGESTELLUNG	FOKUS
1*	Patienten mit diagnostizierter Depression	Besteht eine systematische Erfassung aller Patienten mit diagnostizierter depressiver Erkrankung?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Systematische Erfassung der Patientengruppe ■ Prozessqualität
2*	Screening auf Depression bei Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression	Erfolgt bei Patienten mit Diabetes mellitus, KHK, Demenz, chronischem Schmerzsyndrom, maligner Erkrankung oder Herzinsuffizienz ein Screening auf Depression?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Screening ■ Diagnostik ■ Prozessqualität
3*	Suizidalitätsabklärung bei Patienten mit Depression	Werden alle Patienten mit Depression initial auf Suizidalität untersucht?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prävention ■ Prozessqualität
4*	Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patienten mit Depression	Werden die Patienten über ihre Erkrankung aufgeklärt und erhalten sie Informationen zu Selbsthilfegruppen bzw. Angehörigengruppen?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesundheitskompetenz ■ Prozessqualität
5**	Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde	Erfolgt eine systematische Erfassung des Schweregrades bei Patienten mit Depression?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostik ■ Prozessqualität
6* (urspr. 9)	Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie	Wie viele Patienten mit anhaltender Depression erhalten keine depressionsspezifische Therapie und sind als unterversorgt zu beurteilen?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeidung Unterversorgung ■ Ergebnisqualität
7* (urspr. 5, 7)	Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde	Wie viele Patienten mit mittelgradiger Depression erhalten ein Angebot für eine antidepressive Pharmakotherapie oder Psychotherapie?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FRAGESTELLUNG	FOKUS
8*	Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie angeboten wurde	Wie viele Patienten mit schwerer depressiver Episode erhalten ein Angebot für eine Kombinationsbehandlung aus antidepressiver Pharmakotherapie und Psychotherapie?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität
9* (urspr. 6)	Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission bei Patienten mit Depression	Werden Patienten mit medikamentöser Behandlung ausreichend lange behandelt?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität
10*	Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen bei Patienten mit Depression	Ist die Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa bei Patienten mit Depression zeitlich begrenzt?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeidung von Komplikationen ■ Prozessqualität
11**	Patienten mit koronarer Herzkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen	Wie viele Patienten mit koronarer Herzkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung bekommen trizyklische Antidepressiva verordnet?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patientensicherheit ■ Prozessqualität
12**	Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde	Wie viele Patienten mit Depression im höheren Lebensalter erhalten ein Angebot für eine Psychotherapie?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität
13 (urspr. 11)	Hausärzte mit Fortbildung zur Depression	Wie viele Hausärzte bilden sich regelmäßig zum Thema Depression fort?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Strukturqualität

* modifiziert, ** neu

Nachfolgend werden diese Qualitätsindikatoren strukturiert beschrieben und begründet. Die Struktur folgt dabei den in allen QISA-Bänden behandelten Kriterien (vgl. nachfolgendes Schema). Die Ausführungen beruhen auf der zum Zeitpunkt der Abfassung aktuell gültigen Evidenz.

QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren

I Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aussage ■ Begründung ■ Zielstellung ■ Einbezogene Fachgruppen ■ Voraussetzungen ■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> ■ Betrachtungszeitraum ■ Bezugsebene ■ Formel ■ Zähler ■ Nenner ■ Ausschlusskriterien ■ Datenquelle
III Anmerkungen zur Messgüte	
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Epidemiologie und Prävalenz ■ Praxisstudien und Evidenz ■ Reduzierung der Krankheitslast ■ Kosteneffektivität ■ Indikatorsysteme ■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Referenzwert ■ Interpretation ■ Einbindung in die QZ-Arbeit ■ Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Nicht für jeden Indikator sind alle Kriterien zur Beschreibung möglich. Ggf. werden deshalb bei einigen Indikatoren dieses Bandes nicht alle Beschreibungskriterien des QISA-Schemas aufgeführt (z. B. Reduzierung der Krankheitslast, Kosteneffektivität).

Indikator 1: Patienten mit diagnostizierter Depression**I Beschreibung**

Aussage	Der Indikator misst die Anzahl der Patienten mit diagnostizierter Depression innerhalb eines definierten Zeitraumes in einer hausärztlichen Praxis oder im Versorgungsmodell.
Begründung	Depressionen zählen zu den häufigsten und gleichzeitig am meisten unterschätzten Erkrankungen. Aufgrund der hohen Prävalenz und Kosten sowie der Behandelbarkeit dieser Patienten im hausärztlichen Setting sollen die Patienten mit depressiver Erkrankung in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell systematisch erfasst werden. Die Diagnosestellung kann hierbei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten erfolgen.
Zielstellung	Der Indikator hat zum Ziel, die Prävalenz von Depressionen in der Hausarztpraxis vollständig zu erfassen, um diese Prävalenz der eigenen Hausarztpraxis mit jener des Bundesgebietes bzw. des Versorgungsmodells vergleichen zu können. Ein spezifischer Zielwert wird aufgrund des deskriptiven Charakters des Indikators nicht angegeben.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) in der Patientenakte
Ausblick	Eine systematische Erfassung von Patienten mit Depression in einer Hausarztpraxis kann zu einer verbesserten und bedarfsgerechten Behandlung dieser Patienten beitragen.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit diagnostizierter Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate}}{\text{Anzahl aller Patienten innerhalb der letzten zwölf Monate}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit diagnostizierter Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate
Nenner	Anzahl aller Patienten innerhalb der letzten zwölf Monate

Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Routinedokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Praktikabilität des Indikators wird als hoch eingeschätzt, da die Datenverfügbarkeit bei konsequenter Dokumentation hoch ist und der Erhebungsaufwand als gering eingeschätzt wird. Die systematische Erfassung depressiver Patienten bildet eine Basis für die Beurteilung der Versorgungssituation, weshalb der Indikator als relevant eingestuft wird. Die Messgüte kann als hoch eingeschätzt werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Circa 20 % der Bevölkerung in Deutschland und weltweit erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression (<i>Kessler et al., 2010; Vos et al., 2016</i>). Auch die 12-Monats-Prävalenz ist bei Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland mit 8 bis 12 % hoch. Das Erkrankungsrisiko ist bei Frauen doppelt so groß wie bei Männern (<i>Bretschneider et al., 2017; Busch et al., 2013; Wittchen et al., 2010</i>). Die Behandlung der Mehrzahl der Patienten mit Depression erfolgt dabei im hausärztlichen Setting (<i>Freytag et al., 2016; Melchior et al., 2014</i>). In einer epidemiologischen Studie wurde eine Prävalenz von 10,9 % für depressive Erkrankungen in deutschen Hausarztpraxen ermittelt (<i>Wittchen & Pittrow, 2002</i>).
Praxisstudien und Evidenz	Basierend auf Routinedaten der Betriebskrankenkassen wurde im Faktencheck Depression der Bertelsmann Stiftung eine administrative Prävalenz von ca. 13 % ermittelt, wobei Frauen doppelt so häufig von einer Depressionsdiagnose betroffen sind wie Männer. Zwischen den Bundesländern schwankt die administrative Prävalenz erheblich und weist Werte zwischen 7 und 21 % auf (<i>Melchior et al., 2014</i>). Gleichzeitig sind die Krankheitskosten bei Patienten mit depressiver Erkrankung doppelt so hoch wie bei vergleichbaren Patienten ohne depressive Erkrankung (<i>Seelig & Katon, 2008</i>). Routinedatenanalysen von Daten der AOK kamen für 2012 auf eine Prävalenzrate von 12 % (<i>Gerste & Roick, 2016</i>).
Kosteneffektivität	Die Kosten der Analyse von Patienten mit Depression in einer Praxis sind als gering einzustufen. Die erhöhte Anzahl von zu behandelnden Patienten kann zunächst zu erhöhten Kosten für die Praxis bzw. das Gesundheitswesen führen. Die mittleren Gesamtbehandlungskosten für die GKV wurden in einer Studie aus dem Bezugsjahr 2003 auf 3.900 € beziffert (<i>Salize et al., 2004</i>). Davon entfielen ca. 2.000 € auf die spezifische Depressionsbehandlung mit einem Anteil von 43 % für den ambulanten Sektor. Die durch Depressionen verursachten indirekten Kosten, vor allem durch Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, übersteigen die direkten Kosten und wurden in einer amerikanischen Studie auf 69 % der Gesamtkosten beziffert (<i>Greenberg et al., 2003</i>). Positive Effekte auf die Kosten zeigten sich durch die

qualifizierte, leitlinienorientierte Behandlung der Depression (*Revicki, et al., 1998; Sanderson, et al., 2003*). Durch die systematische Erfassung ist eine höhere Qualität der Erkennung zu erwarten. Die resultierende adäquate Versorgung der Patienten kann zu einer Kostenreduzierung im Gesundheitswesen führen.

Indikatorsysteme	Ähnliche Qualitätsindikatoren zur Erfassung von Patienten mit Depression werden aufgeführt von: <ul style="list-style-type: none"> ■ General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF) 2019/20 (<i>National Health Service, 2019</i>) ■ RAND Health Program (<i>Kerr, et al., 2000</i>) ■ ACOVE Quality Indicators (<i>Wenger, et al., 2001</i>) ■ VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder (<i>Management of Major Depressive Disorder Working Group, 2016</i>)
Leitlinien	Das Erkennen depressiver Störungen und die korrekte Diagnosestellung werden in Kapitel 2.2.2 der Nationalen Versorgungsleitlinie thematisiert (<i>DGPPN et al., 2015</i>).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Die Punktprävalenz von Patienten mit Depression beträgt nach Untersuchungen in deutschen Hausarztpraxen 4 bis 11 %, u. a. in Abhängigkeit vom Diagnoseverfahren. Wurde bei einem Patienten die Depressionsdiagnose anhand ICD-10 vergeben, dann liegt die entsprechende Punktprävalenz bei 7 % (<i>Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; Jacobi et al., 2002</i>).
Interpretation	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit depressiver Episode an allen Patienten in einer Hausarztpraxis. Zu berücksichtigen ist, dass die Diagnose auch von anderen Fachärzten sowie Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten gestellt werden kann. Dieser Anteil kann aus mehreren Gründen, wie z. B. der Lage oder der medizinischen Ausrichtung der Praxis, verschieden hoch sein. Weitere Faktoren sind die Altersstruktur der Patienten einer Praxis, die Geschlechterverteilung und das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten. Darüber hinaus könnten stark abweichende Werte auf eine niedrige Diagnose- und Dokumentationsqualität hinweisen.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Ergebnisse können zum Vergleich in Hausarztpraxen, in Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch in KV-Bezirken genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte sollten diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Darüber hinaus kann der Fortbildungsbedarf identifiziert werden.
Mögl. Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Überprüfung der Dokumentationsqualität ■ Einführung einer strukturierten Diagnostik anhand der ICD-10-Kriterien <p>Es sollte evaluiert werden, inwieweit die Ergebnisse des Indikators den statistischen Erwartungen entsprechen. Bei unerwarteten Abweichungen können mögliche Ursachen dafür exploriert werden. Werden überproportional viele unentdeckte Patienten mit Depression vermutet, könnten Maßnahmen zum Gegensteuern dis-</p>

kutiert werden. Auf Ebene der einzelnen Praxis sollte die strukturiert durchgeführte Diagnostik nach den ICD-10-Kriterien angewendet werden. Das aktive Explorieren von Symptomen einer Depression sollte bei allen Patienten mit unspezifischen und wechselnden Beschwerden (z. B. Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden), die auch mit häufigen Arztwechseln einhergehen können, sowie bei Patienten aus Risikogruppen (z. B. frühere Depression, komorbide somatische Erkrankung, anamnestischer Substanzgebrauch (*DGPPN et al., 2015*)) erfolgen. In die Maßnahmen zur Identifikation von Patienten mit Depression kann das Praxisteam aktiv eingebunden werden.

Indikator 2: Screening auf Depression bei Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den Anteil der Patienten in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell mit den neu aufgetretenen Diagnosen Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom oder maligne Erkrankung, die ein Screening auf Depression innerhalb von zwölf Monaten nach Diagnosestellung erhalten haben.
Begründung	Der Indikator soll den Fokus der Hausärzte auf die zunehmende Bedeutung von Depression als modulierende Komorbidität von somatischen Erkrankungen lenken. Das Routinescreening auf Depression aller Patienten in einer Praxis bzw. einem Praxisnetz wird nicht empfohlen, da es zu viele Patienten mit einem falschen positiven Ergebnis verunsichert. Zudem gibt es für ein systematisches Screening aller Patienten laut IQWiG-Nutzenbewertung keine ausreichende Evidenz (<i>IQWiG, 2018</i>) und auch die Nationale Versorgungsleitlinie spricht sich gegen systematische Screenings aus (<i>DGPPN et al., 2015</i>). Dahingehend ist ein Screening auf Depression bei Patienten mit den folgenden Erkrankungen indiziert: Diabetes Mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom oder maligne Erkrankung. Das Screening kann hierbei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen. Bei dieser Patientengruppe kann eine frühzeitig erkannte und behandelte Depression als Komorbidität auch den Verlauf der genannten somatischen Ko-Erkrankungen positiv beeinflussen.
Zielstellung	Der Wert des Indikators soll möglichst hoch sein. Eine möglichst hohe Anzahl an Patienten, die an somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression leiden, sollte auf Depression untersucht werden.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten

Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der neu aufgetretenen Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) und des Screenings auf Depression in der Patientenakte. Für die einfache Extraktion der Dokumentation des Screenings ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Kodierungsziffer) festzulegen.
Ausblick	Das Screening aller Patienten in einer Praxis bzw. in einem Praxisnetz mit Diabetes mellitus, kardiovaskulärer bzw. zerebrovaskulärer Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronischem Schmerzsyndrom oder maligner Erkrankung auf Depression kann die Rate der erkannten Depressionen erhöhen. Eine frühzeitige Erkennung einer Depression mit entsprechendem Therapieangebot kann dabei einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben und eine Chronifizierung vermeiden. Eine leitliniengerechte Therapie der Depression verbessert auch die Versorgung der somatischen Ko-Erkrankungen. Der Indikator könnte im Hinblick auf die Anwendung eines validierten Screenings weiterentwickelt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit den neu aufgetretenen Diagnosen Diabetes mellitus (ICD-10: E 10-14), kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung (ICD-10: I 00-99), Demenz (ICD-10: F 00-03), Morbus Parkinson (ICD-10: G 20-22), chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F 45.41), maligne Erkrankung (ICD-10: C 00-97), die ein Screening auf Depression innerhalb von zwölf Monaten nach Diagnosestellung der somatischen Ko-Erkrankung erhalten haben}}{\text{Alle Patienten mit neu aufgetretenem Diabetes mellitus, kardiovaskulärer bzw. zerebrovaskulärer Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronischem Schmerzsyndrom, maligner Erkrankung}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit den neu aufgetretenen Diagnosen Diabetes mellitus (ICD-10: E 10-14), kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung (ICD-10: I 00-99), Demenz (ICD-10: F 00-03), Morbus Parkinson (ICD-10: G 20-22), chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F 45.41), maligne Erkrankung (ICD-10: C 00-97), die ein Screening auf Depression innerhalb von zwölf Monaten nach Diagnosestellung der somatischen Ko-Erkrankung erhalten haben
Nenner	Alle Patienten mit den neu aufgetretenen Diagnosen Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom, maligne Erkrankung
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Routinedokumentation und klinische Dokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Diagnosen Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom oder maligne Erkrankung werden in der Routinedokumentation in der Patientenakte erfasst. Für das Screening bei der Patientengruppe muss jedoch eine Kodierziffer festgelegt werden, weshalb die Praktikabilität des Indikators in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und den Erhebungsaufwand vorerst eingeschränkt ist. Die Messgüte kann dadurch eingeschränkt sein.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	<p>Patienten mit Diabetes mellitus, kardiovaskulärer bzw. zerebrovaskulärer Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronischem Schmerzsyndrom oder maligner Erkrankung weisen eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Komorbidität Depression auf (<i>Boetticher & Meyer, 2019; Härter, et al., 2007b; Katon, et al., 2003; Pouwer et al., 2010; Stoppe, et al., op. 2007</i>). Bei ca. 15 % der Patienten mit chronischer Herzkrankheit (Myokardinfarkt, KHK, Aortenklappenkrankheit) liegt auch eine Depression vor (<i>Jacobi, 2007</i>). Das Risiko für Patienten mit Diabetes mellitus für eine Depression ist ca. doppelt so hoch wie für Stoffwechselgesunde. In Studien zeigten sich Prävalenzen bis zu 30 % (<i>Anderson, et al., 2001; Boetticher & Meyer, 2019; Härter, et al., 2007a</i>).</p>
Praxisstudien und Evidenz	<p>Patienten mit Diabetes und Depression haben eine schlechtere Stoffwechsellage und häufiger Komplikationen (<i>Groot, et al., 2001; Lustman et al., 2000</i>). Gleichzeitig wird bei Patienten mit Diabetes mellitus nur in ca. 25 % eine komorbide Depression erkannt und behandelt (<i>Boetticher & Meyer, 2019</i>). Bei Patienten mit KHK verdoppelt sich das Mortalitätsrisiko innerhalb von zwei Jahren bei komorbid vorliegender Depression, selbst unabhängig von zuvor stattgehabtem Myokardinfarkt (<i>Boetticher & Meyer, 2019</i>). Das Screening kann zunächst gestuft anhand der zwei Fragen und ggf. eines validierten Fragebogens durchgeführt werden (Details im Abschnitt Diagnostik, Seite 17f.).</p>
Kosteneffektivität	<p>Die Kosten einer Analyse der Patienten mit Depression als Komorbidität sind als gering einzuschätzen, sofern die Screeningergebnisse in der Patientenakte dokumentiert sind. Durch die adäquate Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus, kardiovaskulärer bzw. zerebrovaskulärer Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronischem Schmerzsyndrom oder maligner Erkrankung und komorbider Depression ist zu erwarten, dass sich auch die Behandlungskosten der somatischen Ko-Erkrankungen reduzieren.</p>
Indikatorsysteme	<p>Ähnliche Qualitätsindikatoren zur Erfassung depressiver Erkrankungen bei Patienten mit Diabetes und/oder KHK sind im AQUIK-Indikatorenset 2013 (<i>AQUIK, 2014</i>) und im Indikatorenset der DGPPN (<i>Großimlinghaus et al., 2013</i>) enthalten.</p>

Leitlinien Der Indikator wurde in Anlehnung an die Empfehlung Nr. 2–3 der Nationalen Versorgungsleitlinie entwickelt und modifiziert, die ein Screening bei Hochrisikogruppen (z. B. bei komorbiden somatischen Erkrankungen) durch den Hausarzt mit dem Evidenzgrad B empfiehlt (DGPPN et al., 2015).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert Es liegen bisher keine Untersuchungen vor, bei wie vielen Patienten mit neu aufgetretenen Diagnosen Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom oder maligne Erkrankung ein Screening auf Depression in Hausarztpraxen durchgeführt wird.

Interpretation Mit diesem Indikator wird das gezielte Screening auf Depression bei bestimmten Erkrankungen in der Hausarztpraxis erfasst. Ist ein Screening bereits während einer stationären Behandlung bzw. bei mitbehandelnden Kollegen erfolgt, so ist dieses durch den Hausarzt nicht mehr erforderlich.

Einbindung in die QZ-Arbeit Die Ergebnisse können zum Vergleich innerhalb von Praxen, Arztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Im Qualitätszirkel könnten zudem Erfahrungen ausgetauscht werden, wie die Screening-Rate erhöht werden kann und wie man darüber mit Patienten gut ins Gespräch kommen kann. Auf Ebene der einzelnen Praxis könnten entsprechende Maßnahmen implementiert werden, die zur Erhöhung der Screening-Rate auf Depression bei Patienten mit Diabetes mellitus, kardiovaskulärer bzw. zerebrovaskulärer Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronischem Schmerzsyndrom oder maligner Erkrankung führen, wie auch Vorschläge, um die Behandlung von Patienten mit depressiver Erkrankung und komorbider somatischer Erkrankung zu verbessern.

**Mögl. Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes**

- Überprüfung und ggf. Verbesserung der Dokumentationsvollständigkeit
- Etablierung von Remindersystemen
- Überprüfung der eigenen Behandlungsstrategien bei Depression und Multimorbidität
- Verbesserung der Kooperation mit Fachärzten

Indikator 3: Suizidalitätsabklärung bei Patienten mit Depression

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patienten in der Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell mit depressiver Episode, bei denen initial die Suizidalität aktiv exploriert wurde.
Begründung	Depressionen sind mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität verbunden. Neben der klinischen Situation gehen auch bestimmte Versorgungsereignisse (z. B. Krankenhausentlassung, Veränderung der Therapie, kritische Lebensereignisse etc.) mit Suizidalität einher. Durch eine aktive Abklärung von Suizidalität können suizidale Patienten frühzeitig erkannt und geeignete Therapiemaßnahmen eingeleitet werden. Daher empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie, bei jedem Patienten mit einer depressiven Episode die Suizidalität bei jedem depressionsbezogenen Patientenkontakt klinisch einzuschätzen und gegebenenfalls zu explorieren. Da die Anlässe für einen Patientenkontakt im hausärztlichen Setting jedoch sehr vielfältig sind, wurde der Indikator auf die initiale Abklärung der Suizidalität beschränkt. Die Abklärung der Suizidalität sollte jedoch insbesondere bei kritischen Lebensereignissen auch im hausärztlichen Setting bedacht werden. Die vollständig durchgeführte Anamnese zur Depression beinhaltet die aktive Exploration der Suizidalität.
Zielstellung	Der Wert des Indikators soll möglichst hoch sein. Ziel ist eine hohe Rate an Patienten mit Depression, die auf Suizidalität untersucht werden, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder anderen Faktoren. Da bislang keine Referenzwerte für diesen Indikator vorliegen, wird kein spezifischer Zielwert vorgeschlagen.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) in der Patientenakte und Dokumentation der Suizidabklärung in der Patientenakte. Für die einfache Extraktion der Dokumentation der Suizidabklärung ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Kodierungsziffer) festzulegen.
Ausblick	Die systematische Erfassung von Suizidalität bei depressiven Patienten erhöht die Rate erkannter suizidaler Patienten. Der Indikator könnte im Hinblick auf ein validiertes Prozedere zur aktiven Exploration des Suizidrisikos weiterentwickelt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell

Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate, bei denen initial die Suizidalität erfragt und dokumentiert wurde}}{\text{Alle Patienten mit neu aufgetretener Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit neu aufgetretener Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate, bei denen initial die Suizidalität erfragt und dokumentiert wurde
Nenner	Alle Patienten mit neu aufgetretener Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Klinische Dokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Da die Abklärung von Suizidalität nicht routinemäßig erfolgt und erfasst wird, ist die Praktikabilität des Indikators in Bezug auf die Datenverfügbarkeit eingeschränkt. Für eine hohe Messgüte ist eine zusätzliche Dokumentation erforderlich. Durch die Einführung einer eigenen Kodierungsziffer für die Erfassung der Suizidalitätsabklärung kann die Durchführbarkeit des Indikators erhöht werden. Aufgrund der schwerwiegenden Konsequenzen für betroffene Patienten weist der Indikator eine hohe Relevanz auf.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Die erhöhte Mortalität von Patienten mit Depression beruht u. a. auf der Suizidalität. Das Risiko für suizidale Handlungen ist bei depressiven Patienten 30 mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung (<i>Harris & Barraclough, 1997</i>). Suizidgedanken zeigen sogar 60 bis 70 % der Patienten mit gegenwärtiger depressiver Episode (<i>DGPPN et al., 2015</i>).
Praxisstudien und Evidenz	Die Nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt, bei jedem Patienten mit einer depressiven Episode die Suizidalität bei jedem Patientenkontakt klinisch einzuschätzen und gegebenenfalls zu explorieren. Neben weiteren Risikofaktoren ist insbesondere in den ersten Wochen nach einer stationären Behandlung ein erhöhtes Suizidrisiko bei depressiv erkrankten Patienten zu beobachten. Darüber hinaus neigen Patienten mit komorbiden somatischen Symptomen, psychotischen Merkmalen, Substanzgebrauch, vorherigen Suizidversuchen oder mit einer familiären Vorbelastung häufiger zu suizidalen Handlungen (<i>Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; DGPPN et al., 2015</i>). Weitere Informationen zum Vorgehen bei der Suizidalitätsabklärung siehe Seite 19.

Kosteneffektivität	Durch die frühzeitige Abklärung der Suizidalität können Maßnahmen zur Suizidprävention eingeleitet werden. Außerdem ist eine strukturierte Erfassung von Suizidalität in der Hausarztpraxis zeitökonomischer als eine unstrukturierte Erfassung. Studien, die eine durch frühzeitige Suizidalitätsabklärung bewirkte Einsparung von Folgekosten belegen, sind nicht bekannt.
Indikatorsysteme	<p>Ähnliche Indikatoren werden in folgenden Systemen angegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ STAndards for Bipolar Excellence (STABLE) (<i>Brewster, 2008</i>) ■ DGPPN (<i>Großimlinghaus et al., 2013</i>) ■ VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder (<i>Management of Major Depressive Disorder Working Group, 2016</i>) ■ Disease-Management-Programm Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) Depression (<i>Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019</i>)
Leitlinien	Der Indikator wurde in Anlehnung an die Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie 2011 bzw. 2015 entwickelt und modifiziert. Die Nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt als klinischen Konsensuspunkt Nr. 2–5, dass bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung Suizidalität regelmäßig bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden sollte (<i>DGPPN et al., 2015</i>). Zudem wird insbesondere die Notwendigkeit der Exploration der Suizidalität im Rahmen der Erstdiagnostik betont. Entsprechend wurde der Indikator hier für neu aufgetretene Depressionen formuliert. Eine Erfassung der Suizidalität bei jedem hausärztlichen Kontakt erscheint aufgrund der verschiedenen Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis (z. B. Impfungen, Krankschreibungen) nicht praktikabel.
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	
Referenzwert	Es liegen bislang keine empirischen Referenzwerte vor.
Interpretation	Mit diesem Indikator wird die Häufigkeit der initialen Suizidalitätsabklärung bei Patienten mit Depression erfasst. Eine niedrige Rate des Indikators kann auf eine unvollständige Anamnese hindeuten.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Ergebnisse können zum internen Vergleich und zum Erfahrungsaustausch innerhalb von Hausarztpraxen, in Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch in KV-Bezirken genutzt werden. Der Indikator kann den Fortbildungsbedarf aufzeigen.
Mögl. Handlungs- konsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Überprüfung der Dokumentationsvollständigkeit ■ Verbesserung der Dokumentationsqualität ■ Einführung von diagnostischen Routinen zur Abklärung von Suizidalität ■ Besprechung von Fragen zur Abklärung des Suizidrisikos (<i>DGPPN et al., 2015, S. 41</i>) ■ Fortbildung der Hausärzte ■ Kooperation mit Fachärzten und Krisendiensten

Mögliche Gründe für das Nichterfragen von Suizidalität sollten erörtert werden. Verbesserungsvorschläge können erarbeitet, in die Arbeit integriert und überprüft werden.

Indikator 4: Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patienten mit Depression

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den Anteil der Patienten mit Depression, die in der Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell Informationen zu Symptomatik, Verlauf und Behandlung ihrer Depression (einschließlich Nebenwirkungen und Patientenselbstsorge) sowie zu Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen bzw. weiteren supportiven Angeboten erhalten haben.
Begründung	Die Aufklärung und Informationsvermittlung sind essenzielle Bestandteile der Behandlung von Patienten mit Depression. Sie verbessern die Therapieadhärenz und die Patientenaktivierung. Somit unterstützen sie die Genesung und Vorbeugung von Rückfällen. Die Aufklärung von Patienten mit Depression ist grundsätzlich eine Aufgabe des gesamten Praxisteam.
Zielstellung	Der Wert des Indikators sollte möglichst hoch ausfallen. Ziel ist eine hohe Anzahl von Patienten mit Depression, die Informationen zu ihrer Erkrankung einschließlich zu Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen bzw. weiteren supportiven Maßnahmen erhalten, um das Patienten-Empowerment und die Therapieadhärenz zu erhöhen. Da bislang keine empirischen Referenzwerte vorliegen, wird kein spezifischer Zielwert vorgeschlagen.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) und Dokumentation der Patientenaufklärung in der Patientenakte. Für die einfache Extraktion der Dokumentation der Patientenaufklärung und Informationsvermittlung ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Kodierungsziffer) festzulegen. Die Inhalte der Patientenaufklärung und Informationsvermittlung sind umfassend. Für die entsprechende Dokumentation wird eine Aggregation der Daten empfohlen.
Ausblick	Der Patient hat im Behandlungsprozess die Schlüsselposition inne und sollte über die verschiedenen Aspekte der Erkrankung und Behandlung ausreichend aufgeklärt werden. In die Aufklärung der Patienten und die Informationsvermittlung sollte das Praxisteam einbezogen werden. Die Konzepte für eine effiziente Aufklärung und Informationsvermittlung können in Zukunft weiterentwickelt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate, die über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt wurden sowie Informationen zu Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen bzw. weiteren supportiven Maßnahmen erhalten haben}}{\text{Alle Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate, die über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt wurden sowie Informationen zu Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen bzw. weiteren supportiven Maßnahmen erhalten haben
Nenner	Alle Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Klinische Dokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Da die Patientenaufklärung nicht vollständig routinemäßig erfasst wird, ist die Praktikabilität des Indikators in Bezug auf die Datenverfügbarkeit eingeschränkt. Für eine hohe Messgüte ist eine zusätzliche Dokumentation erforderlich. Durch die Einführung einer eigenen Kodierungsziffer kann die Durchführbarkeit des Indikators erhöht werden. Der Indikator ist evidenzbasiert, indem er auf einer Empfehlung der Stärke A der Nationalen Versorgungsleitlinie basiert.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Zur Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patienten mit Depression liegen keine belastbaren Daten vor.
Praxisstudien und Evidenz	Patienten gewinnen u. a. durch die Vermittlung eines adäquaten Krankheitsmodells, Psychoedukation, Informationen über die Behandlungsmaßnahmen, die Behandlungsdauer und den eigenen aktiven Einbezug in die medizinische Entscheidungsfindung ein verbessertes Verständnis über ihre Krankheit (<i>DGPPN et al., 2015</i>). Für die Beratung der Patienten im Rahmen der Psychoedukation liegen evidenzbasierte Patienteninformationen vor (<i>Härter et al., 2007</i>). Eine entsprechende Patienteninformation ist die Voraussetzung dafür, dass sich Patienten an der

therapeutischen Entscheidungsfindung im ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Gespräch beteiligen können. Eine detaillierte Auflistung über Inhalte der Patienteninformation findet sich auf Seite 20.

Kosteneffektivität	Eine adäquate Aufklärung von Patienten mit Depression verbessert die Adhärenz zu einer leitlinienorientierten Behandlung. Positive Effekte hinsichtlich der Kosteneffektivität bei qualifizierter, leitlinienorientierter Behandlung sind zu erwarten (<i>Revicki et al., 1998; Sanderson et al., 2003</i>). Durch die Vermittlung von Informationen zu Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen bzw. weiteren supportiven Maßnahmen ist zu erwarten, dass mehr Patienten diese Angebote wahrnehmen. Durch mehr Patienten-Empowerment und eine höhere Therapieadhärenz sollten Krankheitslast und Behandlungskosten sinken.
Indikatorsysteme	Der Indikator findet bisher in keinem anderen Indikatorsystem Verwendung.
Leitlinien	Der Indikator wurde auf Basis der Empfehlung Nr. 3–2 der Nationalen Versorgungsleitlinie entwickelt und modifiziert. Diese empfiehlt mit dem Stärkegrad A, dass Patienten und Angehörigen unter anderem über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert werden sollen (<i>DGPPN et al., 2015</i>).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Es liegen bislang keine empirischen Referenzwerte vor.
Interpretation	Der Indikator gibt Hinweise auf die umfassende Behandlungsqualität in den Arztpraxen bzw. Arztnetzen. Eine niedrige Anzahl an Patienten, bei denen eine Aufklärung über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression sowie Informationsvermittlung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen erfolgte, ist ein Hinweis auf ein verbesserungsbedürftiges Beratungsangebot.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Ergebnisse dieses Indikators können innerhalb einer Hausarztpraxis ausgewertet werden. Im Vergleich mit anderen Praxen können Gründe für eine unvollständige Rate an aufgeklärten Patienten diskutiert, Erfahrungen ausgetauscht und Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden. Grundlage der Patientenaufklärung sind ausreichendes Fachwissen und Gesprächskompetenz. Diese Aspekte können in Qualitätszirkeln aufgegriffen werden.
Mögl. Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Dokumentationsqualität ■ Erarbeitung eines strukturierten Beratungsmoduls ■ Fortbildung der Hausärzte ■ Einbindung des Praxisteam in die Aufklärung von Patienten ■ Verbesserung der Kooperationsbeziehungen zu anderen Akteuren (z. B. Selbsthilfe)

Indikator 5: Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde

I Beschreibung

Aussage	Der Indikator gibt den Anteil der Patienten, für die ein Schweregrad der Depression bestimmt wurde, an allen zu versorgenden Patienten mit Depression in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell an.
Begründung	Die Behandlung einer depressiven Störung ist auf die Linderung der depressiven Symptome ausgerichtet. Neben klinischen Faktoren, wie dem Krankheitsverlauf und der Patientenpräferenz, empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie in Abhängigkeit vom Schweregrad der depressiven Episode unterschiedliche Behandlungsalternativen (siehe Seite 21f.). Somit stellt die Schweregradbestimmung eine Voraussetzung für eine leitliniengerechte Behandlung depressiver Störungen dar. Die Schweregradbestimmung kann dabei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten erfolgen.
Zielstellung	Der Wert des Indikators soll möglichst hoch sein. Bei möglichst vielen Patienten mit Depression soll der Schweregrad bestimmt werden.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der Diagnosen F 32* und F33* (ohne Dysthymie (F34.1)) inklusive Kodierung des Schweregrades (ICD-10: F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 32.3, F 33.0, F 33.1, F 33.2, F 33.3) in der Patientenakte
Ausblick	Eine systematische Erfassung des Schweregrades von Patienten mit Depression in einer Hausarztpraxis kann perspektivisch zu einer symptomspezifischeren Depressionsbehandlung beitragen, die die Behandlungsempfehlungen je nach Schweregrad der Depression berücksichtigt. Der Indikator könnte weiterentwickelt werden, indem Referenzwerte für die Anteile an Patienten mit den verschiedenen Schweregraden ermittelt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit einer Diagnose einer Depression mit Schweregradbestimmung (ICD-10: F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 32.3, F 33.0, F 33.1, F 33.2, F 33.3) innerhalb der letzten zwölf Monate}}{\text{Anzahl der Patienten mit einer Diagnose einer Depression (ICD-10: F 32*, F 33*) innerhalb der letzten zwölf Monate}}$

Zähler	Anzahl der Patienten mit einer Diagnose einer Depression mit Schweregradbestimmung (ICD-10: F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 32.3, F 33.0, F 33.1, F 33.2, F 33.3) innerhalb der letzten zwölf Monate
Nenner	Anzahl der Patienten mit einer Diagnose einer Depression (ICD-10: F 32*, F 33*) innerhalb der letzten zwölf Monate
Ausschlusskriterien	Patienten mit Dysthymie (F 34.1), da hier keine Schweregradeinteilung möglich ist (DGPPN et al., 2015)
Datenquelle	Routinedokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Praktikabilität des Indikators wird als hoch eingeschätzt, da die Datenverfügbarkeit bei konsequenter Dokumentation hoch ist und der Erhebungsaufwand als gering eingeschätzt wird. Die systematische Erfassung des Schweregrades einer Depression bildet eine Basis für die leitliniengerechte Behandlung von Patienten mit Depression sowie für die Beurteilung weiterer Qualitätsindikatoren, weshalb der Indikator als relevant eingestuft wird. Die Messgüte kann als hoch eingeschätzt werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	In Routinedatenanalysen lag der Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen im ambulanten Bereich bei etwa zwei Drittel (Freytag et al., 2016) bzw. der Hälfte (Melchior et al., 2014). 80 % aller unspezifischen Depressionsdiagnosen wurden dabei ausschließlich oder unter Beteiligung von Hausärzten gestellt (Melchior et al., 2014).
Praxisstudien und Evidenz	Die Bestimmung des Schweregrades bei Patienten mit Depression ist aus mehreren Gründen klinisch bedeutsam. Zum einen sind je nach Schweregrad unterschiedliche Therapieoptionen für einen möglichst effektiven Behandlungsverlauf indiziert (siehe Seite 21f.) (DGPPN et al., 2015). Zum anderen deuten Studien darauf hin, dass anhand des Schweregrades der Verlauf der Krankheit, das Rückfallrisiko und das Suizidrisiko teilweise vorhergesagt werden können. Das ICD-10 gilt zur Schweregradeinteilung als klinisch nützlich Instrument (Kessing, 2004). Die Wahl der geeigneten Behandlungsalternative und der weitere Krankheits- und Behandlungsverlauf orientieren sich daher an dem Schweregrad einer Depression.
Kosteneffektivität	Die Kosten für die Bestimmung des Schweregrades einer Depression sind als gering einzuschätzen. Perspektivisch kann eine schweregradspezifischere Behandlung oder Überweisung von Patienten zu einer schnelleren Anwendung einer adäquaten Therapie und größerem Therapieerfolg führen. Positive Kosteneffekte zeigten sich durch die qualifizierte, leitlinienorientierte Behandlung der Depression

(Revicki et al., 1998; Sanderson et al., 2003), sodass eine bedarfsgerechte adäquate Versorgung der Patienten zu einer Kostenreduktion führen kann.

Indikatorsysteme

Ähnliche Indikatoren werden in folgenden Systemen angegeben:

- Bericht der Arbeitsgruppe Ambulante Qualitätsindikatoren (Schang)
- Quality and Outcomes Framework (QOF) (National Health Service, 2018)
- AQUIK-Indikatorenset 2013 (AQUIK, 2014)
- DGPPN (Großimlinghaus et al., 2013)

Leitlinien

Der Indikator wurde auf Basis der Empfehlung Nr. 2–4 der Nationalen Versorgungsleitlinie entwickelt und modifiziert. Diese rät mit dem Empfehlungsgrad B zu einer Diagnose einer depressiven Störung durch eine direkte und vollständige Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome und damit des Schweregrades (DGPPN et al., 2015).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit**Referenzwert**

In den Jahren 2013/2014 lag gemäß einer Routinedatenanalyse der Anteil spezifischer Depressionsdiagnosen im ambulanten Bereich bei 32 % (Freytag et al., 2016).

Interpretation

Mit diesem Indikator wird die Häufigkeit der Schweregradbestimmung von Depressionen bei Patienten mit Depression erfasst. Eine niedrige Rate des Indikators kann für eine mangelnde Dokumentationsqualität und/oder eine geringe Diagnosequalität sprechen. Zu berücksichtigen ist, dass die Schweregradbestimmung auch von anderen Fachärzten sowie Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten vergeben worden sein kann.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Die Ergebnisse können zum Vergleich in Hausarztpraxen, in Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch in KV-Bezirken genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte sollten diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Darüber hinaus können Verbesserungsvorschläge, z. B. für eine schweregradspezifische Diagnose, erarbeitet und eingeführt werden, um die Schweregradbestimmung bei Patienten mit depressiver Erkrankung zu erleichtern. Der Indikator kann zudem einen Fortbildungsbedarf aufzeigen.

Mögl. Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

- Überprüfung und Verbesserung der Dokumentationsgenauigkeit (Schweregradbestimmung)
- Einführung einer strukturierten Diagnostik anhand der ICD-10-Kriterien
- Fortbildung der Hausärzte
- Abgleich mit „fachspezifischer“ Schweregradbestimmung
- Überprüfung der eigenen Behandlungsstrategien bei Patienten mit Depression basierend auf dem Schweregrad der Depression

Auf Ebene der einzelnen Praxis sollte die strukturiert durchgeführte Diagnostik nach den ICD-10-Kriterien mit endständiger Kodierung angewendet werden. Es sollten Maßnahmen implementiert werden, die zur Erhöhung der Rate von Patienten mit Schweregradbestimmung führen.

Indikator 6: Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patienten mit anhaltender neu aufgetretener depressiver Episode in der Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell, bei denen innerhalb eines definierten Zeitraumes keine depressionsspezifische Therapie eingeleitet wurde. Er soll auf eine schlechte Versorgung aufmerksam machen, die vermieden werden soll („avoiding poor control“).
Begründung	Ein frühzeitiger Therapiebeginn und eine Therapieumstellung bei fehlender Besserung wirken sich positiv auf die Prognose aus. Das Ausbleiben oder die starke Verzögerung einer spezifischen Versorgung ist mit einem schlechteren Krankheitsverlauf und letztlich höheren Kosten (Krankheitstage, stationäre Aufenthalte) verbunden. Es ist hausärztliche Aufgabe, dazu beizutragen, die Zahl der unterversorgten Patienten zu reduzieren.
Zielstellung	Mit diesem Indikator soll ermöglicht werden, Patienten zu identifizieren, die trotz anhaltender Depression keine depressionsspezifische Therapie erhalten und somit als unterversorgt gelten. Der Wert des Indikators sollte möglichst niedrig sein.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33*) in der Patientenakte
Ausblick	Mit der Anwendung des Indikators kann die Anzahl an Patienten mit anhaltender depressiver Episode, die keine leitliniengerechte Therapie erhalten, gesenkt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt 24 Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	<p>Alle Patienten mit neu aufgetretener depressiver Episode (ICD-10: F 32*, F 33*) mit innerhalb von 24 Monaten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen dokumentierter Diagnose, bei denen keine Therapie (Medikation, Überweisung zur ambulanten Psychotherapie bzw. anderweitigen fachspezifischen Mitbehandlung) eingeleitet wurde</p> <hr/> <p>Alle Patienten mit neu aufgetretener depressiver Episode (ICD-10: F 32*, F 33*) mit innerhalb von 24 Monaten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen dokumentierter Diagnose Depression</p>

Zähler	Alle Patienten mit neu aufgetretener depressiver Episode (ICD-10: F 32*, F 33*) mit innerhalb von 24 Monaten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen dokumentierter Diagnose, bei denen keine Therapie (Medikation [ATC-Codes siehe Indikator 7], Überweisung zur ambulanten Psychotherapie bzw. anderweitigen fachspezifischen Mitbehandlung) eingeleitet wurde
Nenner	Alle Patienten mit neu aufgetretener depressiver Episode (ICD-10: F 32*, F 33*) mit innerhalb von 24 Monaten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen dokumentierter Diagnose Depression
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Routinedokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Praktikabilität des Indikators wird als hoch eingeschätzt. Die Daten werden routinemäßig erfasst und können durch die Dokumentation in der Patientenakte extrahiert werden. Die Messgüte des Indikators kann aufgrund einer möglichen heterogenen Kodierqualität der Hausärzte eingeschränkt sein (z. B. eine fortlaufende Diagnosekodierung einer depressiven Erkrankung bei nicht mehr bestehender Erkrankung).

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Gemäß Routinedatenanalysen (<i>Freytag et al., 2016</i>) wurden mehr als 50 % der ausschließlich hausärztlich versorgten Patienten weder mit Antidepressiva noch mit Psychotherapie versorgt.
Praxisstudien und Evidenz	Die Behandlung der Mehrzahl der Patienten mit Depression erfolgt im hausärztlichen Setting (<i>Fernández et al., 2007</i>). Als Behandlungsoptionen im hausärztlichen Bereich stehen vor allem die aktiv abwartende Begleitung, die Pharmakotherapie und die Psychotherapie zur Verfügung. Ein frühzeitiger Therapiebeginn und eine Therapieumstellung bei ausbleibender Besserung bessert das Outcome bzw. vermindert das Risiko einer Chronifizierung und ist Empfehlung der Nationalen Versorgungsleitlinie (<i>DGPPN et al., 2015</i>).
Kosteneffektivität	Zur Kosteneffektivität kann keine belastbare Aussage getroffen werden.
Indikatorsysteme	Ein ähnlicher Indikator wird in der Disease-Management-Programm Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) Depression (<i>Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019</i>) vorgeschlagen.
Leitlinien	Die Nationale Versorgungsleitlinie (<i>DGPPN et al., 2015</i>) empfiehlt eine spezifische Behandlung auch bei leichter Depression nach spätestens zwei Wochen abwarten der Begleitung bei anhaltender oder verschlechterter Symptomatik.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	<p>Unter Berücksichtigung der psychosomatischen Grundversorgung bleiben im hausärztlichen Bereich etwa 20 % der Patienten mit Depression ohne jegliche spezifische Therapie. Dieser Anteil an Patienten mit Depression ohne depressionsspezifische Therapie im hausärztlichen Bereich liegt dabei deutlich höher als der Wert von 13,6 %, der den Anteil dieser Patienten unabhängig vom Behandler abbildet (Freytag et al., 2016). Gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie beinhaltet der Indikator die psychosomatische Grundversorgung jedoch nicht. Unter Ausschluss der psychosomatischen Grundversorgung ist der Anteil an Patienten mit Depression ohne spezifische Therapie daher deutlich höher zu vermuten.</p>
Interpretation	<p>Patienten, die über einen längeren Zeitraum die Diagnose einer Depression haben und keine spezifische Therapie erhalten, sind als unterversorgt hinsichtlich der Behandlung ihrer depressiven Erkrankung anzusehen. Limitationen des Indikators sind:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Eine mögliche heterogene Kodierqualität in den Hausarztpraxen, z. B. eine fortlaufende Diagnosekodierung einer depressiven Erkrankung bei nicht mehr bestehender Erkrankung■ Es werden nur Patienten mit gesicherter Diagnose eingeschlossen.■ Das Ablehnen einer Behandlung durch den Patienten muss separat erfasst werden.■ Bestimmte Situationen, die eine Psychotherapie oder Pharmakotherapie unmöglich machen können (z. B. Demenz, schwerer Alkoholismus), werden in diesem Indikator nicht berücksichtigt.
Einbindung in die QZ-Arbeit	<p>Die Ergebnisse können zum Vergleich genutzt werden. Gründe für nicht oder zu spät eingeleitete depressionsspezifische Therapiemaßnahmen können diskutiert und in der weiteren Arbeit berücksichtigt werden. Darüber hinaus kann ein Fortbildungsbedarf identifiziert werden.</p>
Mögl. Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes	<ul style="list-style-type: none">■ Überprüfung der Dokumentationsqualität■ Fortbildung der Hausärzte■ Überprüfung der Behandlungsintensität■ Verbesserung der Kooperation mit Fachärzten (z. B. Psychiatern) und Ärztlichen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten

Indikator 7: Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patienten mit mittelgradiger Depression in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder Psychotherapie angeboten wurde.
Begründung	Die antidepressive Pharmakotherapie und die Psychotherapie stellen bei Patienten mit mittelgradiger Depression gleichwertige Therapieoptionen dar, die zwischen Arzt und Patient im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung besprochen werden sollen. Für das hausärztliche Setting ist auch schon das Angebot von Bedeutung, unabhängig vom tatsächlichen Starttermin der Therapie, der unterschiedlichen Limitationen unterliegen kann (siehe Interpretation). Das Therapieangebot kann dabei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten erfolgen.
Zielstellung	Der Zielwert des Indikators soll möglichst hoch sein. Möglichst vielen Patienten mit einer mittelgradigen Depression sollte entweder eine Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten werden. Auf einen spezifischen Zielwert wurde aufgrund fehlender empirischer Belege verzichtet.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) inklusive des Schweregrades der Depression und Verordnungen in der Patientenakte. Für die einfache Extraktion der Dokumentation der Empfehlung einer Psychotherapie ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Kodierungsziffer) festzulegen. Die optimale Versorgung für diese Patientengruppe erfordert eine gute Kooperation der beteiligten Ärzte bzw. Psychotherapeuten. Hausärzte haben hier eine besondere koordinierende Funktion.
Ausblick	Mit der Anwendung des Indikators kann die Anzahl an Patienten mit mittelgradiger depressiver Episode, die keine leitliniengerechte Therapie erhalten, gesenkt werden. Der Indikator könnte bezüglich der Kriterien zur Abwägung und Entscheidung zwischen antidepressiver Pharmakotherapie und Psychotherapie weiter spezifiziert werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit mittelgradiger Depression (ICD-10: F 32.1, F 33.1), denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde}}{\text{Alle Patienten mit mittelgradiger Depression (ICD-10: F 32.1, F 33.1)}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit mittelgradiger Depression (ICD-10: F 32.1, F 33.1), denen eine antidepressive Pharmakotherapie (No6AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer; No6AB Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; No6AF Monoaminoxidasehemmer, nichtselektiv; No6AG Monoaminoxidase-A-Hemmer; No6AX andere Antidepressiva; No5ANo1 Lithium) oder eine Psychotherapie angeboten wurde
Nenner	Alle Patienten mit mittelgradiger Depression (ICD-10: F 32.1, F 33.1)
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Routinedokumentation und klinische Dokumentation in der Patientenakte, Abrechnungsdaten der Kostenträger

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Auswertung des Indikators erfordert eine zusätzliche Kodierungsziffer für die ausgesprochene Empfehlung einer Pharmako- oder Psychotherapie. Die Praktikabilität des Indikators ist dadurch in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und den Erhebungsaufwand vorerst eingeschränkt. Die Messgüte des Indikators kann hierdurch eingeschränkt sein. Der Indikator kann in Näherung durch bereits vorliegende Routinedaten bestimmt werden, in denen die Inanspruchnahme von Psycho- und Pharmakotherapie erfasst wird. Diese Erfassung berücksichtigt dann jedoch nicht, dass eine angebotene Therapie auf Wunsch des Patienten nicht in Anspruch genommen wurde.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Unter den spezifischen Depressionsdiagnosen werden die mittelschweren Depressionsdiagnosen am häufigsten vergeben (<i>Melchior et al., 2014</i>).
Praxisstudien und Evidenz	Bei mittelgradiger Depression ist die Wirksamkeit einer Psychotherapie und einer Pharmakotherapie vergleichbar. Daher wird bei mittlerem Schweregrad entweder eine Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie als Therapie erster Wahl empfohlen. Eine Kombinationsbehandlung von Pharmakotherapie und Psychotherapie

zeigt bezüglich der Wirksamkeit bei mittelgradiger Depression keine Überlegenheit (DGPPN et al., 2015). Gemäß Routinedatenanalysen erhalten innerhalb der ersten zwei Jahre nach einer Erkrankung etwa 50 % der ambulant versorgten, mittelgradig depressiven Patienten ein Antidepressivum, weitere 14 % der Patienten nahmen mindestens eine probatorische Sitzung oder eine Psychotherapie in Anspruch (Freytag et al., 2016).

Kosteneffektivität	Untersuchungen zur Kosteneffektivität liegen nicht vor. Patienten mit mittelgradiger depressiver Episode, die eine adäquate Therapie verordnet bekommen (eine Psychotherapie oder antidepressive Pharmakotherapie), könnten von einer verkürzten Krankheitsdauer und verminderten Symptomatik profitieren. Positive Effekte hinsichtlich der Kosteneffektivität bei qualifizierter, leitlinienorientierter Behandlung sind zu erwarten (Revicki et al., 1998; Sanderson et al., 2003).
Indikatorsysteme	Ähnliche Indikatoren werden aufgeführt von: <ul style="list-style-type: none"> ■ DGPPN (Großimlinghaus et al., 2013) ■ Disease-Management-Programm Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) Depression (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019)
Leitlinien	Der Indikator wurde in Anlehnung an die Empfehlung Nr. 3–43 der Nationalen Versorgungsleitlinie entwickelt und modifiziert (DGPPN et al., 2015). Diese empfiehlt mit dem Stärkegrad A, dass bei ambulanten Patienten bei akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer Pharmakotherapie angeboten werden soll, wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird. Des Weiteren bezieht sich der Indikator auf die Empfehlung Nr. 3–10 der Nationalen Versorgungsleitlinie, die mit dem Stärkegrad A empfiehlt, dass bei einer mittelgradigen akuten depressiven Episode eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden soll (DGPPN et al., 2015).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Für den Indikator liegen bislang keine empirischen Referenzwerte vor.
Interpretation	Der Indikator gibt Hinweise auf den Umfang der Therapieplanung bei Patienten mit mittelgradiger depressiver Episode. Niedrige Werte des Indikators können auch ein Hinweis auf ein unzureichendes Behandlungsangebot sein. Ein weiterer Grund für niedrige Werte kann eine fehlende Dokumentation sein. Die Ergebnisse können verzerrt sein, wenn die Mehrzahl der Depressionsdiagnosen keine Kodierung des Schweregrades (siehe Indikator 5) der Depression beinhaltet. Bezüglich des Angebots zur Psychotherapie ist für die Interpretation des Indikators limitierend zu berücksichtigen, dass Patienten bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben können und eine neue nicht indiziert ist oder der Patient eine Psychotherapie ablehnt.

Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Erfassung des prozentualen Anteils der Patienten, denen entweder eine Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde, anhand dieses Indikators ermöglicht einen Soll-Ist-Vergleich für die Hausarztpraxen, Arztnetze, Qualitätszirkel oder auch KV-Bezirke, in denen der Indikator angewendet wird. Begründungen, warum keine der beiden Therapieoptionen verordnet wurde, sollten dokumentiert und nachvollziehbar sein. Diese können in Qualitätszirkeln bzw. einrichtungsinternen Besprechungen diskutiert werden.
Mögl. Handlungs- konsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Dokumentationsqualität ■ Überprüfung der angewandten Therapien bei mittelgradiger Depression ■ Verbesserung der Kooperation mit Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten

Indikator 8: Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie angeboten wurde

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den Anteil der Patienten mit schwergradiger depressiver Episode in der Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell, für die dokumentiert ist, dass ihnen eine Kombinationsbehandlung, bestehend aus antidepressiver Pharmakotherapie und Psychotherapie, angeboten wurde.
Begründung	<p>Patienten mit schwerer depressiver Episode stellen aufgrund des komplexen Versorgungsbedarfs besondere Herausforderungen an die beteiligten Akteure der medizinischen Versorgung. Aufgrund der hohen Symptombelastung für die Patienten, der erhöhten Suizidgefahr und der entstehenden Kosten (u. a. durch Krankheitstage, Krankenhausaufenthalte) besteht ein erhöhter Handlungsbedarf. Die optimale Versorgung für diese Patientengruppe erfordert Interdisziplinarität und eine gute Kooperation auch der beteiligten Ärzte. Hausärzte haben hier häufig als erste Anlaufstelle eine besondere koordinierende Funktion. Aufgrund der erhöhten Wirksamkeit im Vergleich zu einer Monotherapie in dieser Patientengruppe sollen Menschen mit schwergradiger depressiver Episode eine Kombinationstherapie bestehend aus Pharmako- und Psychotherapie empfohlen bekommen. Für das hausärztliche Setting ist auch schon das Angebot von Bedeutung, unabhängig vom tatsächlichen Starttermin der Therapie, der unterschiedlichen Limitationen unterliegen kann (siehe Interpretation). Das Therapieangebot kann dabei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten erfolgen.</p>
Zielstellung	Der Wert des Indikators sollte möglichst hoch ausfallen. Möglichst vielen Patienten mit schwergradiger depressiver Episode sollte eine Kombinationsbehandlung mit antidepressiver Pharmakotherapie und Psychotherapie angeboten werden.

Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Eine vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33*) inklusive der Schweregradeinteilung in der Patientenakte und die Dokumentation der Empfehlung einer Kombinationstherapie in der Patientenakte sind erforderlich. Für die einfache Extraktion der Dokumentation der Empfehlung einer Kombinationsbehandlung ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Kodierungsziffer) festzulegen.
Ausblick	Mit der Anwendung des Indikators kann die Anzahl an Patienten mit schwerer depressiver Episode, die keine leitliniengerechte Therapie erhalten, gesenkt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit schwerer depressiver Episode (ICD-10: F 32.2 und F 33.2) innerhalb von zwölf Monaten, für die dokumentiert ist, dass ihnen eine Kombinationsbehandlung mit antidepressiver Pharmakotherapie und Psychotherapie angeboten wurde}}{\text{Anzahl der Patienten mit schwerer depressiver Episode (ICD-10: F 32.2 und F 33.2) innerhalb von zwölf Monaten}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit schwerer depressiver Episode (ICD-10: F 32.2 und F 33.2) innerhalb von zwölf Monaten, für die dokumentiert ist, dass ihnen eine Kombinationsbehandlung mit antidepressiver Pharmakotherapie [ATC-Codes siehe Indikator 7] und Psychotherapie angeboten wurde.
Nenner	Anzahl der Patienten mit schwerer depressiver Episode (ICD-10: F 32.2 und F 33.2) innerhalb von zwölf Monaten
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Routinedokumentation, klinische Dokumentation und Patientenakte, Abrechnungsdaten der Kostenträger

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Auswertung des Indikators erfordert eine zusätzliche Kodierungsziffer für die ausgesprochene Empfehlung einer Kombinationsbehandlung. Die Praktikabilität des Indikators ist dadurch in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und den Erhebungsaufwand vorerst eingeschränkt. Die Messgüte kann hierdurch eingeschränkt sein. Allerdings kann der Indikator näherungsweise durch die Inanspruchnahme

der Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Pharmakotherapie gut erfasst werden, da diese Daten routinemäßig dokumentiert werden und daher gut verfügbar sind.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Unter den spezifischen Depressionsdiagnosen werden schwere Depressionsdiagnosen nach den mittelgradigen am zweithäufigsten vergeben (<i>Melchior et al., 2014</i>).
Praxisstudien und Evidenz	Für die Kombinationstherapie bei Patienten mit schwerer depressiver Episode konnten signifikante additive Effekte gegenüber einer alleinigen Pharmakotherapie und gegenüber einer alleinigen Psychotherapie nachgewiesen werden (<i>Hollon et al., 2014; Schramm et al., 2007; Thase, 1997</i>). Demgegenüber zeigten entsprechende Studien bei leicht- bis mittelgradiger depressiver Episode keine klaren Überlegenheitseffekte einer Kombinationstherapie (<i>DGPPN et al., 2015</i>). In einer Routinedatenanalyse wurde darauf hingewiesen, dass nur ca. ein Viertel (26 %) der Patienten mit schwerer depressiver Episode eine leitliniengerechte (Kombinations-)Behandlung erhielt. Der Großteil der schwer depressiven Patienten (ca. 47 %) wurde ausschließlich mit Antidepressiva behandelt (<i>Melchior et al., 2014</i>).
Kosteneffektivität	Untersuchungen zur Kosteneffektivität liegen nicht vor. Patienten, die eine Kombinationstherapie in Anspruch nehmen, können von einer verkürzten Krankheitsdauer und verminderter Symptomatik profitieren. Positive Effekte hinsichtlich der Kosteneffektivität bei qualifizierter, leitlinienorientierter Behandlung sind zu erwarten (<i>Revicki et al., 1998; Sanderson et al., 2003</i>).
Indikatorsysteme	Ähnliche Indikatoren werden in folgenden Systemen angegeben: <ul style="list-style-type: none"> ■ DGPPN (<i>Großimlinghaus et al., 2013</i>) ■ VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder (<i>Management of Major Depressive Disorder Working Group, 2016</i>) ■ Disease-Management-Programm Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) Depression (<i>Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019</i>)
Leitlinien	Der Indikator beruht auf der Empfehlung Nr. 3–11 mit dem Empfehlungsgrad A der Nationalen Versorgungsleitlinie, die zu einer Kombinationsbehandlung von medikamentöser Therapie und Psychotherapie bei akuten schweren depressiven Episoden rät (<i>DGPPN et al., 2015</i>).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	In einer Routinedatenanalyse erhielten ca. 26 % der Patienten mit schwergradiger Depression eine Kombinationstherapie (<i>Freytag et al., 2016</i>).
Interpretation	Der Indikator gibt Hinweise auf den Umfang der Therapieplanung bei Patienten mit einer schweren depressiven Episode. Niedrige Werte des Indikators können ein Hinweis auf ein unzureichendes Behandlungsangebot sein. Ein weiterer Grund

für niedrige Werte kann eine fehlende Dokumentation sein. Die Ergebnisse können verzerrt sein, wenn die Mehrzahl der Depressionsdiagnosen keine Kodierung des Schweregrades (siehe Indikator 5) der Depression beinhaltet oder nicht ICD-10-konform kodiert wird. Bei der Interpretation des Indikators ist zu berücksichtigen, dass Patienten bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben können und keine Indikation für eine erneute Psychotherapie besteht oder Patienten die Therapie ablehnen.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Die Erfassung des prozentualen Anteils der Patienten denen eine Kombinationstherapie empfohlen wurde, anhand dieses Indikators ermöglicht bei ICD-10-konformer Kodierung einen Soll-Ist-Vergleich für die Hausarztpraxen, Arztnetze, Qualitätszirkel oder auch KV-Bezirke, in denen der Indikator angewendet wird. Begründungen, warum keine Kombinationstherapie angeboten wurde, sollten dokumentiert und nachvollziehbar sein. Diese können in Qualitätszirkeln bzw. einrichtungsinternen Besprechungen diskutiert werden.

**Mögl. Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes**

- Verbesserung der Dokumentationsqualität
- Umsetzung der Leitlinienempfehlung
- Verbesserung der Kooperation mit Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten
- Überprüfung der Notwendigkeit der Überweisung an einen Facharzt (z. B. Psychiater)

Indikator 9: Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission bei Patienten mit Depression

I Beschreibung

Aussage

Mit diesem Indikator soll beschrieben werden, ob Patienten mit Depression und neu begonnener antidepressiver Pharmakotherapie eine ausreichend lange antidepressive Pharmakotherapie erhalten haben.

Begründung

Antidepressiva sollen mindestens vier bis neun Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Risiko eines Rückfalls erheblich vermindern lässt. In dieser Erhaltungsphase soll die gleiche Dosierung wie in der Akutphase fortgeführt werden. Der Hausarzt ist auch für die Exploration der Effekte der durch ihn oder andere initiierten Pharmakotherapie verantwortlich. Mit einer regelmäßigen Verlaufsbeobachtung kann der Remissionszeitpunkt erfasst werden. Die Verordnung der Medikation kann hierbei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen.

Zielstellung

Der Wert des Indikators sollte möglichst hoch ausfallen. Ziel ist ein möglichst hoher Anteil an Patienten mit Remissionserhaltung mittels fortgesetzter antidepressiver Pharmakotherapie nach erfolgreicher Akutbehandlung.

Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Es ist eine vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33*, F34.1), der verordneten Medikation und der empfohlenen Therapiedauer erforderlich. Weiterhin müssen regelmäßige Verlaufskontrollen erfolgen und dokumentiert (ggf. durch eine eigene Kodierungsziffer) sein, um den Zeitpunkt der Remission zu erfassen.
Ausblick	Die Anwendung des Indikators soll helfen, die Behandlungsqualität zu verbessern. Durch die erforderlichen Verlaufskontrollen und Überprüfung der Mindesteinahmezeit der Erhaltungstherapie können die Leitlinienempfehlungen flächendeckend implementiert werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt 24 Monate (inkl. einer ausreichenden Nachbeobachtungszeit).
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33*) innerhalb von 24 Monaten in einer Hausarztpraxis mit antidepressiver Pharmakotherapie und erreichter Remission, die ihre Medikation über mindestens vier weitere Monate erhalten}}{\text{Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33*) innerhalb von 24 Monaten in einer Hausarztpraxis mit antidepressiver Pharmakotherapie und erreichter Remission}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33*) und antidepressiver Pharmakotherapie [ATC-Codes siehe Indikator 7] innerhalb von 24 Monaten und erreichter Remission, die die ihre Medikation über mindestens vier weitere Monate erhalten
Nenner	Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33*) innerhalb von 24 Monaten in einer Hausarztpraxis mit antidepressiver Pharmakotherapie und erreichter Remission
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Routinedokumentation und klinische Dokumentation in der Patientenakte, Abrechnungsdaten der Kostenträger

III Anmerkungen zur Messgüte

Zur Bestimmung der angemessenen Dauer ist eine Dokumentation der Remission erforderlich, die in der Routinedokumentation nicht verfügbar ist. In Routinedatenanalysen wird häufig auf eine Näherung zurückgegriffen, die eine Mindestdauer der Therapie mit einem Antidepressivum von sechs Monaten vorsieht, ausgehend von einer achtwöchigen Dauer der Akuttherapie und einer angeschlossenen Erhaltungstherapie von vier Monaten. Diese Näherung weist eine hohe Praktikabilität aus, ist aber hinsichtlich der Validität eingeschränkt, da z. B. auch eine erfolglose Dauerbehandlung als adäquat gewertet würde.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

In Deutschland wird bei ca. einem Viertel der depressiven Patienten die antidepressive Pharmakotherapie über mindestens neun Monate verordnet. Innerhalb von Deutschland schwankt dieser Wert zwischen 20 % und 36 % (*Melchior et al., 2014*).

Praxisstudien und Evidenz

Das Ziel der Erhaltungstherapie ist die Stabilisierung des Patienten, um einen Rückfall zu vermeiden. Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung ist mit einer hohen Rückfallgefahr verbunden. So kann das Rückfallrisiko durch eine Erhaltungstherapie um bis zu 70 % gesenkt werden (*Geddes et al., 2003*). In dem Review von Geddes und Kollegen (2003) zeigte sich eine deutliche Überlegenheit der Antidepressiva gegenüber Placebo in der Erhaltungstherapie. Die Guidelines des National Institute for Health and Clinical Excellence, der American Psychiatric Association und der Canadian Psychiatric Association empfehlen eine Dauer der Erhaltungstherapie von vier bis neun Monaten (*American Psychiatric Association [APA], 2000; Canadian Psychiatric Association [CPA], 2001; Karasu et al., 2000; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009*).

Kosteneffektivität

Kurzfristig ist zu erwarten, dass eine bessere Behandlung depressiver Patienten die direkten Kosten erhöht (*Lave, et al., 1998; Schoenbaum et al., 2001*). Eine Kosteneffektivität ist längerfristig zu erwarten, wenn die Anzahl der Patienten mit Rückfall sinkt und wenn indirekte Kosten, z. B. Krankheitstage, berücksichtigt werden.

Indikatorsysteme

Ähnliche Indikatoren werden in folgenden Systemen angegeben:

- Adult Major Depressive Disorder Performance Measurement Set (*Physician Consortium for Performance Improvement, 2015*)
- Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder (*Karasu et al., 2000*)
- RAND Health Program (*Kerr et al., 2000*)
- ACOVE Quality Indicators (*Wenger et al., 2001*)
- Disease-Management-Programm Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) Depression (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019*)

Leitlinien Der Indikator beruht auf der Empfehlung 3–20 der Nationalen Versorgungsleitlinie. Es liegt eine Empfehlung der Stärke A vor, die nahelegt, dass Antidepressiva mindestens vier bis neun Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus genommen werden sollen (*DGPPN et al., 2015*).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert In Routinedatenanalysen lag die Erfüllungsrate des Indikators bei 25 % (*Freytag et al., 2016*) bzw. 28 % (*Melchior et al., 2014*).

Interpretation Der Indikator gibt Hinweise auf die Dauer einer antidepressiven Pharmakotherapie bei Patienten mit Depression. Eine niedrige Anzahl an Patienten, die ihre antidepressive Medikation über insgesamt sechs Monate einnehmen, kann ein Hinweis auf unzureichende Umsetzung der Leitlinienempfehlung sein. Weitere, vom behandelnden Arzt nicht beeinflussbare Gründe, z. B. Therapieabbruch durch den Patienten, sind ebenfalls möglich und müssen erörtert werden. Als Limitation ist zu beachten, dass die über die Remission hinausreichende Verordnung der antidepressiven Pharmakotherapie im klinischen Alltag umstritten ist. Sie ersetzt keine strukturierte psychoedukative Intervention zur nachhaltigen Rückfallprophylaxe.

Einbindung in die QZ-Arbeit Die Ergebnisse dieses Indikators können innerhalb einer Hausarztpraxis, in Arzt- netzen, Qualitätszirkeln oder auch in KV-Bezirken ausgewertet werden. Die Leitlinienempfehlungen können diskutiert und Gründe für vorzeitige Therapieabbrüche erörtert werden. Maßnahmen zur Erhöhung der Rate sollten besprochen und umgesetzt werden. Maßnahmen zur Verbesserung der aktiven Exploration der Remission können eingeführt werden.

**Mögl. Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes**

- Verbesserung der Dokumentationsqualität (Dokumentation von empfohlener Therapiedauer, Dokumentation der Remission, Dokumentation von Therapieabbrüchen)
- Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz etablieren (z. B. Aufklärung über Behandlungsverlauf)
- Aktive Exploration der Remission

Indikator 10: Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen bei Patienten mit Depression

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den Anteil der Patienten mit Depression in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell, die Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa in einer Dosis erhalten, die theoretisch für eine Behandlungsdauer von mehr als vier Wochen ausreicht.
Begründung	Bei Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa handelt es sich im Wesentlichen um Benzodiazepine und Benzodiazepin-verwandte Wirkstoffe wie Zaleplon, Zolpidem und Zopiclon. Die genannten Wirkstoffe sind mit dem Risiko der Toleranzentwicklung bzw. des Entzugssyndroms behaftet und können zur Abhängigkeit führen. In angepasster Dosierung und zur kurzfristigen Behandlung sind die genannten Wirkstoffe zwar nach wie vor oft unverzichtbar, ihre therapeutische Bedeutung ist aber durch die zeitlich begrenzte Anwendungsdauer beschränkt. Eine Zusatzmedikation bei Patienten mit Depression erfolgt oft in der Absicht, die Wirklatenz von Antidepressiva bei Vorhandensein von Angst, Unruhe oder Schlaflosigkeit zu überbrücken, mit der Gefahr einer inadäquaten Verschreibung. Die Indikation von Benzodiazepinen muss im Individualfall geprüft und hinsichtlich möglicher Risiken (z. B. Sedierung, psychomotorische und kognitive Beeinträchtigung, Komedikation, Abhängigkeitspotenzial) diskutiert werden. Bei Patienten, die mit diesen Wirkstoffen über vier Wochen behandelt werden, ist jedoch davon auszugehen, dass sie bereits potenziell abhängigkeitsgefährdet sind. Daher sollten Langzeitverordnungen vermieden werden. Gemäß den Arzneimittelrichtlinien bedarf die längerfristige Anwendung (von länger als vier Wochen) einer besonderen Begründung in der ärztlichen Dokumentation. Die über vier Wochen andauernde Verordnung der Medikation kann hierbei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt sein.
Zielstellung	Der Wert des Indikators sollte möglichst niedrig ausfallen. Eine möglichst geringe Anzahl an Patienten mit Depression sollte Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen erhalten.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Es ist eine vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) und der verordneten Medikation erforderlich. Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika werden über die ATC-Codes No5BA (Anxiolytika) sowie No5CD und No5CF (Sedativa, Hypnotika) erfasst. Benzodiazepine, die als Antiepileptika Verwendung finden und einen anderen ATC-Code aufweisen, werden somit nicht erfasst. Eine länger andauernde Behandlung mit dieser Substanzklasse ist aufgrund der Indikation nicht als „missbräuchlich“ zu interpretieren. Die Berechnung

der Behandlungsdauer setzt voraus, dass die elektronische Patientenakte Informationen über die Reichweite der Verordnung (z. B. Packungsgröße N1, N2 oder N3) enthält. Der Arzneimittelverbrauch wird aus dem Wirkstoffgehalt der per Definition für den betreffenden Wirkstoff durch die von der WHO festgelegten und vom WIdO für deutsche Verhältnisse adaptierten Tagesdosis (DDD) und der Reichweite des verordneten Präparates berechnet. Beispiel: Die definierte Tagesdosis für Zopiclon ist auf 7,5 mg festgelegt. Die Verordnung von Zopiclon 7,5 mg 20 Stück entspricht daher 20 DDD. Die Verordnung von zwei Packungen mit je 20 Filmtabletten Zopiclon zu 7,5 mg (d. h. 40 DDD) an einen Patienten pro Quartal würde den Schwellenwert von 28 DDD deutlich überschreiten.

Ausblick Mit der Anwendung des Indikators kann die Rate an Patienten, bei denen Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa längerfristig verordnet werden, gesenkt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten, die Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa in einer Dosis erhalten, die theoretisch für eine Behandlungsdauer von mehr als vier Wochen ausreicht}}{\text{Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten, die Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa [ATC-Codes: N05BA, N05CD, N05CF] in einer Dosis erhalten, die theoretisch für eine Behandlungsdauer von mehr als vier Wochen ausreicht
Nenner	Anzahl der Patienten mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Routinedokumentation in der Patientenakte, Abrechnungsdaten der Kostenträger

III Anmerkungen zur Messgüte

Da die Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa routinemäßig in der Patientenakte erfasst wird, wird die Praktikabilität des Indikators in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und den Erhebungsaufwand als hoch eingeschätzt. Die Messgüte ist in dem Maße eingeschränkt, in dem die Wirkstoffe auf Privatrezept verordnet und somit in den Routinedaten nicht erfasst werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Die Gesamtzahl arzneimittelabhängiger Menschen wird in Deutschland auf ca. ein bis zwei Millionen Versicherte geschätzt, wobei diese Zahl allerdings auch andere Wirkstoffgruppen wie z. B. Analgetika einbezieht. Da Benzodiazepine häufig auf Privatrezepten verordnet werden und diese nicht in den GKV-Routinedaten erfasst werden, ist allerdings von einer noch höheren Dunkelziffer auszugehen (<i>Glaeske & Janhsen, 2007; Hüllinghorst, et al., 2007</i>).
Praxisstudien und Evidenz	Es wird geschätzt, dass in der Bundesrepublik etwa ein Drittel der psychotropen Medikamente nicht wegen akuter Probleme, sondern zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet wird (<i>Hüllinghorst et al., 2007</i>). Bei Patienten, die mit Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa über vier Wochen behandelt werden, kann davon ausgegangen werden, dass sie bereits potenziell abhängigkeitsgefährdet sind (<i>Bundesärztekammer, 2001; Glaeske & Janhsen, 2007</i>). Die Nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt die individuelle Indikationsüberprüfung für Benzodiazepine und eine Anwendungsdauer von maximal vier Wochen (<i>DGPPN et al., 2015</i>). Der Anteil an Verschreibungen von Anxiolytika und Sedativa länger als vier Wochen liegt gemäß Routinedatenanalysen bei 40 % an den gesamten Verschreibungen von Anxiolytika und Sedativa bei depressiven Patienten (<i>Freytag et al., 2016</i>).
Kosteneffektivität	Eine Analyse zur Kosteneffektivität liegt bisher nicht vor. Eine Kostenreduktion ist durch Reduzierung der verordneten Medikation und durch Reduzierung der Krankheitslast der Patienten möglich.
Indikatorsysteme	Ein ähnlicher Indikator wird (bezogen auf alle Patienten mit medikamentöser Therapie) in dem QISA-Band D Pharmakotherapie angegeben (<i>Kaufmann-Kolle, et al., 2013</i>). Weiterhin ist der Indikator Bestandteil der Qualitätsindikatoren für Qualitätszirkel des aQua-Institutes (<i>aQua-Institut, 2017</i>).
Leitlinien	Der Indikator wurde in Anlehnung an die Nationale Versorgungsleitlinie entwickelt und modifiziert, die auf S. 92 eine kurzfristige Anwendung von Benzodiazepinen von unter vier Wochen nennt (<i>DGPPN et al., 2015</i>).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Es liegen bislang keine empirischen Referenzwerte vor.
Interpretation	Dieser Indikator gibt Hinweise darauf, wie hoch der Anteil an Patienten mit depressiver Erkrankung ist, die im Laufe eines Quartals Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa in einer Dosis erhalten, die theoretisch für eine Behandlungsdauer von vier Wochen und mehr ausreicht. Die Indikation ist für die genannten Wirkstoffe besonders kritisch zu stellen und die Verordnung sollte nur zeitlich begrenzt erfolgen. Das gilt unabhängig davon, ob die Verordnung zu Lasten der Krankenkasse oder auf Privatrezept erfolgt.

Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Ergebnisse der Indikatormessung können in Hausarztpraxen, in Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch in KV-Bezirken analysiert und verglichen werden. In Hinblick auf die angestrebten Ziele/Zielerreichung sollten Gründe und Handlungsoptionen diskutiert werden.
Mögl. Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dokumentation der Verordnungsbegründung ■ Überprüfung der Indikationsstellung ■ Patientengespräche über Einnahmeverhalten hinsichtlich der Medikation ■ Gegebenenfalls Einleitung von Entwöhnungsmaßnahmen ■ Bei ungewöhnlich niedrigen Werten Überprüfung der Verschreibungen auf Privatrezept <p>Dieser Indikator ist zu einem bedeutsamen Teil abhängig von der Compliance der Patienten. Er wird daher nicht für negative monetäre Anreize empfohlen.</p>

Indikator 11: Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil an Patienten in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen.
Begründung	Bei Patienten mit KHK und komorbider depressiver Episode muss bei der Verschreibung von Antidepressiva besonders auf die kardiale Verträglichkeit geachtet werden. Insbesondere trizyklische Antidepressiva können folgenschwere Nebenwirkungen wie Infarkte verursachen. Ist eine pharmakologische Therapie indiziert (in der Regel bei mittleren oder schweren depressiven Episoden), soll von der Verschreibung von trizyklischen Antidepressiva bei Patienten mit KHK daher abgesehen werden. Stattdessen soll eine Pharmakotherapie mit einem SSRI verordnet werden, wobei auch hier ähnliche, jedoch deutlich weniger auftretende Nebenwirkungen zu beachten sind. Die Verordnung der Medikation kann hierbei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen.
Zielstellung	Der Wert des Indikators sollte möglichst niedrig ausfallen. Die Anzahl an Patienten mit koronarer Herzerkrankung und depressiver Störung, die ein trizyklisches Antidepressivum verordnet bekommen, soll möglichst gering sein.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der KHK sowie der Depressionsdiagnosen (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) in der Patientenakte

Ausblick Die Anwendung des Indikators kann dazu beitragen, die Rate der Verschreibungen von trizyklischen Antidepressiva bei depressiven Patienten mit koronarer Herzkrankung zu senken.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt 12 Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten mit koronarer Herzkrankung (ICD-10: I20-I25) und komorbider depressiver Störung (ICD-10: F 32*, F 33* bzw. F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen}}{\text{Anzahl der Patienten mit koronarer Herzkrankung (ICD-10: I20-I25) und komorbider depressiver Störung (ICD-10: F 32*, F 33* bzw. F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten}}$
Zähler	Anzahl der Patienten mit koronarer Herzkrankung und komorbider depressiver Störung (ICD-10: F 32*, F 33* bzw. F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten, die trizyklische Antidepressiva [ATC-Code: No6AA] verordnet bekommen
Nenner	Anzahl der Patienten mit koronarer Herzkrankung und komorbider depressiver Störung (ICD-10: F 32*, F 33* bzw. F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Routinedokumentation in der Patientenakte, Abrechnungsdaten der Kostenträger

III Anmerkungen zur Messgüte

Da die Verschreibung von trizyklischen Antidepressiva sowie die Diagnose einer KHK routinemäßig in der Patientenakte erfasst werden, wird die Praktikabilität des Indikators in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und den Erhebungsaufwand als hoch eingeschätzt. Die Messgüte kann daher als hoch eingeschätzt werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Verordnungsdaten für Patienten mit KHK liegen nicht vor. In einem Beitrag zur Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK, darunter auch KHK-Patienten, erhielten 8,8 % der Versicherten im Jahre 2010 trizyklische Antidepressiva (<i>Kaduszkiewicz et al., 2014</i>).
Praxisstudien und Evidenz	Studien zeigen, dass die Einnahme von trizyklischen Antidepressiva mit einem erhöhten Risiko für eine koronare Herzkrankung einhergeht (<i>Cohen, et al., 2000; Nezafati, et al., 2015; Rosenberg et al., 2010</i>). Insbesondere bei Patienten mit beste-

hender KHK stellt die Vergabe von trizyklischen Antidepressiva einen besonderen Risikofaktor dar. Patienten mit einer KHK sind bei der Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva einem um den Faktor 2,2 erhöhten Infarktrisiko ausgesetzt (Cohen et al., 2000). Auch bei anderen antidepressiven Medikamenten sind ähnliche Nebenwirkungen bekannt, die jedoch insbesondere bei den SSRIs weniger wahrscheinlich sind (Nezafati et al., 2015; Zuidersma, et al., 2013). Aufgrund dieser Evidenzlage soll bei indizierter antidepressiver Pharmakotherapie auf eine Verordnung von trizyklischen Antidepressiva verzichtet werden.

Kosteneffektivität	Eine Analyse zur Kosteneffektivität liegt bisher nicht vor. Eine Kostenreduktion ist durch eine adäquate Medikation und durch Reduzierung der Krankheitslast der Patienten möglich.
Indikatorsysteme	Der Indikator findet bisher in keinem anderen Indikatorsystem Verwendung.
Leitlinien	Der Indikator beruht auf der Empfehlung 3–75 der Nationalen Versorgungsleitlinie. Diese Empfehlung der Stärke A besagt, dass bei koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung trizyklische Antidepressiva aufgrund der kardialen Nebenwirkungen nicht verordnet werden sollen (DGPPN et al., 2015).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Für den Indikator liegen bislang keine empirischen Referenzwerte vor.
Interpretation	Der Indikator gibt an, wie häufig trizyklische Antidepressiva trotz der kardialen Nebenwirkungen bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung verordnet werden. Ein hoher Wert des Indikators deutet auf eine nicht leitliniengerechte Psychopharmakotherapie hin.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Ergebnisse können zum Vergleich in Hausarztpraxen, in Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch in KV-Bezirken genutzt werden. Gründe für die Verschreibung von trizyklischen Antidepressiva bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung können diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Ein Fortbildungsbedarf kann identifiziert werden.
Mögl. Handlungs- konsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dokumentation der Verordnungsbegründung ■ Überprüfung der Indikationsstellung ■ Aufklärung/Fortbildung der Hausärzte bzgl. der leitliniengerechten pharmakologischen Behandlung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung

Indikator 12: Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie empfohlen wurde, an allen Patienten in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell. Zu der Gruppe von Patienten im höheren Lebensalter zählen Personen ab dem 65. Lebensjahr. Die Empfehlung zur Psychotherapie bei Patienten im höheren Lebensalter soll unabhängig vom Schweregrad erfolgen.
Begründung	Depressionen sind bei Patienten im höheren Lebensalter die häufigste psychische Störung. Gerade depressive Patienten im höheren Lebensalter sind zudem einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt. Darüber hinaus spielen insbesondere in dieser Patientengruppe neben genetischer Disposition auch somatische Erkrankungen und psychosoziale Faktoren für den Verlauf der Depression eine große Rolle. Die nachhaltige Wirksamkeit von Psychotherapie konnte bei älteren Patienten mit Depression gezeigt werden. Daher sollten Personen mit Depressionen im höheren Lebensalter eine Psychotherapie angeboten bekommen. Für das hausärztliche Setting ist auch schon das Angebot der Therapie von Bedeutung, unabhängig vom tatsächlichen Starttermin der Therapie, der unterschiedlichen Limitationen unterliegen kann (siehe Interpretation).
Zielstellung	Der Wert des Indikators sollte möglichst hoch ausfallen. Die Anzahl an Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, die eine Psychotherapie empfohlen bekommen, sollte möglichst hoch sein.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) in der Patientenakte und ggf. eine eigene Kodierungsziffer für die ausgesprochene Empfehlung. Die optimale Versorgung für diese Patientengruppe erfordert eine gute Kooperation der beteiligten Ärzte bzw. Psychotherapeuten. Hausärzte haben hier eine besondere koordinierende Funktion.
Ausblick	Mit der Anwendung des Indikators kann die Rate an depressiven Patienten im höheren Lebensalter, die keine leitliniengerechte Therapie erhalten, gesenkt werden. Perspektivisch könnte auch mit der tatsächlich ausgestellten Überweisung zur Psychotherapie als Grundlage der Indikatorenerstellung gearbeitet werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt 12 Monate.
Bezugsebene	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Patienten im höheren Lebensalter (65+) mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten, denen eine Psychotherapie angeboten wurde}}{\text{Anzahl der Patienten im höheren Lebensalter mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten}}$
Zähler	Anzahl der Patienten im höheren Lebensalter (65+) mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten, denen eine Psychotherapie angeboten wurde
Nenner	Anzahl der Patienten im höheren Lebensalter mit Depression (ICD-10: F 32*, F 33* und F 34.1) innerhalb von zwölf Monaten
Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Klinische Dokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Auswertung des Indikators erfordert eine zusätzliche Kodierungsziffer für die ausgesprochene Empfehlung einer Psychotherapie. Die Praktikabilität des Indikators ist dadurch in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und den Erhebungsaufwand vorerst eingeschränkt. Die Messgüte kann daher eingeschränkt sein. Allerdings kann der Indikator näherungsweise durch die Inanspruchnahme der Psychotherapie und Pharmakotherapie gut erfasst werden, da diese Daten routinemäßig dokumentiert werden und daher gut verfügbar sind.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Depressive Episoden sind bei älteren Patienten im Vergleich zu anderen psychischen Störungen besonders häufig und gehen oft mit körperlichen Komorbiditäten und kognitiver Beeinträchtigung einher oder können diese verstärken (<i>Wang & Blazer, 2015</i>). Insgesamt zeigt sich ein Anstieg an diagnostizierten Depressionsdiagnosen im höheren Alter. Das erste Maximum an diagnostizierten Depressionsdiagnosen ist bei Erwachsenen zwischen 55 und 60 Jahren mit einer administrativen Prävalenz von 23 % bei Frauen und 13 % bei Männern zu finden. Ein zweites Maximum weist die Gruppe der 70–80-Jährigen auf. Hier liegt die administrative Prävalenz bei 26 % bei Frauen und 15 % bei Männern (<i>Melchior et al., 2014</i>).
------------------------------------	--

Praxisstudien und Evidenz	Die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen bei Patienten im höheren Lebensalter ist nachgewiesen (<i>Huang, et al., 2015; Kiosses, et al., 2011; Wilson, et al., 2008</i>). Zur Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie und Problemlösetherapie existiert die umfangreichste Evidenz (<i>DGPPN et al., 2015</i>).
Kosteneffektivität	Zur Kosteneffektivität der Psychotherapie von älteren Menschen liegen keine spezifischen Daten vor.
Indikatorsysteme	Ein ähnlicher Indikator wird in den VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder (<i>Management of Major Depressive Disorder Working Group, 2016</i>) formuliert.
Leitlinien	Der Indikator basiert auf der Empfehlung 3–47 der Nationalen Versorgungsleitlinie. Für den Indikator liegt eine Empfehlung der Stärke A vor, die besagt, dass Personen im höheren Lebensalter mit Depression eine Psychotherapie angeboten bekommen sollen (<i>DGPPN et al., 2015</i>).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Für den Indikator liegen bislang keine empirischen Referenzwerte vor.
Interpretation	Bezüglich des Angebots zur Psychotherapie ist für die Interpretation des Indikators limitierend zu berücksichtigen, dass Patienten bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben können und eine neue nicht indiziert ist oder der Patient eine Psychotherapie ablehnt.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Ergebnisse können zum Vergleich in Hausarztpraxen, in Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch in KV-Bezirken genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Darüber hinaus kann ein formativer Fortbildungsbedarf identifiziert werden.
Mögl. Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Dokumentationsqualität ■ Überprüfung der angewandten Therapien bei Depressionen ■ Verbesserung der Kooperation zu Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten ■ Fortbildung der Hausärzte

Indikator 13: Hausärzte mit Fortbildung zur Depression

I Beschreibung

Aussage	Dieser Indikator beschreibt, wie viele Hausärzte eines Arztnetzes, eines Qualitätszirkels oder einer KV-Region sich für die Behandlung der Depression fortgebildet und qualifiziert haben. Die Fortbildung sollte innerhalb der letzten drei Jahre stattgefunden haben und von einer Landesärztekammer zertifiziert worden sein.
Begründung	Depressionen haben im hausärztlichen Bereich eine hohe Prävalenz, erfordern ein umfassendes diagnostisches und therapeutisches Wissen und der Innovationsgrad in der Behandlung im hausärztlichen Setting ist hoch. Aus diesen Gründen lässt sich ein hoher Fortbildungsbedarf ableiten.
Zielstellung	Der Wert des Indikators sollte möglichst hoch ausfallen. Ziel des Indikators ist es, eine Erhöhung der Behandlungskompetenz der Hausärzte und somit eine bessere Umsetzung der angestrebten Ziele bei der Behandlung depressiver Patienten zu erreichen.
Einbezogene Fachgruppen	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen	Die Fortbildung sollte möglichst in ein Fortbildungskonzept für Netzärzte in Qualitätszirkeln integriert sein, um die Ärzte nicht mit einer Vielfalt von Zusatzqualifikationen zu überfordern.
Ausblick	Der Indikator fördert die Etablierung von systematischen und regelmäßigen Fortbildungsmaßnahmen. Die Behandlungskompetenz der Hausärzte wird sich durch eine regelmäßige Teilnahme an durch die Landesärztekammer akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen verbessern. Parallel können die Fortbildungen anhand der Rückmeldung der teilnehmenden Hausärzte weiterentwickelt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum	Der Bezugszeitraum beträgt drei Jahre.
Bezugsebene	Alle Hausärzte eines Arztnetzes oder des Versorgungsmodells
Formel	$\frac{\text{Anzahl der Hausärzte eines Arztnetzes mit Teilnahme an einer von einer Landesärztekammer zertifizierten Fortbildung zur Behandlung der Depression innerhalb von drei Jahren}}{\text{Gesamtzahl der Hausärzte eines Netzes}}$
Zähler	Anzahl der Hausärzte eines Arztnetzes mit Teilnahme an einer von einer Landesärztekammer zertifizierten Fortbildung zur Behandlung der Depression innerhalb von drei Jahren
Nenner	Gesamtzahl der Hausärzte eines Netzes

Ausschlusskriterien	Keine
Datenquelle	Dokumentation des Arztnetzes

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Praktikabilität des Indikators ist bezüglich der Datenverfügbarkeit hoch, da Fortbildungen innerhalb eines Arztnetzes dokumentiert werden. Die Validität ist von der Qualität der Fortbildungsmaßnahmen abhängig, und diese sollte den Zertifizierungskriterien einer Landesärztekammer entsprechen (Erwerb von Fortbildungspunkten).

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz	Es liegen keine belastbaren Daten zur Fortbildung von Hausärzten zur Depression vor.
Praxisstudien und Evidenz	Studien konnten zeigen, dass das Wissen von Hausärzten über das Störungsbild und die Erkennungsrate von Menschen mit Depression sowie die Sicherheit in der Behandlung von Menschen mit Depression durch Schulungsmaßnahmen deutlich verbessert werden können (<i>Coppens, et al., 2018; Fallucco, Seago, et al., 2015</i>).
Kosteneffektivität	Eine Analyse zur Kosteneffektivität liegt bisher nicht vor. Eine kontinuierliche Fortbildung in der Behandlung der Depression ist Bedingung für eine wirkungsvolle Behandlung und Verminderung des Rückfallrisikos. Kosteneffektivität ist längerfristig möglich, wenn die diagnostizierten Patienten auch behandelt werden und die Prävalenz sinkt und wenn man gesellschaftliche Kosten wie Krankheits-tage berücksichtigt. Kurzfristig ist eher zu erwarten, dass eine bessere Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Depression infolge einer besseren Schulung der Hausärzte die Kosten erhöht, nach manchen Untersuchungen bis zum Doppelten bzw. Dreifachen (<i>Lave et al., 1998; Schoenbaum et al., 2001</i>).
Indikatorsysteme	Der Indikator findet bisher in keinem anderen Indikatorsystem Verwendung.
Leitlinien	Die Nationale Versorgungsleitlinie (<i>DGPPN et al., 2015</i>) gibt keine spezifische Empfehlung für die Fortbildung von Hausärzten.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Es liegen bisher keine empirischen Referenzwerte vor.
Interpretation	Dieser Indikator gibt Hinweise darauf, wie hoch der Anteil an Ärzten ist, die innerhalb von drei Jahren an zertifizierten Fortbildungen zu depressiven Erkrankungen teilgenommen haben. Ein hoher Wert des Indikators signalisiert einen hohen Fortbildungsstand der eingeschlossenen Ärzte hinsichtlich der Behandlung von Patienten mit Depression.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Ergebnisse der Indikatormessung können in einrichtungswinteren Besprechungen analysiert werden. In Hinblick auf die angestrebten Ziele/Zielerreichung sollten Gründe und Handlungsoptionen diskutiert werden.
Mögl. Handlungs- konsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes	<ul style="list-style-type: none">■ Etablierung von Qualitätsstandards in Fortbildungen■ Etablierung eines Fortbildungscurriculums mit systematischen und regelmäßigen Fortbildungen

Anhang 1: Register der bewerteten Indikatoren (2011; Grundlage Erstellung Version 1.0)

Erläuterung: Hervorgehoben sind Indikatoren, die auf einer neunstufigen Skala (1 = überhaupt nicht relevant bzw. praktikabel bis 9 = sehr relevant bzw. praktikabel) als relevant (Median 7–9) und praktikabel (Median 7–9) bewertet wurden. Für das Kriterium Relevanz gilt weiterhin, dass im Panel Konsens (K) bestand, d.h., maximal zwei der Bewertungen lagen außerhalb der Kategorie, in der sich der Median befand.

NR.	NAME	RELEVANZ	PRAKTIKABILITÄT
1	Erkennen depressiver Störungen	9	5
2	Diagnosekriterien für Depression	8	4
3	Einschätzung der Fallschwere mit Hilfsmitteln bei Patienten mit Depression	9	5
4	Screening auf Depression bei Patienten mit KHK bzw. Diabetes	7	4
5	Screening auf Depression bei Patienten mit Demenz	7	6
6	Dauer der antidepressiven medikamentösen Behandlung	7K	7
7	Symptomverbesserung unter Medikation und Dauermedikation	6	7
8	Patientenregister Depression	8K	7
9	Depressionssuizidrisiko	9	6
10	PHQ-Reevaluation nach vier bis acht Wochen	7	7
11	PHQ-Messung nach sechs Monaten	6	4
12	PHQ-Reevaluation innerhalb von ein bis drei Wochen	5	4
13	50 % Reduktion der Depression nach vier Monaten	6	4
14	Depressionstherapieerfolg PHQ < 5 nach vier Monaten	6	5
15	Vorhandensein medikamentöser antidepressiver Therapie	7	6
16	Anteil depressiver Patienten ohne medikamentöse antidepressive Therapie	6	7
17	Funktionsverbesserung depressiver Patienten	6	5
18	Einnahmedauer Antidepressiva über sechs Monate	5	7
19	1-Monats-Prävalenz medikamentöser oder psychotherapeutischer Therapie	5	5
20	Suizidalitätsabklärung bei unipolarer Depression	9K	7
21	Alkohol- und Substanzmissbrauchsabklärung bei unipolarer Depression	8	6
22	Suizidalitätsabklärung bei Majordepression	8	7
23	Schweregradeinteilung bei Majordepression	6	6
24	Adäquate Therapie bei Majordepression	6	5
25	Depressionsscreening	4	6
26	Screening auf Suizidalität depressiv Erkrankter mit posttraumatischer Belastungsstörung	5	5
27	Dokumentation der DSM-IV-Kriterien bei Patienten mit Majordepression spätestens drei Monate nach Episodenbeginn	2	3
28	3-Monats-Kontakt bei Patienten mit Majordepression	6	6

NR.	NAME	RELEVANZ	PRAKTIKABILITÄT
29	Reassessment nach drei Monaten mit validiertem Instrument bei Patienten mit Majordepression	7	5
30	Abklärung einer Hypomanie/Manie bei depressiven Patienten	8	4
31	Symptomreduktion nach sechs Monaten bei Majordepression	7	7
32	Remission nach sechs Monaten bei Majordepression	8	4
33	Suizidrate bei Patienten mit Majordepression	8	6
34	Dauer der antidepressiven medikamentösen Therapie von drei Monaten bei Majordepression	5	5
35	Dauer der antidepressiven medikamentösen Therapie von sechs Monaten bei Majordepression	6	6
36	Dauer der antidepressiven medikamentösen Therapie von drei Monaten	5	6
37	Dokumentation der DSM-IV-Kriterien bei Patienten mit Majordepression bei Diagnosestellung	3	4
38	Dokumentierte Selbstmanagementziele innerhalb von zwölf Monaten bei Depression	7	2
39	Symptomreduktion > 5 PHQ-Punkte nach 6 Monaten	6	6
40	Symptomverbesserung von 50 % des PHQ-Wertes	7	6
41	Psychiatrische Behandlung bei Suizidalität	9	8
42	Information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	8K	7
43	Patientenaufklärung	9K	7
44	Dokumentation des Angebots an medikamentöser Therapie	6	6
45	Dokumentation des Angebots einer Kombinationstherapie bei schwergradiger Episode	9K	7
46	Erhaltungstherapie über mindestens vier bis neun Monate nach Remission	6	5
47	Angebot einer Psychotherapie bei akuter leichter bis mittelschwerer Depression	8	4
48	Dokumentation Angebot angemessener psychotherapeutischer Nachbehandlung	5	4
49	Angebot einer längerfristigen stabilisierenden Psychotherapie (Rezidivprophylaxe)	5	3
50	Suizidprävention durch Nachsorge und Kontaktangebote	8	2
51	Patienten mit diagnostizierter Depression	9	6
52	Depressive Patienten mit Beratung durch den Hausarzt	4	3
53	Depressive Patienten mit Antidepressiva	5	5
54	Verwendung von Antidepressiva länger als sechs Monate	5	6
55	Antidepressiva länger als sechs Monate in der geeigneten Dosierung	5	7
56	Wechsel der Medikation	6	6
57	Überweisungsrate	6	3
58	Hausärzte mit Fortbildung in der Behandlung der Depression	7K	7
59	Bestimmung der Depressionsschwere zu Therapiebeginn	8	6
60	Erfassung depressiver Patienten im hausärztlichen Bereich	9K	7
61	Depressionsscreening bei Patienten mit Diabetes bzw. KHK	8K	8
62	Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen	8K	8
63	Patienten mit mindestens zwei verschiedenen serotonergen Wirkstoffen	7	6
64	Verschreibung von Neuroleptika bei Depression ohne Wahnsymptomatik	8K	7
65	Shared Decision Making	9	2

Anhang 2: Teilnehmer am Expertenpanel (2011; Grundlage Erstellung der Version 1.0)

Dr. med. Thomas Fischer, Facharzt für Allgemeinmedizin, Phlebologie, Notfallmedizin, Göttingen

Dr. med. André Haas, Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Notfallmedizin, Manuelle Medizin, ärztliches Qualitätsmanagement, Neustadt/Südharz

Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Arzt und Psychologischer Psychotherapeut, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Erika Hoppe, Dipl.-Pädagogin, Schwerpunkt Psycho-Soziales, Unabhängige Patientenberatung Göttingen

Dr. med. Rainer Kittel, Facharzt für Allgemeinmedizin, Burgwald

Dr. med. Astrid Maroß, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, AOK-Bundesverband Berlin

Jens Parpart, Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie (TP, VT), Betriebsmedizin, Einbeck, Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Göttingen

Dipl.-Psych. Sabine Schäfer, Psychologische Psychotherapeutin, Weilheim/Teck, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) Berlin

Dr. med. Georg Bernhard Wüstenfeld, Facharzt für Allgemeinmedizin, Hannoversch Münden

Literaturverzeichnis

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961–1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. In American Psychiatric Association (APA) (Hrsg.), *Practice guidelines for the treatment of people with psychiatric disorders* (S. 413–496). Washington: APA.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069–1078. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.6.1069>
- aQua-Institut (Hrsg.) (2017). Datenbasierte hausärztliche Qualitätszirkel in Baden-Württemberg. *Verordnungsspiegel, Thema Depression und Angststörungen* (im Auftrag der AOK Baden-Württemberg mit Unterstützung durch: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Deutscher Hausärzterverband (HÄV), Landesverband Baden-Württemberg e. V., MEDIVERBUND AG), Göttingen.
- AQUIK.(2014). AQUIK-Indikatorenset 2013 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg.). Verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/AQUIK_QI_Aktualisierung_1_o_140324.pdf
- Baumeister, H. (2012). Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with sub-threshold to mild depression: time for the evidence to become practice. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 240–243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.025>
- Beesdo-Baum, K. & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Springer-Lehrbuch, S. 879–914). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_40
- Boetticher, D. von & Meyer, T. (2019). Somatisches Krankheitsrisiko bei psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Syndrome. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65(2), 129–143. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.129>
- Bretschneider, J., Kuhnert, R. & Hapke, U. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(3), 81–88. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-058>
- Brewster, C. (2008). Overview of the STAndards for BipoLar Excellence (STABLE) project. *Journal of Psychiatric Practice*, 14 Suppl 2, 5–7. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000320121.46058.do>
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (2001). *Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. Basisdiagnosik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung* (2. Auflage). Verfügbar unter <https://seminstfuchs.com/wp-content/uploads/curriculum-psgv-psychosomatische-grundversorgung-seminar-kurs-seminarorganistion-fuchs.pdf>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*. Berlin. Verfügbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>

- Canadian Psychiatric Association. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(Suppl 1), 5S–90S.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y. et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Cohen, H. W., Gibson, G. & Alderman, M. H. (2000). Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. *The American Journal of Medicine*, 108(1), 2–8. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00301-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00301-0)
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Gusmão, R., Purebl, G., Székely, A., Maxwell, M., Koburger, N, Arensman, E. & Hegerl, U. (2018). Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of affective disorders*, 227, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.039>
- Cosgrove, L., Erlich, D. & Shaughnessy, A. F. (2019). No Magic Pill: A Prescription for Enhanced Shared Decision-Making for Depression Treatment. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(1), 6–9. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.01.180182>
- DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. (2009). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung (1. Auflage, Version 1.2). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000239>
- DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung (2. Auflage, Version 5). Verfügbar unter www.depression.versorgungsleitlinien.de. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>
- Ebert-Rall, T. (2017). QuATRO: Instrumente der Qualitätsmessung nutzen. *ÄrzteZeitung Online*. Verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Instrumente-der-Qualitaetsmessung-nutzen-303999.html>
- Fallucco, E. M., Seago, R. D., Cuffe, S. P., Kraemer, D. F. & Wysocki, T. (2015). Primary Care Provider Training in Screening, Assessment, and Treatment of Adolescent Depression. *Academic Pediatrics*, 15(3), 326–332. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.12.004>
- Fernández, A., Haro, J. M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J. et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 190, 172–173. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023507>
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L. et al. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B. & LaCalle, J. R. (2001). *The Rand/UCLA appropriateness method user's manual* (vol. 1269). Santa Monica: Rand.
- Freytag, A., Kösters, M., Schmauß, M., Becker, T. & Gensichen, J. (2016). Daten-Monitoring Depression zur psycho- und pharmakotherapeutischen Inanspruchnahme von Patienten mit Depression. In J. Klauber (Hrsg.), *Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche* (Versorgungs-Report, 2015/2016, S. 329–361). Stuttgart: Schattauer.

- Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Kupfer, D. J., Frank, E. et al. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *The Lancet*, 361(9358), 653–661. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12599-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12599-8)
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). Übersicht über Verordnungseinschränkungen und –auschlüsse (Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie) (Stand: 04.11.17). Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). Systemische Therapie: Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit als Psychotherapieverfahren. Verfügbar unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/3588/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). (2019). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V. DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. Berlin.
- Gensichen, J. (2009). Case Management for Depression by Health Care Assistants in Small Primary Care Practices. *Annals of Internal Medicine*, 151(6), 369. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00001>
- Gensichen, J., Petersen, J. J., Korff, M. von, Heider, D., Baron, S., König, J. et al. (2013). Cost-effectiveness of depression case management in small practices. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 202, 441–446. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118257>
- Gerste, B. & Roick, C. (2016). Prävalenz und Inzidenz depressiver Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2012. In J. Klauber (Hrsg.), *Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche (Versorgungs-Report, 2015/2016, S. 309–327)*. Stuttgart: Schattauer.
- Glaeske, G. & Janhsen, K. (2007). *GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005–2006*. Bremen, Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag Hippe.
- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A. et al. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of clinical psychiatry*, 64(12), 1465–1475.
- Greenberg, P. E. & Birnbaum, H. G. (2005). The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 6(3), 369–376. <https://doi.org/10.1517/14656566.6.3.369>
- Groot, M. de, Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 619–630.
- Großimlinghaus, I., Falkai, P., Gaebel, W., Janssen, B., Reich-erkelenz, D., Wobrock, T. et al. (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Der Nervenarzt*, 84(3), 350–365. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3705-4>
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G. & Becker, T. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (2. Auflage)*. Herausgebende Fachgesellschaft: DGPPN. Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
- Hamann, J., Leucht, S. & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403–409. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x>
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 170(3), 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>

- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (2007a). Psychische Störungen bei Patienten mit einer somatischen Erkrankung aus der medizinischen Rehabilitation. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 55–70). Heidelberg: Springer Medizin.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hrsg.). (2007b). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Härter, M., Bermejo, I. & Niebling, W. (2007). *Praxismanual Depression–Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G. et al. (2004). Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. *Der Nervenarzt*, 75(11), 1083–1091. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1705-8>
- Haug, T. T., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 845–851. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000145823.85658.0c>
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (2005). *Die Allgemeine Depressionsskala*. Weinheim: Beltz.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Fawcett, J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Zajecka, J. et al. (2014). Effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(10), 1157–1164. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1054>
- Hollon, S. D., Muñoz, R. F., Barlow, D. H., Beardslee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G. et al. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry*, 52(6), 610–630. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01384-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01384-7)
- Huang, A. X., Delucchi, K., Dunn, L. B. & Nelson, J. C. (2015). A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 23(3), 261–273. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.04.003>
- Hüllinghorst, R., Kaldewei, D., Lindemann, F. & Merfert-Diete, C. (2007). *Jahrbuch Sucht. Geesthacht: Neuland*.
- IQWiG. (2017). Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen. Abschlussbericht (Version 1.0, Stand: 04.04.2017). IQWiG-Berichte – Nr. 502, Auftrag: V15-02. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- IQWiG. (2018). Screening auf Depression. Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung) (Version 1.0, Stand: 23.03.2018). Auftrag: S16-05. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Jacobi, F. (2007). Psychische Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 45–53). Heidelberg: Springer Medizin.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H. U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Der Nervenarzt*, 73(7), 651–658. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1299-y>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N. et al. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

- Kaduszkiewicz, H., Gerste, B., Eisele, M., Schäfer, I., Scherer, M. Herzinsuffizienz: Epidemiologie und Versorgung. In: Klauber, J., Günster, C. Gerste, B./Robra, B.-P., Schmacke, N. (Hrsg.). Versorgungs-Report 2013/2014 „Depression“
- Karasu, B., Gelenberg, A., Wang, P., Merriam, A., McIntyre, J. S., Charles, S. C. et al. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *The American journal of psychiatry*, 157(4), 1–45.
- Katon, W. J., Lin, E., Russo, J. & Unutzer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 897–903. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.897>
- Kaufmann-Kolle, P., Riens, B., Grün, B. & Kazmaier, T. (2013). Qualitätsindikatoren für die Verordnung von Arzneimitteln. In J. Szecsenyi, B. Broge & J. Stock (Hrsg.), *QiSA - das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (D Pharmakotherapie)*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J. et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462–1470. <https://doi.org/10.1056/NEJM200005183422001>
- Kerr, E. A., Asch, S. M., Hamilton, E. G. & McGlynn, E. A. (2000). Quality of care for general medical conditions. A review of the literature and quality indicators. Santa Monica, CA: RAND Health. Verfügbar unter <https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a385977.pdf>
- Kessing, L. V. (2004). Severity of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184(02), 153–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.153>
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40(2), 225–237. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990213>
- Kiosses, D. N., Leon, A. C. & Areán, P. A. (2011). Psychosocial interventions for late-life major depression: evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 377–401, viii. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.03.001>
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5(2), e45. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>
- Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N. et al. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1859–1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3)
- Lave, J. R., Frank, R. G., Schulberg, H. C. & Kamlet, M. S. (1998). Cost-effectiveness of Treatments for Major Depression in Primary Care Practice. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 645. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.645>
- Löwe, B. P. & Spitzer, R. L. (2002). PHQ-D: Gesundheitsfragebogen Für Patienten. Heidelberg: Pfitzer.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Groot, M. de, Carney, R. M. & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23(7), 934–942. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.934>

- Management of Major Depressive Disorder Working Group. (2016). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder (3. Auflage) (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, Hrsg.). Verfügbar unter <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPFINAL82916.pdf>
- Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- National Health Service. (2019). Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS contract 2019/20 (British Medical Association, NHS Employers & NHS England, Hrsg.). Verfügbar unter <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/05/gms-contract-qof-guidance-april-2019.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). Depression in adults: recognition and management - NICE guidance (National Institute for Health and Clinical Excellence, Hrsg.). Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- Nezafati, M. H., Vojdanparast, M. & Nezafati, P. (2015). Antidepressants and cardiovascular adverse events: A narrative review. *ARYA Atherosclerosis*, 11(5), 295–304.
- Patten, S. B. (2001). Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of affective disorders*, 63(1-3), 35–41. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00186-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00186-5)
- Paykel, E. S., Brugha, T. & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411–423. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.008>
- Physician Consortium for Performance Improvement. (2015). Adult Major Depressive Disorder Performance Measurement Set (American Medical Association (A-MA), Hrsg.). Chicago/Illinois. Verfügbar unter https://cdn.ymaws.com/www.thepcpi.org/resource/resmgr/AMDD_Measures_Specs_Combined.pdf
- Pouwer, F., Geelhoed-Duijvestijn, P. H. L. M., Tack, C. J., Bazelmans, E., Beekman, A.-J., Heine, R. J. et al. (2010). Prevalence of comorbid depression is high in out-patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. Results from three out-patient clinics in the Netherlands. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association*, 27(2), 217–224. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2009.02903.x>
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171–1178. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>
- Revicki, D. A., Simon, G. E., Chan, K., Katon, W. & Heiligenstein, J. (1998). Depression, Health-Related Quality of Life, and Medical Cost Outcomes of Receiving Recommended Levels of Antidepressant Treatment. *Journal of Family Practice*, 47(6), 446–447. Verfügbar unter <https://go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=00943509&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA53509890&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>
- Reynolds, C. F., III, Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D. et al. (1999). Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Therapies for Recurrent Major Depression. *JAMA*, 281(1), 39. <https://doi.org/10.1001/jama.281.1.39>
- Rosenberg, L. B., Whang, W., Shimbo, D., Shah, A., Shapiro, P. A. & Davidson, K. W. (2010). Exposure to tricyclic antidepressants is associated with an increased risk of incident CHD events in a population-based study. *International Journal of Cardiology*, 145(1), 124–125. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2009.06.036>

- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D. et al. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905–1917.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, www.svr-gesundheit.de, 28.08.12
- Salize, H. J., Stamm, K., Schubert, M., Bergmann, F., Härter, M., Berger, M. et al. (2004). Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 31(3), 147–156. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814828>
- Sanderson, K., Andrews, G., Corry, J. & Lapsley, H. (2003). Reducing the burden of affective disorders: is evidence-based health care affordable? *Journal of affective disorders*, 77(2), 109–125. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00134-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00134-4)
- Schang, T. Bericht der Arbeitsgruppe Ambulante Qualitätsindikatoren des Instituts für Ärztliche Qualität in SH gGmbH und Ärztenetze Schleswig-Holstein: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein.
- Schneider, A. & Szecsenyi, J. (2011). Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis – ein Überblick. In R. H. Adler, W. Herzog, P. Jorschky, K. Köhle, W. Langewitz, W. Söllner et al. (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis* (7. Aufl., S. 523–529). München: Urban & Fischer.
- Schoenbaum, M., Unützer, J., Sherbourne, C., Duan, N., Rubenstein, L. V., Miranda, J. et al. (2001). Cost-effectiveness of Practice-Initiated Quality Improvement for Depression. *JAMA*, 286(11), 1325. <https://doi.org/10.1001/jama.286.11.1325>
- Schramm, E., van Calker, D., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I. et al. (2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharma-cotherapy for depressed inpatients: acute and longterm results. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 768–777.
- Schulz, S., Freytag, A., Chenot, R., Szecsenyi, J., Andres, E. & Gensichen, J. (2013). Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Depression. In J. Szecsenyi, B. Broge & J. Stock (Hrsg.), *QiSA - das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (C6 Depression)*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Seelig, M. D. & Katon, W. (2008). Gaps in depression care: why primary care physicians should hone their depression screening, diagnosis, and management skills. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 451–458. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318169cce4>
- Stoppe, G., Bramesfeld, A. & Schwartz, F. W. (Hrsg.). (op. 2007). *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (Wissenschaftliche Reihe der GEK Gmünder Ersatzkasse). Heidelberg: Springer.
- Sutej, I., Wiethoff, K., Neuhaus, K. & Bauer, M. (2006). Pharmakotherapie und Psychotherapie bei unipolarer Depression. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(3), 163–172. <https://doi.org/10.1024/1661-4747-54-3-163>
- Thase, M. E. (1997). Treatment of Major Depression With Psychotherapy or Psychotherapy-Pharmacotherapy Combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1009. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230043006>
- Van Boven, K., Lucassen, P., van Ravesteijn, H., olde Hartman, T., Bor, H., van Weel-Baumgarten, E. et al. (2011). Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(587), e316-25. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X577981>

- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A. et al. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Waern, M., Rubenowitz, E. & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328–334. <https://doi.org/10.1159/000071715>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings.* Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Wang, S. & Blazer, D. G. (2015). Depression and cognition in the elderly. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 331–360. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112828>
- Wenger, N. S., Shekelle, P. G., Davidoff, F. & Mulrow, C. (2001). ACOVE Quality Indicators. *Annals of Internal Medicine*, 135(8), 653–667. https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-8_Part_2-200110161-00004
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J. & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439–445. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>
- Wilson, K., Mottram, P. G. & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004853.pub2>
- Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.). (2014). *Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden [Themenheft]. WIdO-monitor (1).* Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology : the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Schmidt-kunz, B., Winter, S. & Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschritte der Medizin*, 118, 4–10.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Kloze, M., Ryl, L. & Ziese, T. (2010). *Depressive Erkrankungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 51).* Berlin: Robert Koch-Institut.
- World Health Organization. (1992). *The international and statistical classification of diseases and related health problems 10th revision.* Genf: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Wellbeing measures in primary health care: the DepCare project.* Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008a). *The global burden of disease: 2004 update.*
- World Health Organization. (2008b). *The global burden of disease: 2004 update.*
- World Health Organization. (2009). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Genf: World Health Organization.
- Zuidersma, M., Conradi, H. J., van Melle, J. P., Ormel, J. & Jonge, P. de. (2013). Depression treatment after myocardial infarction and long-term risk of subsequent cardiovascular events and mortality: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.015>

Abkürzungen

ADS	Allgemeine Depressionsskala
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
DDD	definierte Tagesdosis (defined daily dose)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DMP	Disease-Management-Programm
G-I-N	Guidelines International Network
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
KHK	Koronare Herzkrankheit
MAOI	Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren
MT ₁ /MT	Melatonin-Rezeptor-Agonisten
NaSSA	Noradrenerge und selektiv-serotonerge Antidepressiva
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NSMRI	nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
PHQ-9	Patient-Health-Questionnaire
QuATRO	Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten
SNRI	Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren
SSNRI	Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren
WHO	World Health Organization
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK

QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren

I Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aussage ■ Begründung ■ Zielstellung ■ Einbezogene Fachgruppen ■ Voraussetzungen ■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> ■ Betrachtungszeitraum ■ Bezugsebene ■ Formel ■ Zähler ■ Nenner ■ Ausschlusskriterien ■ Datenquelle
III Anmerkungen zur Messgüte	
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Epidemiologie und Prävalenz ■ Praxisstudien und Evidenz ■ Reduzierung der Krankheitslast ■ Kosteneffektivität ■ Indikatorsysteme ■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Referenzwert ■ Interpretation ■ Einbindung in die QZ-Arbeit ■ Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Wie können Ärzte in der Einzelpraxis, auf der Ebene eines Arztnetzes oder in anderen Versorgungsmodellen die Qualität ihrer medizinischen Arbeit messen, bewerten und verbessern? Antworten auf diese Frage gibt QISA, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Es begründet eine Vielzahl von Messgrößen und ermöglicht das systematische Erfassen der Qualität in der Breite der ambulanten Versorgung. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat das Göttinger „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen“ (aQua) die Qualitätsindikatoren und das sie leitende System erarbeitet.

QISA ist als Handbuch mit einem flexiblen und erweiterbaren Bestand an Einzelbänden konzipiert, die thematisch sortiert sind.

Bislang sind erschienen:

- Band A: QISA stellt sich vor
- Band B: Allgemeine Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle
- Band C1: Asthma/COPD
- Band C2: Diabetes mellitus Typ 2
- Band C3: Bluthochdruck
- Band C4: Rückenschmerz
- Band C6: Depression
- Band C7: Koronare Herzkrankheit
- Band C8: Herzinsuffizienz
- Band D: Pharmakotherapie
- Band E1: Prävention
- Band E2: Krebsfrüherkennung
- Band F1: Hausärztliche Palliativversorgung

Die ersten dreizehn Bände erschienen in der Version 1.0 zwischen 2009 und 2012. Zug um Zug werden sie auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht. Ebenso fließen in die Version 2.0 erste Erfahrungen mit der Anwendung von QISA ein.

Weitere Informationen zu QISA unter www.qisa.de

Der Band C6 widmet sich der Behandlung von Patienten mit Depression. Depressive Störungen gehören zu den häufigen Erkrankungen. Sie gehen mit großem Leidensdruck für die Betroffenen und hohen Kosten einher. Die ausgewählten Indikatoren helfen, Patienten mit Behandlungsbedarf zu identifizieren und zu diagnostizieren. Sie geben Kriterien zur Patientenaufklärung und -information, zur psychotherapeutischen Intervention und auch für andere Therapieprozesse wie etwa Medikation an die Hand. Ebenso zielen sie auf die regelmäßige Fortbildung von Hausärzten. Die Indikatoren sind für strukturierte Qualitätszirkel geeignet und ermöglichen eine Evaluation der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten in der Praxis und im Versorgungsnetz.

ISBN: 978-3-940172-58-7